

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL Y METACOGNITIVO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y SUS TRASTORNOS COMÓRBIDOS

por

SARA RODRÍGUEZ MARTÍN

Tesis doctoral dirigida por

Dr. Manuel González Rodríguez

Dr. Gustavo Mario Ramírez Santana

Departamento de Psicología Clínica,
Psicobiología y Metodología

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA • UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA
2017**

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

AGRADECIMIENTOS

Algunas instituciones y personas han cooperado de una u otra manera para que esta tesis pudiera llevarse a cabo, a todas ellas les expreso mi más sincero agradecimiento.

Entre las primeras al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), Hospital Universitario de Canarias (HUC) y a las seis Unidades de Salud Mental de los centros de Ofra-Miramar, Santa Cruz-Laguna, Santa Cruz-Salamanca, Tacoronte, La Laguna-Mercedes y La Vera del Puerto de la Cruz. Igualmente, a la Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna y, en especial, a su Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología.

Al Dr. Juan de la Fuente Portero, Jefe de Psiquiatría del HUNSC y al Dr. Ramón Gracia Marco del HUC. Asimismo, a los y las terapeutas que han implementado el programa de intervención núcleo de esta tesis doctoral son, por estricto orden alfabético: Ana Belén Rodríguez Alberto, David Betancort Betancort, Héctor Morales Santana, Juan Fernando Suárez Godoy, Leticia Padilla González, María Elena Esteban Ordoñez, María Gabriela Moreno Domínguez, María José Herrera Abreu, Natalia Puntons Garrigos, Nayra González García, Patricia Plasencia Ávero, Sandra Brito Lorenzo y Sergio Alexander Pimentel Martín.

A la Dra. Rosario Josefa Marrero Quevedo por el apoyo desinteresado ofrecido en la elaboración de este trabajo.

A los Doctores Manuel González Rodríguez y Gustavo Mario Ramírez Santana a quienes agradezco la oportunidad de trabajar en una cuestión importante para la salud pública y, también, por las sugerencias y presencia a lo largo de este periodo de investigación.

A los y las pacientes que han participado en este programa, sin su colaboración ni este programa ni esta tesis doctoral habría sido posible.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumphA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

A mi madre

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

ÍNDICE

1. Presentación	12
------------------------	-----------

CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

2. Introducción	14
2.1 <i>Desarrollo histórico del concepto de Trastorno de Ansiedad Generalizada</i>	16
2.2 <i>Dificultades en la evaluación y fiabilidad diagnóstica</i>	19
2.3 <i>Evolución de la investigación en el Trastorno de Ansiedad Generalizada</i>	23
2.4 <i>Clasificación diagnóstica</i>	29
2.5 <i>Síntomas emocionales, conductuales y fisiológicos del Trastorno de Ansiedad Generalizada</i>	32
2.5.1 Fenomenología de la preocupación	34
2.6 <i>Etiología y características del Trastorno de Ansiedad Generalizada</i>	42
2.6.1 Etiología	42
2.6.2 Prevalencia	51
2.6.3 Edad de inicio, curso y pronóstico	58
2.6.4 Comorbilidad	59
2.6.5 Diagnóstico diferencial	62
2.7 <i>Consecuencias Psicológicas y Biomédicas del Trastorno de Ansiedad Generalizada</i>	64
2.8 <i>Costes económicos derivados del Trastorno de Ansiedad Generalizada</i>	65
2.9 <i>Procesamiento de la información en el Trastornos de Ansiedad Generalizada</i>	68
3. Modelos teóricos y empíricos explicativos del Trastorno de Ansiedad Generalizada	72
3.1 <i>Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre</i>	73
3.2 <i>Apoyo empírico al Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre</i>	77
3.3 <i>El Modelo de Estilos de Afrontamiento de Krohne</i>	79
4. Tratamientos cognitivo-conductuales en el Trastorno de Ansiedad Generalizada	85
4.1 <i>Eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales en el trastorno de ansiedad generalizada</i>	87
5. El enfoque transdiagnóstico en psicopatología	96

CAPÍTULO II: ESTUDIO EXPERIMENTAL

6. Método	104
6.1 <i>Muestra</i>	104
6.2 <i>Instrumentos</i>	105

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

6.2.1 Variables psicopatológicas	105
6.2.2 Variables de procesos cognitivos	109
6.2.3 Variables del proceso terapéutico, satisfacción con el tratamiento y nivel de adaptación	112
6.2.4 Eventos vitales estresantes	114
7. Procedimiento	116
7.1 Plan de tratamiento	117
7.2 Diseño de la investigación	119
8. Objetivos generales y específicos	121
9. Hipótesis	122
10. Análisis de resultados	124
11. Resultados	124
11.1 Tablas de contingencias y el estadístico Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson para las variables sociodemográficas en los grupos experimental y control	124
11.2 Análisis cualitativo y cuantitativo del CPA	129
11.3 ANOVAS entre el grupo experimental y el grupo control en el pretratamiento	130
11.4 ANOVA para el grupo experimental en el postratamiento	132
11.5 ANOVA para el grupo control de lista de espera en el postratamiento	133
11.6 ANOVA para el grupo control después del tratamiento	136
11.7 MANOVAS de la muestra total en los tres tiempos de medida: pretratamiento, postratamiento y seguimiento	138
11.7.1 Cuestionario de Preocupación y Ansiedad	141
11.7.2 Preocupación rasgo (PSWQ)	141
11.7.3 Orientación Negativa al problema (ONP)	142
11.7.4 Creencias sobre la preocupación (PP?-II)	143
11.7.5 Evitación cognitiva (CEC)	144
11.7.6 Índice de Intolerancia a la Incertidumbre (parte A)	145
11.7.7 Índice de Intolerancia a la Incertidumbre (parte B)	146
11.7.8 Depresión (BDI-II)	147
11.7.9 Hostilidad (SA-45)	148
11.7.10 Somatización (SA-45)	149
11.7.11 Depresión (SA-45)	150
11.7.12 Obsesión-Compulsión (SA-45)	151
11.7.13 Ansiedad (SA-45)	152
11.7.14 Sensibilidad Interpersonal (SA-45)	153
11.7.15 Ansiedad Fóbica (SA-45)	154
11.7.16 Ideación Paranoide (SA-45)	155
11.7.17 Psicoticismo (SA-45)	156
11.7.18 Puntuación global SA-45.	157

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

11.7.19 Eventos Vitales Estresantes	158
11.7.20 Escala de Adaptación	159
<i>11.8 Análisis de Regresión</i>	<i>160</i>
11.8.1 Análisis global de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en el postratamiento	161
11.8.2 Análisis global de la variable preocupación rasgo en el postratamiento	162
11.8.3 Análisis global de los síntomas de Depresión en el postratamiento	163
11.8.4 Análisis global del nivel de adaptación en el postratamiento	164
11.8.5 Análisis global de la variable psicopatología general en el postratamiento.	
11.8.6 Análisis global de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en el seguimiento.	166
11.8.7 Análisis global de la variable preocupación rasgo en el seguimiento	166
11.8.8 Análisis global de la variable psicopatología general en el seguimiento	167
11.8.9 Análisis global de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en el seguimiento.	168
11.8.10 Análisis global de la variable preocupación rasgo en el seguimiento.	169
11.8.11 Análisis global de la variable depresión en el seguimiento.	170
11.8.12 Análisis global de la variable nivel de adaptación en el seguimiento	171
11.8.13 Análisis global de la variable psicopatología general en el seguimiento.	172
<i>11.9 ANCOVAS</i>	<i>174</i>
<i>11.10 Análisis de la satisfacción con el tratamiento y nivel de adaptación</i>	<i>176</i>
12 Discusión	183
13 Conclusiones	196
14 Referencias bibliográficas	199
ANEXO I. CUESTIONARIOS DE SCREENING	238
ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO	247
ANEXO III. CUESTIONARIOS A CUMPLIMENTAR EN CASA	248
ANEXO IV. CALPAS-P	259
ANEXO V. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO (CST)	261
ANEXO VI. MANUAL DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL Y METACOGNITIVO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	262

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Número y porcentaje de resúmenes sobre trastorno de ansiedad generalizada en cada categoría	26
Tabla 2. Criterios del Trastorno de Ansiedad Generalizada en el DSM-IV-TR (APA, 2000) y en el DSM-5 (APA, 2013)	31
Tabla 3. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada según los criterios del DSM-IV-R (APA,1987)	52
Tabla 4. Prevalencia de los trastornos de ansiedad	54
Tabla 5. Trastorno de ansiedad generalizada: inicio, prevalencia y comorbilidad con el trastorno depresivo mayor	62
Tabla 6. Costes económicos	66
Tabla 7. Tamaños del efecto imparciales incluidos en el análisis entre grupos	91
Tabla 8. Análisis de seguimiento de los tamaños del efecto imparciales dentro de los grupos	92
Tabla 9. Tabla de contingencias entre el grupo experimental y grupo control según del género	125
Tabla 10. Tabla de contingencias entre el grupo experimental y control en relación con su situación laboral	125
Tabla 11. Tabla de contingencias entre el grupo experimental y control en relación con el paro	126
Tabla 12. Tabla de contingencias entre el grupo experimental y control atendiendo a los años de paro	126
Tabla 13. Tabla de contingencias entre el grupo experimental y control en relación con los estudios	127
Tabla 14. Tabla de contingencias entre el grupo experimental y control según el estado civil	127
Tabla 15. Tabla de contingencias entre el grupo experimental y control según el uso de medicamentos	128
Tabla 16. Porcentaje de preocupaciones expresadas por los participantes	129
Tabla 17. Estadísticos descriptivos y Análisis de varianza en las medidas antes del tratamiento	131
Tabla 18. Diferencias entre el pre y post tratamiento en el grupo experimental	132

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Tabla 19. Diferencias entre el pre y postratamiento en el grupo control	135
Tabla 20. Diferencias entre el post del grupo control y el tratamiento en el grupo control	137
Tabla 21. Diferencia de medias entre el pre, el post y el seguimiento de la muestra total	140
Tabla 22. Análisis de regresión para el trastorno de ansiedad generalizada (CPA) como variable dependiente en el postratamiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento	162
Tabla 23. Análisis de regresión para la preocupación rasgo (PSWQ) como variable dependiente en el postratamiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento	163
Tabla 24. Análisis de regresión para síntomas de depresión (BDI-II) como variable dependiente en el postratamiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento	163
Tabla 25. Análisis de regresión para adaptación como variable dependiente en el postratamiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento	164
Tabla 26. Análisis de regresión para psicopatología general (SA-45) como variable dependiente en el postratamiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento	165
Tabla 27. Análisis de regresión para el trastorno de ansiedad generalizada (CPA) como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento	166
Tabla 28. Análisis de regresión para la preocupación rasgo (PSWQ) como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento	167
Tabla 29. Análisis de regresión para psicopatología general (SA-45) como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento	168

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Tabla 30. Análisis de regresión para el trastorno de ansiedad generalizada (CPA) como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del seguimiento	169
Tabla 31. Análisis de regresión para la preocupación rasgo (PSWQ) como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del seguimiento	170
Tabla 32. Análisis de regresión para síntomas de depresión (BDI-II) como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del seguimiento	171
Tabla 33. Análisis de regresión para adaptación como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del seguimiento	171
Tabla 34. Análisis de regresión para psicopatología general (SA-45) como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del seguimiento	172
Tabla 35. Análisis de covarianza tomando como variables dependiente las variables psicopatológicas en el postratamiento y como covariable el compromiso del paciente	175
Tabla 36. Análisis de covarianza tomando como variables dependiente las variables psicopatológicas en el seguimiento y como covariables capacidad de trabajo del paciente y estrategias de trabajo consensuado	175
Tabla 37. Análisis de covarianza tomando como variables dependiente las variables psicopatológicas en el seguimiento y como covariable postratamiento	176
Tabla 38. Porcentaje total en respuestas al Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento	177
Tabla 39. Puntuaciones de la muestra total al Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento	178
Tabla 40. Porcentaje de respuestas de la muestra total a la Escala de Adaptación	180
Tabla 41. Escala de Adaptación	181

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. <i>Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/</i>	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Número de trastornos de ansiedad estudiados por años. Tomado de Dugas et al. (2010).	25
Figura 2. Costes directos e indirectos del trastorno de ansiedad generalizada. Tomado de Rice y Miller (1998).	68
Figura 3. Modelo de Intolerancia a la incertidumbre (Dugas y Robichaud, 2007).	77
Figura 4. Relaciones hipotéticas entre los componentes del Modelo de Estilos de Afrontamiento de Krohne (adaptado de Krohne y Egloff, 2005).	84
Figura 5. Resultado de la unión del modelo de Dugas et al., (1998) y el modelo de ansiedad de Krohne (1993).	85
Figura 6. Diferencias entre el pretratamiento y postratamiento en el grupo experimental. N= 15.	133
Figura 7. Diferencias entre el grupo experimental (N = 15) y el grupo control (N = 17) en las medidas de postratamiento.	136
Figura 8. Diferencias del grupo control en las puntuaciones pre y post. N= 18	138
Figura 9. Comparación de medias en la puntuación total del CPA en los tres momentos de medida. N=33	141
Figura 10. Comparación de medias en la puntuación total del PSWQ en los tres momentos de medida. N = 33	142
Figura 11. Comparación de medias en la puntuación total de ONP en los tres momentos de medida. N=33	143
Figura 12. Comparación de medias en la puntuación total del PP?-II en los tres momentos de medida. N=33	144
Figura 13. Comparación de medias en la puntuación total del CEC en los tres momentos de medida. N=33	145
Figura 14. Comparación de medias en la puntuación total del IUA en los tres momentos de medida. N=33	146
Figura 15. Comparación de medias en la puntuación total del IUB en los tres momentos de medida. N=33	147
Figura 16. Comparación de medias en la puntuación total del BDI-II en los tres momentos de medida. N=33	148

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Figura 17. Comparación de medias en la puntuación de hostilidad (SA-45) en los tres momentos de medida. N=33	149
Figura 18. Comparación de medias en la puntuación de somatización (SA-45) en los tres momentos de medida. N=33	150
Figura 19. Comparación de medias en la puntuación de depresión (SA-45) en los tres momentos de medida. N=33	151
Figura 20. Comparación de medias en la puntuación de Obsesión-Compulsión (SA-45) en los tres momentos de medida. N=33	152
Figura 21. Comparación de medias en la puntuación de ansiedad (SA-45), en los tres momentos de medida. N=33	153
Figura 22. Comparación de medias en la puntuación de Sensibilidad Interpersonal (SA-45), en los tres momentos de medida. N=33	154
Figura 23. Comparación de medias en la puntuación de Ansiedad Fóbica (SA-45), en los tres momentos de medida. N=33	155
Figura 24. Comparación de medias en la puntuación de Ideación Paranoide (SA-45), en los tres momentos de medida. N=33	156
Figura 25. Comparación de medias en la puntuación de Psicoticismo (SA-45), en los tres momentos de medida. N=33	157
Figura 26. Comparación de medias en la puntuación global de la escala SA-45, en los tres momentos de medida. N=33	158
Figura 27. Comparación de medias en la puntuación en Eventos Vitales Estresantes, en los tres momentos de medida. N=33	159
Figura 28. Comparación de medias en la puntuación en la Escala de Inadaptación, en los tres momentos de medida. N= 33	160
Figura 29. Comparación de medias entre el pre, el post tratamiento y el seguimiento en la Escala de Adaptación. N = 33	182

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

1. Presentación

El trastorno de ansiedad generalizada es uno de los trastornos de ansiedad que menos atención ha recibido en la literatura científica, realidad que ha supuesto que su conceptualización sea compleja y haya generado dificultades sobreañadidas (Rapee, 1995). Así y todo, estamos ante un trastorno de alta prevalencia en muchos países por lo que aún es más incomprensible que se le haya subestimado desde el ámbito científico-académico (García-Campayo et al., 2010). Desde el inicio de la crisis económica en el estado español - entre el año 2007 y el 2011 – su prevalencia se ha incrementado, revelándose datos significativos de la misma en atención primaria en un 8.4% y de su vinculación al consumo de alcohol (4.6%) y/o a la depresión (19.4%) (Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2012).

El trastorno de ansiedad generalizada se podría conceptualizar como el trastorno de ansiedad “más básico”, en la medida que la comprensión e investigación de su naturaleza podría tener implicaciones en el conocimiento que se posee de todos los demás trastornos de ansiedad. Incluso entre los aspectos favorables de la propia ansiedad como emoción (Rapee, 1991, p. 1). De manera más específica, otros autores explican que esta noción de trastorno emocional más básica se debe *“porque se compone de las características de preocupación crónica y afecto negativo que están presentes en diversos grados en todos los trastornos emocionales”* (Brown, Chorpita y Barlow, 1998, p. 188).

En el ámbito teórico y empírico nos encontramos con seis modelos teóricos contemporáneos del trastorno de ansiedad generalizada que se centran en la investigación de los factores etiológicos y de mantenimiento del mismo. Estos seis modelos subrayan

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

la importancia de evitar las experiencias afectivas internas, tales como los pensamientos, las creencias, las respuestas psicofisiológicas y las emociones. De esos modelos nos centraremos en el Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (Dugas y Robichaud, 2007); un modelo que presenta la intolerancia a la incertidumbre como un factor clave de vulnerabilidad cognitiva que influye en el desarrollo y en el mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada. Finalmente, el objetivo general de este estudio será conocer y evaluar la eficacia del Tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo para el que se ha utilizado una muestra compuesta por 33 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y, también, trastornos comórbidos, tales como son el depresivo mayor, la agorafobia y/o el trastorno de pánico.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

2. Introducción

El miedo y la ansiedad son emociones que están presentes en la vida cotidiana y se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de la especie (Thyer, 1987). Ante una señal de peligro o amenaza, se produce una reacción que ayuda al ser humano a enfrentarse a dicha situación y a responder a la misma de la mejor manera. Sin embargo, estas emociones pueden ser disfuncionales cuando la persona responde a estímulos ambiguos, inofensivos o neutros como si fueran amenazantes o peligrosos (Lundh y Öst, 2001). La identificación de objetos o situaciones que pudieran amenazar la supervivencia de un organismo precipita entonces la activación de procesos cognitivos, afectivos, psicofisiológicos y conductuales que sirven para garantizar la seguridad del mismo (LeDoux, 1996). Por lo tanto, cierto grado de ansiedad, qué duda cabe, es incluso deseable para todo ser humano en el adecuado desempeño de las exigencias diarias. No obstante, la ansiedad clínica implica la activación excesiva de estos procesos antes mencionados (Barlow, 2002).

En relación con el concepto de ansiedad, se presenta el problema de que éste ha sido abordado y entendido desde múltiples puntos de vistas y posicionamientos teórico-prácticos. Se ha estudiado como reacción emocional, como respuesta o patrón de respuestas, como rasgo de personalidad, estado, síntoma, síndrome y hasta como experiencia interna. Como quiera que sea, una de las definiciones fenomenológicas más sobresalientes concibe a este estado de ansiedad como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, preocupación y activación

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

del sistema nervioso autónomo, ante señales de potencial peligro o situaciones aversivas anticipadas (Spielberger, Pollans y Worden, 1984). Además, desde un punto de vista empírico, Wolpe (1979) define la ansiedad como la reacción autonómica de un organismo después de la presentación de un estímulo nocivo. Lang (2002), por su parte, profundiza en esta idea y considera la ansiedad como una respuesta emocional que manifiesta la persona ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros. En cuanto al miedo considera que se distingue de la ansiedad, de manera fundamental y a grandes rasgos, porque el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, donde aparece activación fisiológica y afecto negativo, en tanto la ansiedad implica una combinación difusa de emociones orientadas hacia el futuro. En este sentido, el miedo se caracteriza de forma prioritaria por factores presentes, de tipo biológico y más automáticos, y la ansiedad - o aprensión ansiosa - se dirige más hacia factores futuros y de naturaleza más cognitiva (Barlow, 1988). Otros autores apoyan esta conceptualización definiendo el miedo como la reacción ante un peligro identificable y presente (Öhman, 2008).

Un concepto muy relacionado con la ansiedad es la preocupación, que aparece de forma común en la vida diaria de las personas. Las personas están expuestas a situaciones que les preocupan, tales como problemas en el trabajo, la familia, o tareas cotidianas que conllevan responsabilidades y actividades que con frecuencia exigen la toma de decisiones o resolver distintos problemas. Sin embargo, cuando estas preocupaciones sobrepasan una determinada intensidad y frecuencia, o cuando dificultan la capacidad adaptativa de las personas, pueden afectar a la vida cotidiana y convertirse en un

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

problema. De hecho, lo más probable es que este problema genere un estado de afecto negativo que converja en un trastorno psicopatológico (Ellis y Hudson, 2010).

2.1 Desarrollo histórico del concepto de Trastorno de Ansiedad Generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada en su desarrollo histórico ha tenido muchas controversias y problemas nosológicos que persisten en la actualidad (Heiden, van der Methorst, Muris, van der Molen y Rijnmond, 2011). El primero en hablar de este trastorno fue Freud (1926), que en su concepción psicoanalítica lo definió como una “ansiedad difusa, libre o flotante, y la denominó neurosis de angustia”. Esta denominación influyó en la primera edición del DSM-I (APA, 1952) en la que se incluían básicamente síntomas somáticos del trastorno. De modo que, en los años 60, las corrientes positivistas de la psicología ya planteaban la existencia de dicho trastorno. Así, Wolpe (1958) la describía como “*la ansiedad que lo impregna todo y que está condicionada a propiedades más o menos omnipresentes del ambiente, haciendo que la persona esté ansiosa de forma continua y sin causa aparente*” (Wolpe, 1958, p. 83). Esta definición también hace referencia a la ansiedad de flotación libre que recuerda a la conceptualización psicoanalítica de Freud. En el año 1968, la ansiedad crónica, como se conocía de manera inicial al trastorno de ansiedad generalizada, fue incluida en la categoría general de neurosis de angustia (DSM-II, APA, 1968). Asimismo, 15 años después, Marks y Lader (1973) dirigen la atención sobre este trastorno denominándolo neurosis de ansiedad (citado en Rapee, 1991).

Es en la década de los 80, cuando aparece el trastorno de ansiedad generalizada como una categoría diagnóstica de forma independiente y es incluido en el DSM-III

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

(APA, 1980). En esta edición el trastorno de ansiedad generalizada fue caracterizado por una ansiedad persistente y un conjunto de síntomas, como la expectación aprensiva y tensión muscular, que tendrían que estar presentes al menos un mes. Sin embargo, este trastorno no parece tener interés a nivel empírico hasta la remodelación conceptual que surge con la aparición del DSM-III-R (APA, 1987), su sucesor el DSM-IV (APA, 1994) y de manera más reciente el DSM-5 (APA, 2013).

En este breve tiempo que transcurre desde que el trastorno de ansiedad generalizada es reconocido como una categoría diagnóstica, su estatus y conceptualización se ha visto modificada sustancialmente. La primera conceptualización parece consecuencia de la de que existe una ansiedad no específica, sin un referente externo claro (Rapee y Barlow, 1991). Lo que daría lugar en el DSM-III a la subdivisión en un trastorno por angustia (ataques de pánico) y un trastorno de ansiedad generalizada. Asimismo, se le ha considerado una categoría no aplicable cuando se daban otra serie de trastornos dado que la ansiedad generalizada y otros síntomas ansiosos eran una característica de muchos trastornos. Debido a sus peculiaridades y el enfoque jerárquico del DSM-III, el trastorno se convirtió en una especie de “cajón de sastre”. Se empleaba como un diagnóstico residual, o en otras palabras como un diagnóstico por exclusión, que se aplicaba sólo si la persona no cumplía con criterios de otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Rutter y Brown, 2015). En el DSM-III, la conceptualización del trastorno se caracteriza por una ansiedad persistente con un predominio de síntomas neurovegetativos, con la presencia de al menos tres de los cuatro síntomas de las siguientes categorías:

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- 1) Tensión motora: estremecimientos, espasmos, movimientos bruscos, temblor, tensión, dolores musculares, fatigabilidad, incapacidad para relajarse, tics palpebrales, ceño fruncido, rostro constreñido, inquietud, intranquilidad y respuestas de alarma.
- 2) Hiperactividad vegetativa: sudoración, palpitaciones, taquicardia, manos sudorosas, boca seca, mareo, sensación de vacío en la cabeza, parestesias (cosquilleos en manos y pies) malestar en el estómago, crisis de calor o de frío, micción frecuente, diarrea, dolor o molestias en la boca del estómago, nudo en la garganta, enrojecimiento de la piel, palidez y pulso y respiración aumentados en reposo.
- 3) Expectación aprensiva: ansiedad, preocupación, miedo y anticipación de desgracias para uno mismo o para los demás.
- 4) Vigilancia y escrutinio: estado de híper atención, que da lugar a una distracción, dificultad de concentración, insomnio, sensación de estar “al límite”, irritabilidad e impaciencia.

En la revisión de esta clasificación (DSM-III-R, APA, 1987) se exigía ya una duración mínima del trastorno de seis meses, a la vez que, al tratarse de un sistema de clasificación múltiple, permitía -con ciertas restricciones- su coexistencia con otros trastornos del eje I. Además, igual de relevante, es la mayor importancia que se le adjudicó a los factores cognitivos. La expectación aprensiva (preocupación excesiva e irrealista percibida como incontrolable) parece constituirse aquí como el criterio más definitorio, lo que no impide un predominio cualitativo en la cantidad de síntomas de carácter neurovegetativo. Las innovaciones del DSM-III-R permiten que el trastorno de ansiedad

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

generalizada, deje de ser un trastorno residual y se califique como una entidad clínica que se desarrolla alrededor del concepto de preocupación. El énfasis es puesto en la preocupación no realista y excesiva, percibida de modo permanente sobre diferentes circunstancias de la vida cotidiana, en la hipervigilancia y en la fuerte sintomatología neurovegetativa y motora. Sin embargo, no será hasta la publicación del DSM-IV (APA, 1994) cuando el número de síntomas neurovegetativos de la ansiedad disminuya de forma drástica, apoyando así la apuesta anterior de conceder mayor importancia a la preocupación excesiva (expectación aprensiva). De modo que, el DSM-IV (APA, 1994) sigue haciendo referencia al componente cognitivo como desencadenante del trastorno, añadiendo un criterio de incontrolabilidad de estas preocupaciones y reduciendo el papel de los componentes somáticos y motores que aparecían en el DSM-III-R (APA, 1987).

Por lo tanto, nos encontramos ante un trastorno, que del mismo modo que otros trastornos de ansiedad, ha sufrido diversas modificaciones en su conceptualización durante varias décadas.

En su proceso de evolución, la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada se ha visto vinculada de manera importante con el desarrollo histórico de su concepto. Así, en esta área distinguiremos de manera breve dos puntos diferentes pero complementarios: (a) la fiabilidad de esta categoría diagnóstica y (b) la instrumentación empleada para su evaluación.

2.2 Dificultades en la evaluación y fiabilidad diagnóstica

Los estudios basados en el DSM-III (APA, 1980) constataron que los coeficientes de fiabilidad Kappa (medida estadística del grado de acuerdo entre los diferentes evaluadores) aparecía gran variabilidad según el trastorno de ansiedad, y que los

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

coeficientes más bajos se presentaban, entre otros, en el trastorno de ansiedad generalizada (Brown, Barlow y Liebowitz, 1994). La causa básicamente residía en que el énfasis estaba puesto en los síntomas somáticos, además de que era considerada una categoría diagnóstica residual, regla de exclusión que sólo conseguía interferir con la validez del diagnóstico (Barlow, 1988). Una categoría diagnóstica es válida, entre otros criterios, por la capacidad que tienen clínicos independientes para diagnosticar de forma fiable el trastorno. En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, los estudios que emplearon los criterios del DSM-III llegaron a resultados heterogéneos. Así, en un estudio se encontró una fiabilidad entre evaluadores de .47 -coeficiente Kappa- (Di Nardo, O'Brien, Barlow, Waddel y Blanchard, 1983), mientras que en otro trabajo el coeficiente Kappa fue de .79 (Riskind, Beck, Brown y Steer, 1987). Este alto grado de desacuerdo inter jueces podría radicar en que, en el último, las segundas evaluaciones se realizaron sobre la base de un vídeo de la primera evaluación (Rapee, 1991). En general, la baja fiabilidad se ha atribuido a desacuerdos en relación con la preocupación más que a los síntomas somáticos (Rapee, 1991b).

A pesar de la reformulación del trastorno en el DSM-III-R (APA, 1987), los coeficientes de fiabilidad seguían siendo bajos, encontrándose coeficientes Kappa de .27 (Mannuzza et al., 1989), de .53 (DiNardo, Moras, Barlow y Rapee, 1993) y de .56 (Williams et al., 1992). Las razones de tales discrepancias no están claras, aunque podrían deberse a la ponderación distintiva que se le otorga a la preocupación como característica definitoria del trastorno de ansiedad generalizada y a las limitaciones en los criterios diagnósticos. En este sentido, al no especificarse los límites de “una circunstancia” en referencia a la preocupación, la identificación de la preocupación relacionada con

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

circunstancias diferentes de la vida puede resultar subjetiva. Además de la carencia de definiciones operacionales de algunos términos, tales como, el de “no realista” y “excesivo” (Rapee, 1991). Asimismo, la mayoría de las investigaciones que evaluaron la fiabilidad diagnóstica de este trastorno tuvieron deficiencias metodológicas respecto al número de participantes y a los instrumentos utilizados. Así, por ejemplo, Mannuza et al. (1989) emplearon el protocolo para los trastornos afectivos y la esquizofrenia, mientras que Di Nardo et al. (1993) utilizaron el protocolo de entrevista para los trastornos de ansiedad revisado.

No obstante, con la introducción del DSM-IV (APA, 1994), las evaluaciones inter jueces mejoraron de manera sustancial, con un índice de Kappa de .67 (Brown, O’Leary y Barlow, 2001). Este aumento en la fiabilidad se explica porque en esta edición del DSM se incluye el requisito de que la preocupación debe ser percibida como incontrolable, es decir, esta falta de control va a distinguir a personas con trastorno de ansiedad generalizada de personas con preocupación normal (Borkovec, Abel y Newman, 1995).

Otro aspecto importante ligado a la validez del constructo reside en la dificultad de discriminar este trastorno de otros (Rapee, 1991). Es bien conocido las características comunes que comparten los trastornos de ansiedad y, más aún, el solapamiento que existe entre ellos (Tyrer et al., 1987). Estas discrepancias en la conceptualización y en los criterios diagnósticos considerados durante el proceso de evaluación han provocado: (a) un impacto profundo en los estudios epidemiológicos del trastorno; (b) han hecho que el trastorno fuera evaluado mediante medidas generales de ansiedad que no miden o expresan de manera específica la preocupación, tales como, el STAI -Ansiedad Estado-Rasgo- (Spielberger, Gorusch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983); el HAD -Escala de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Ansiedad y Depresión en el Hospital- (Zigmond y Snaith, 1983) y el HARS -Escala de Evaluación de la Ansiedad- (Hamilton, 1959); y (c) de alguna manera, las cuestiones anteriores, han obstaculizado el mantenimiento de la atención constante, en el estudio y la investigación de la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para el trastorno de ansiedad generalizada.

A pesar de estos impedimentos, en los años 90 aparecen numerosos procedimientos de evaluación aplicables al trastorno de ansiedad generalizada, tales, como: a) el PSWQ -*Penn State Worry Questionnaire*, El Cuestionario de Preocupación de Pensilvania- (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), que evalúa la tendencia general a preocuparse o la preocupación-rasgo como proceso cognitivo. Esta preocupación parece cumplir un importante rol en todos los procesos emocionales y en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, de especial relevancia en el trastorno de ansiedad generalizada, que se caracteriza por una preocupación excesiva e incontrolable. Sin embargo, es un cuestionario que no evalúa los síntomas somáticos del trastorno de ansiedad generalizada; (b) la *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS-IV de Brown, DiNardo y Barlow, 1994) es un protocolo de entrevista fundamentado en los criterios del DSM-IV (APA, 1994), que se ha considerado la *Standard Gold* (prueba de oro), ya que muestra un índice de coincidencia diagnóstica de hasta un 80% para el trastorno de ansiedad generalizada (Brown, DiNardo, Lehman y Campbell, 2001). Asimismo, resulta útil a la hora de realizar el diagnóstico diferencial; (c) el *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire* -GADQ-IV- (Cuestionario de Ansiedad Generalizada de Rodebaugh, Holaway y Heimberg, 2008), también se basa en los criterios del DSM-IV, es un cuestionario específico, cuyas preguntas se refieren a si las preocupaciones suponen un

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

problema, si son excesivas, si interfieren con la actividad psicosocial, si son controlables, y el tipo de síntomas que se experimentan; (d) un cuestionario más breve, el GAD-7 - *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire*- (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; (e) el *Worry Domain Questionnaire* (WDQ; Tallis, Eysenck y Mathews, 1992), o la *Worry Scale* (WS; citado en Wisocki, Handen y Morse, 1986), que evalúan temas concretos de preocupación, tales como economía, salud, aspectos personales, aspectos sociales, familia y problemas socio-políticos.

2.3 Evolución de la investigación en el Trastorno de Ansiedad Generalizada

Los criterios diagnósticos cambiantes y las dificultades en la conceptualización, influyeron de manera directa en el hecho de que la investigación del trastorno de ansiedad generalizada no fuera en paralelo con la investigación de otros trastornos de ansiedad o de las fobias. En una revisión de la literatura se observa que el número de publicaciones de los trastornos de ansiedad han aumentado en términos absolutos y relativos en los últimos 25 años (Boschen, 2008). No obstante, el trastorno de ansiedad generalizada es uno de los trastornos menos estudiado, y el interés por el mismo se ha ido incrementado de forma gradual.

El estudio llevado a cabo por Dugas (2000) investigó las tasas de publicaciones de dos amplias bases de datos: MEDLINE y PsycLIT para los trastornos de ansiedad desde 1980, el año en que el trastorno de ansiedad generalizada fue reconocido oficialmente en el DSM-III (APA, 1980), hasta 1997. Estas publicaciones fueron examinadas de dos maneras. En primer lugar, se calculó el porcentaje anual de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

publicaciones del trastorno de ansiedad generalizada. En segundo lugar, las publicaciones sobre este último se clasificaron en las cuatro categorías siguientes: descriptivos, de procesos, tratamientos y revisiones. Esta investigación fue una extensión del trabajo realizado por Norton, Cox, Asmundson y Maser (1995). De esta forma, este estudio abordó las siguientes preguntas: (a) ¿Ha aumentado en los últimos años el interés relativo al trastorno de ansiedad generalizada? y (b) ¿Qué factores asociados con el trastorno de ansiedad generalizada se estudian más?

Los resultados de este primer estudio revelaron que, desde el año 1980 al 1997, el trastorno de ansiedad generalizada recibió menos investigación que el trastorno de pánico/agorafobia, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo. También se encontró que el porcentaje anual de publicaciones de los trastornos de ansiedad que eran dedicadas al trastorno de ansiedad generalizada había aumentado en la década de los 80 y en general, se mantuvo estable durante la década de los 90.

Por último, los resultados además indicaron que la mayoría de las publicaciones sobre el trastorno de ansiedad generalizada se centraron más en cuestiones descriptivas (p.ej.: epidemiología, diagnóstico, comorbilidad) y en los tratamientos psicológicos (p.ej.: ensayos clínicos, meta-análisis). Sin embargo, las cuestiones de procesos (p.ej.: sustrato biológico, vulnerabilidad cognitiva) y revisiones generales recibieron menores tasas de publicación (Dugas, 2000).

En otro estudio de revisión realizado diez años más tarde, incluyendo los periodos de 1998 a 2008: (a) se produjo un aumento en la tasa anual de publicaciones de todos los trastornos de ansiedad, excepto para el trastorno de pánico con /sin agorafobia; (b) el

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

trastorno de ansiedad generalizada tuvo la segunda tasa más baja de publicaciones en todos los años, y (c) las publicaciones sobre trastorno de ansiedad generalizada se enfocaron más a menudo en el tratamiento psicológico que en cuestiones descriptivas, procesos cognitivos o revisiones generales (Dugas, Anderson, Deschenes y Donegan, 2010).

En la Figura 1, se pueden observar de manera clara las diferencias en el porcentaje de publicaciones entre los diferentes trastornos de ansiedad desde 1980 hasta 2008 (Dugas et al., 2010).

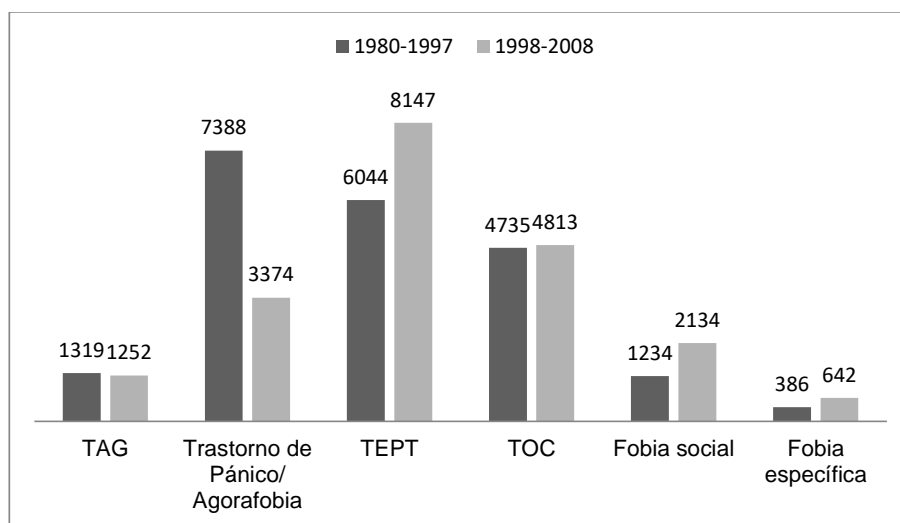


Figura 1. Número de trastornos de ansiedad estudiados por años. Tomado de Dugas et al. (2010).

Además, en la Tabla 1 aparece la temática que ha sido abordada en las distintas publicaciones.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Tabla 1
Número y porcentaje de resúmenes sobre trastorno de ansiedad generalizada en cada categoría

Categoría	PsycLIT(1980-1997)		PsycLIT(1998-2008)		MEDLINE(1980-1997)	
	N	%	N	%	N	%
Descriptiva	416	56.9	243	25.9	362	56.9
Proceso	67	9.2	209	22.3	69	10.8
Tratamiento	234	32.0	412	43.9	196	30.8
Revisión	14	1.9	75	8	9	1.4

Nota. Tomado de Dugas et al. (2010).

En los últimos años la literatura sobre el trastorno de ansiedad generalizada también ha aumentado, principalmente en relación con el tratamiento, que ahora compone casi la mitad de las publicaciones (44%). Teniendo en cuenta que varios de los tratamientos psicológicos y farmacológicos para el trastorno de ansiedad generalizada se han desarrollado en la última década (Mennin, Heimberg, Turk, y Fresco, 2002), el incremento de los resultados de investigación en el tratamiento no es sorprendente.

De modo que el trastorno de ansiedad generalizada ha sido - y sigue siendo - uno de los trastornos de ansiedad con menos publicaciones. De hecho, los años que abarcan los estudios (desde 1980-2008), sólo la fobia específica tuvo un menor número de publicaciones que el trastorno de ansiedad generalizada. Esta relativa falta de interés en la investigación del trastorno de ansiedad generalizada puede ser explicada por una serie de factores, algunos de los cuales se discuten a continuación.

En primer lugar, es posible que las percepciones sobre el trastorno de ansiedad generalizada como una condición leve que conduce a la angustia mínima (Rapee, 1991b), mantuvieran alejados a los investigadores de su estudio. De hecho, entre 1980 y principios

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. <i>Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/</i>	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

de 1990, algunos estudios sugirieron que el trastorno de ansiedad generalizada se asociaba con una disfuncionalidad personal relativa (Wittchen, Esau y Krieg, 1991), por lo que las personas con ese trastorno no requieren tratamiento urgente (Noyes et al., 1992). Resulta llamativo que los estudios posteriores de los costos personales y sociales del trastorno de ansiedad generalizada han revelado un panorama muy diferente. Por ejemplo, Hoffman, Duques y Wittchen (2008) revisaron 34 estudios sobre los costos humanos y económicos del trastorno de ansiedad generalizada y encontraron que: (a) el trastorno de ansiedad generalizada puro (sin comorbilidad) se asoció a un deterioro físico y emocional significativo; (b) el trastorno de ansiedad generalizada dio lugar a deficiencias en la calidad de vida que eran mayores que las derivadas de los trastornos por consumo de sustancias y comparables a los resultantes de otros trastornos de ansiedad y trastornos somatomorfos; (c) el trastorno de ansiedad generalizada condujo a deficiencias o alteraciones que eran similares en magnitud a las que resultan de un trastorno depresivo mayor; y (d) el trastorno de ansiedad generalizada se asoció con altos costos económicos, que eran principalmente atribuibles a la ausencia de productividad por pérdida del trabajo y al uso frecuente de los recursos sanitarios. Por lo tanto, el peso de la evidencia sugiere que la percepción de las personas con trastorno de ansiedad generalizada como el "sano-preocupado" es un tanto obsoleta e inexacta.

En segundo lugar, la cantidad de investigación sobre los determinantes biológicos del trastorno de ansiedad generalizada ha sido limitada. Posiblemente esta escasa investigación se deba a que la vulnerabilidad genética parece desempeñar un papel menor y no específico en su etiología (alrededor de 15 %).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

En tercer lugar, las personas con trastorno de ansiedad generalizada no suelen beneficiarse de la cobertura de los medios de comunicación, dada la carencia de una estrecha relación de este trastorno con los acontecimientos mundiales, en comparación con otros trastornos (p.ej.: trastorno de estrés postraumático), ya que sus síntomas son típicamente menos "sorprendentes" que los de otros trastornos (p.ej.: el trastorno de pánico).

Por último, el trastorno de ansiedad generalizada es posiblemente menos adecuado en relación con otros trastornos para el estudio experimental de laboratorio, dado que no tienen los patrones de comportamiento de evitación y motor tan claros como para que se puedan observar de forma directa como variables dependientes.

El porcentaje de publicaciones dedicadas a la identificación de los procesos que están a la base del trastorno de ansiedad generalizada también se ha duplicado (Dugas et al., 2010) pasando del 10% al 22%. La investigación de los procesos es necesaria para avanzar en la comprensión de los factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada y para aumentar nuestra capacidad para prevenir y tratar el trastorno. Por consiguiente, el crecimiento de la investigación de los procesos puede ser considerado como un cambio positivo en la literatura del trastorno de ansiedad generalizada.

Por último, las publicaciones de revisiones generales siguen representando una pequeña parte (menos del 10 %). El aumento de 2% a 8 % en estos estudios consecutivos (Dugas et al., 2010), puede sólo reflejar el hecho de que las revisiones generales de los datos existentes son cada vez más necesarias, con el objeto de identificar los factores que

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

de manera constante inciden en la fenomenología, la etiología, la prevención y el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.

2.4 Clasificación diagnóstica

Como ya hemos adelantado, desde sus inicios hasta la actualidad, el diagnóstico de la ansiedad crónica ha evolucionado y ha pasado de ser una especie de “cajón de sastre” en el DSM-III (APA, 1980), donde se realizaba un diagnóstico “residual” y por exclusión, a un trastorno definido de forma más operativa. Tanto es así, que en el DSM-IV (APA, 1994) aparece como una entidad propia en la que figura el componente cognitivo de la ansiedad como desencadenante del trastorno. Se añade además la característica de preocupaciones incontrolables y se reduce el papel de los componentes somáticos y motores que aparecían en el DSM-III-R (APA, 1987).

En la Tabla 2 se puede apreciar con más detalle los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada incluidos en el DSM-IV-TR (APA, 2000) y el DSM-5 (APA, 2013). Las diferencias entre el DSM-5 y el DSM-IV-TR son mínimas. Existen algunos pequeños cambios en la redacción. El criterio E de la última versión coincide con la primera parte del criterio F de la anterior, pero se elimina el criterio de exclusión. De modo que el trastorno de ansiedad generalizada no puede ocurrir de manera exclusiva durante un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo. Al hablar de diagnóstico diferencial, el DSM-5 afirma que el trastorno de ansiedad generalizada no debe ser diagnosticado si la preocupación excesiva ha ocurrido únicamente durante el curso de un trastorno depresivo, un trastorno bipolar o un trastorno psicótico. Por último, cuando hay ataques de pánico, el DSM-5 requiere que se ponga el siguiente especificador: trastorno de ansiedad generalizada con ataques de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

pánico (Bados, 2015). De esta forma, el grupo de expertos que trabajaba en la remodelación de los criterios del trastorno de ansiedad generalizada en el DSM-5 recomiendan la prueba del GAD-7 para evaluar la severidad del trastorno (Ibáñez, 2014).

Además, la duración mínima del trastorno continúa siendo de seis meses, frente a versiones anteriores que solo requerían de un mes de presencia de la sintomatología. Este es un aspecto que contribuye a reducir los índices de prevalencia, que se situaban incluso en un 20% (Lieb, Becker y Altamura, 2005).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Tabla 2

Criterios del Trastorno de Ansiedad Generalizada en el DSM-IV-TR (APA, 2000) y en el DSM-5 (APA, 2013)

DSM IV-TR	DSM 5
<p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como rendimiento laboral o escolar) que se prolongan más de 6 meses.</p> <p>B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (alguno de los cuales ha persistido más de 6 meses). En los niños solo se requiere uno de estos síntomas.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Inquietud o impaciencia.2. Fatigabilidad fácil.3. Dificultad para concentrarse o tener mente en blanco.4. Irritabilidad.5. Tensión muscular.6. Alteraciones del sueño. <p>D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limitan a los síntomas de un trastorno del eje 1; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustias (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático, etc.</p> <p>E. La ansiedad y la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo.</p> <p>F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.</p>	<p>A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses). En los niños, solamente se requiere un ítem.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.2. Fácilmente fatigado.3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.4. Irritabilidad.5. Tensión muscular.6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio). <p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.</p>

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.

Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 29/06/2017 18:43:38

GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

29/06/2017 18:46:24

MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

29/06/2017 19:01:43

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

07/07/2017 18:09:19

2.5 Síntomas emocionales, conductuales y fisiológicos del Trastorno de Ansiedad Generalizada

A continuación, nos centraremos en describir de una manera más detallada los factores sintomáticos del trastorno de ansiedad generalizada.

Desde el punto de vista de la sintomatología, el trastorno de ansiedad generalizada presenta componentes cognitivos, conductuales y fisiológicos. El principal componente cognitivo lo constituye las preocupaciones irrealistas y excesivas referidas a temas cotidianos, presentes durante la mayor parte del tiempo. El componente conductual se refiere a la incapacidad de controlar la ansiedad, lo que provoca en las personas afectadas estrés y una disfunción significativa en sus actividades familiares, laborales y sociales. En concordancia con las preocupaciones y restricciones de la conducta, los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada muestran un componente fisiológico de ansiedad. Este componente fisiológico lo expresan mediante la vigilancia o estado de hiperalerta, dificultad o imposibilidad de descansar, tensiones motoras, tales como inquietud, temblores o contracturas musculares. También aparece hiperactividad autónoma, generalmente moderada, que se manifiesta como cefaleas tensionales, sudoración excesiva, palpitaciones o disnea e irritabilidad (Cía, 2007).

La investigación previa se ha centrado en la identificación de los síntomas cognitivos y somáticos del trastorno, más que en sus características de comportamiento. No obstante, hay estudios que sugieren que las personas con trastorno de ansiedad generalizada muestran evitación de la situación y conductas de seguridad tales como control excesivo, búsqueda de tranquilidad, planificación y otros comportamientos repetitivos (Coleman, Pieterfesa, Holaway, Coles y Heimberg, 2011). En los últimos años

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

gran parte de la investigación se ha centrado en identificar y evaluar los distintos comportamientos de evitación asociados al trastorno de ansiedad generalizada. A través del Inventario de Comportamientos de Preocupación *-The Worry Behaviours inventory-* (WBI de Mahoney et al., 2016). En general, se han encontrado relaciones más consistentes entre los comportamientos de preocupación y la gravedad de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, que con sintomatología depresiva, fobia social y trastorno de pánico. Concretamente algunos comportamientos de evitación dirigidos a mantener la seguridad están relacionados de forma más intensa con síntomas del trastorno de ansiedad generalizada que con depresión u otros trastornos de ansiedad. Sin embargo, otros comportamientos de evitación, tales como evitar tomar decisiones, situaciones preocupantes, personas o actividades aparecen más relacionados con depresión y con otros trastornos de ansiedad que con los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada (Mahoney et al., 2016).

Como ya se ha mencionado, el trastorno de ansiedad generalizada presenta unas características psicofisiológicas distintivas, como son la vigilancia crónica, exploración y tensión muscular (Thayer, Friedman y Borkovec, 1996). En este sentido, algunos autores señalan como síntomas más comunes la tensión muscular (Pluess, Conrad y Wilhelm, 2009) que se relaciona con el cansancio crónico y las alteraciones del sueño y, como consecuencia de lo anterior, con la irritabilidad (Aldao, Mennin, Linardatos y Fresco, 2010). Respecto a las alteraciones del sueño, se ha observado tanto insomnio como reducción de la eficiencia del sueño, aunque la latencia del sueño REM parece normal (Nutt, 2001). Además, es característico del trastorno de ansiedad generalizada un patrón distintivo de inflexibilidad autonómica vinculada con la naturaleza crónica de su

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

preocupación (Thayer, Friedman, Borkovec, Johnsen y Molina, 2000). Las personas que padecen trastorno de ansiedad generalizada no exhiben el tipo de activación autonómica que caracteriza a otros trastornos de ansiedad. En lugar de mostrar una abundancia de síntomas autonómicos, como los presentes en el trastorno de pánico, las personas con trastorno de ansiedad generalizada se caracterizan por una tensión muscular unida a un déficit del tono parasimpático en estados de descanso y relajación. Así, el principal correlato fisiológico de dicho trastorno parece ser la inflexibilidad o falta de variabilidad autonómica -cardiovascular y electrodermal- (Hazlett-Stevens, Pruitt y Collins, 2009). Esta inflexibilidad autonómica se ha asociado con otras dificultades, tales como el bajo tono vagal, una escasa concentración y problemas de atención tanto en niños, como en adultos (Porges, 1992). Otros estudios también la relacionan con respuestas de desregulación emocional (Appelhans y Luecken, 2006). Hay que tener en cuenta que el trastorno de ansiedad generalizada presenta diferencias culturales en cuanto a la manifestación de los síntomas. Se ha observado que en sociedades no occidentales las manifestaciones somáticas del trastorno son más frecuentes que las psicológicas, dándose a menudo reacciones como palpitaciones, dificultades para respirar, sudoración, malestar abdominal, sensación de mareo, dolor o malestar en el pecho y náuseas (Lewis-Fernández et al., 2010).

2.5.1 Fenomenología de la preocupación

La preocupación excesiva es un síntoma común a los trastornos de ansiedad y es la característica principal del trastorno de ansiedad generalizada. La preocupación fue definida, en un primer momento, como *“una cadena de pensamientos e imágenes, con carga negativa y relativamente incontrolable; representa un intento de resolver*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

mentalmente un problema, cuyo resultado es incierto, aunque conlleva la posibilidad de una a más consecuencias negativas” (Borkovec, Robinson, Pruzinsky y DePree, 1983, p. 10). Posteriormente, se ha definido como una actividad lingüística verbal, relativamente incontrolable, acompañada de un estado afectivo negativo y que puede emplearse como una conducta cognitiva de evitación, es decir, como una estrategia de afrontamiento, caracterizada por reducir o inhibir las actividades de tipo imaginario y fisiológicas de las personas con ansiedad (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004). Las últimas definiciones sugieren que en la preocupación hay un predominio de la actividad verbal, como si la persona hablara consigo misma acerca de los posibles resultados negativos, y apenas existieran imágenes mentales o si aparecen tenderían a ser breves (Hirsch, Hayes, Mathews, Perman y Borkovec, 2012). En concordancia con lo expuesto hasta aquí, se puede afirmar que la preocupación interfiere en el procesamiento de la emoción, de tal manera que cuando las personas están preocupadas sus recursos atencionales se centran en la preocupación misma, inhibiendo así el proceso de las emociones, tales como la ansiedad, la tristeza, la ira-cólera, la vergüenza. Según la Teoría Bifactorial del Miedo de Mowrer (1947), la preocupación actúa de manera dual, es decir, por un lado, como un refuerzo positivo y por otro como refuerzo negativo.

La preocupación es un elemento común tanto en personas no ansiosas como en personas preocupadas de manera patológica. La preocupación se ha distinguido de la ansiedad, de hecho, en un grupo de personas con trastornos de ansiedad, la correlación entre la preocupación y la ansiedad resultó ser más bien baja (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Además, otros estudios sugieren una asociación causal más intensa entre preocupación y ansiedad que a la inversa (Gana, Martin y Canouet, 2001).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

En cuanto a la manifestación de las preocupaciones, éstas son habituales en todo el ciclo vital. Holaway, Rodebaugh y Heimberg (2006) han encontrado que un 38% de los adultos se preocupaban al menos una vez al día, un 19.4% indicaron que se preocupaban una vez cada 2-3 días, y 15.3% afirmaron que se preocupaban alrededor de una vez al mes. En relación con la duración de sus episodios de preocupación, un 24% indicaron que sus preocupaciones eran efímeras o duraban menos de 1 minuto, el 38% informaron de una frecuencia de duración de 1-10 minutos y el resto comunicaron preocupaciones de más larga duración (el 18%, entre 10 y 60 minutos; el 11%, entre 1 y 2 horas; y el 9%, alrededor de dos horas o más). En términos de contenido de la preocupación, el 17% de los participantes señalaron que se preocupaban más de su capacidad en el trabajo, seguido del funcionamiento académico (el 11%), el estado de salud (el 10%), las circunstancias financieras (el 10%), y las relaciones íntimas (el 9%). Además, el 83% de las personas expresaron tener la creencia de que la preocupación les ayudó a solucionar sus problemas (Holaway, Rodebaugh y Heimberg, 2006). Se ha visto que el contenido de las preocupaciones depende de la etapa evolutiva de las personas. En niños que presentan trastornos de ansiedad las preocupaciones más frecuentes fueron la salud, la escuela, las catástrofes y el daño personal. El contenido de las preocupaciones no se diferenció del encontrado en muestras de niños que no presentan trastornos de ansiedad (Weems, Silverman y La Greca, 2000). En cuanto a las personas de edad avanzada la preocupación parece ser un fenómeno relativamente usual, ya que un 46% dijo preocuparse más de una hora diaria y sólo un 13.5% señaló que se preocupa 0% al día. La media se situó en un 25.5% del tiempo diario dedicado a preocuparse (Nuevo, Montorio, Márquez, Izal y Losada, 2004). En niños/as de edades entre 8 y 12 años se ha

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

encontrado que un 80% declaran tener preocupaciones de vez en cuando (Muris, Meesters y Gobel, 2001). Mientras que en adolescentes entre un 20% y un 30% se sienten preocupados (Brown, Teufel, Birch y Kancherla, 2006). Sin embargo, las personas con trastorno de ansiedad generalizada pueden pasar más del 60% del día preocupándose, casi todos los días (Craske, Rapee, Jackel y Barlow, 1989).

Un importante hallazgo de la investigación centrado en la preocupación es que, tanto, los grupos de personas no ansiosas, como las personas que se preocupan de manera patológica, muestran ciertas similitudes en los efectos que tiene su preocupación. Algunas de esas similitudes son: (a) la preocupación pospone el tiempo para tomar una decisión (Metzger, Miller, Cohen, Sofka y Borkovec, 1990); (b) la preocupación versus la imaginación seguida de la exposición a imágenes estresantes disminuye el malestar subjetivo inmediato, pero más tarde conduce a un aumento de la imaginación intrusiva (Butler, Wells y Dewick, 1995; Wells y Papageorgiou, 1995) y (c) la preocupación genera estados de ánimo moderadamente ansiosos y depresivos en ambos grupos (Andrews y Borkovec, 1988). Al mismo tiempo, se encontró que las áreas de contenido de la preocupación son similares entre personas que se preocupan y que no se preocupan (Roemer, Molina y Borkovec, 1997). Así, por un lado, nos podemos encontrar con preocupaciones adaptativas o funcionales que están orientadas hacia la resolución del problema y dan lugar a conductas efectivas. Por otro lado, las preocupaciones se consideran disfuncionales según Bruhn (1990) cuando provocan períodos prolongados de introspección y aislamiento del ámbito social; el proceso de preocupación no estimula el aprendizaje ni la extrapolación a otras situaciones de la vida; y la preocupación se vuelve tan auto-satisfactoria que produce un patrón de incapacidad.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Las personas mantienen el estado de preocupación debido a que sostienen creencias positivas acerca de la misma, además de una sensación de desprotección que les produce la idea de abandonarla. La preocupación es considerada como un factor protector pues 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 a los sucesos (pensamiento mágico) y es, también, un rasgo positivo de personalidad, implica ser una persona responsable, una buena persona (Seidah, Dugas y Leblanc, 2007). En algunos casos la preocupación puede resultar egodistónica, es decir, la persona vive el hecho de tener preocupaciones con malestar o incomodidad significativa. Ahora bien, la preocupación también puede ser percibida como egosintónica, no generándole ningún malestar significativo convirtiéndose en una manera de enfrentarse a los problemas. En el caso de que la preocupación se perciba como un síntoma egodistónico, se observan personas preocupadas de forma voluntaria, que no dejan de percibir el carácter intrusivo e incluso amenazante de la preocupación. En relación con esto, la preocupación se vuelve problemática o disfuncional, entre otras cosas, debido a que las personas desarrollan creencias rígidas sobre las ventajas de preocuparse, es decir, metacogniciones. La metacognición es la capacidad que tenemos de pensar sobre el estado de nuestra propia mente y de los demás, también comprende la capacidad de anticipar tanto la propia conducta como la de terceros, a partir de percibir emociones y sentimientos. Estas metacogniciones desempeñan un papel muy importante en el contenido y proceso de la preocupación. La metapreocupación o preocuparse por la preocupación, es la responsable de convertir el proceso de preocuparse en un problema,

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

pues da lugar a la perseverancia y a los intentos de controlar la preocupación. La metapreocupación es un constructo poco común en los que se preocupan de manera normal. En su modelo Wells (1995) incluye: (a) las metacreencias positivas acerca de la utilidad de la preocupación; (b) las metacreencias negativas acerca de los peligros de la falta de control y de la preocupación y (c) la metapreocupación, asociada a un conjunto de estrategias ineficaces dirigidas a evitar la preocupación controlando comportamientos, pensamientos y/o emociones. Las metacreencias positivas conducen a la preocupación Tipo 1 o preocupación basada en contenidos sobre eventos. Esta preocupación se convierte en intrusiva y molesta, activando las creencias negativas acerca del peligro de la preocupación, lo que a su vez produce la metapreocupación o preocupación Tipo 2. La metapreocupación se ve reforzada por los cambios relacionados con el comportamiento, los intentos de controlar la preocupación y la emoción negativa (Wells, 1995). En su modelo de preocupación patológica Hirsch y Mathews, defienden que existen tres procesos que se combinan para mantener la preocupación incontrolable: sesgos en el procesamiento emocional, deterioro del control de la atención y la tendencia sobregeneralizada a representar de forma verbal los posibles resultados negativos (Hirsch y Mathews, 2012).

Es necesario enfatizar la distinción entre las preocupaciones excesivas y las ideas obsesivas, características del trastorno obsesivo compulsivo. Aunque a priori puedan parecer similares, existe una clara diferencia entre ellas. Los pensamientos de carácter obsesivo no son meras preocupaciones por problemas diarios de la vida real, sino más bien, intrusiones egodistónicas que suelen tomar la forma de urgencias, imágenes e impulsos añadidos a estos pensamientos. La mayoría de las obsesiones se acompañan de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

actos impulsivos cuyo propósito es reducir la ansiedad que generan dichas obsesiones (DSM-5, APA, 2013).

Además, para las personas con trastorno de ansiedad generalizada la preocupación es más frecuente, intensa e incontrolable que para aquellos que no padecen dicho trastorno. Al mismo tiempo, el contenido de la preocupación es menos concreto y más abstracto en los grupos con trastorno de ansiedad generalizada (Stöber y Borkovec, 2002). Asimismo, tienden a percibir de manera catastrófica más rápidamente y a relacionarse más lentamente con imágenes positivas (McKay, 2005). También los datos sugieren que las personas con trastorno de ansiedad generalizada consideran su preocupación más positiva que quienes no tienen trastorno de ansiedad generalizada (Wells y Carter, 2001), y tienden a creer de manera supersticiosa que preocuparse por eventos futuros negativos les ayudará a prevenir que el evento suceda (Borkovec y Roemer, 1995). Cuando se investigan las razones por las que se preocupan se encuentra que las personas con trastorno de ansiedad generalizada auto-perciben que mediante la preocupación excesiva evitan tomar contacto con temas de mayor impacto emocional sobre los que no desean detenerse a pensar (Borkovec y Roemer, 1995).

Hasta el momento presente, los resultados obtenidos en las distintas investigaciones coinciden en el papel central que tiene la preocupación patológica en el trastorno de ansiedad generalizada, entendida como una intranquilidad excesiva e incontrolable que desestabiliza a quien la sufre (Mennin et al., 2002). En un estudio reciente se analizó la importancia de la preocupación como criterio diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada (Hirsch, Mathwes, Lequertier, Perman y Hayes, 2013). En este estudio se compararon cuatro grupos de participantes; (a) personas diagnosticados

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

de trastorno de ansiedad generalizada en tratamiento; (b) miembros de la comunidad que cumplen criterios para el trastorno de ansiedad generalizada pero que no buscan tratamiento; (c) personas diagnosticados con trastorno de pánico y (d) miembros de la comunidad, que informaban de niveles de preocupación similares a los grupos de trastorno de ansiedad generalizada pero que no cumplen los criterios. Los resultados confirmaron los hallazgos anteriores, las personas con trastorno de ansiedad generalizada informaron de creencias más negativas sobre la preocupación, falta de confianza cognitiva (p.ej.: “preocuparme me ayuda a razonar”, “cuando me preocupo trabajo mejor”) y la necesidad de controlar el pensamiento frente a los participantes con niveles altos de preocupación que no cumplían los criterios diagnósticos (Hirsch et al., 2013). Además, las personas con altos niveles de preocupación tuvieron pensamientos intrusivos menos negativos que las personas con trastorno de ansiedad generalizada (ambos grupos clínicos y comunitarios), tanto en medidas de auto-informe como en las evaluaciones de un juez externo. Además, aparecían mayores preocupaciones acerca de la preocupación (y una mayor gama de temas de preocupación) en el trastorno de ansiedad generalizada que, en el trastorno de pánico, aunque no se observaron diferencias en la frecuencia real o negatividad de los pensamientos intrusivos entre ambos trastornos (Hirsch et al., 2013).

En los últimos años se ha estudiado el desarrollo de la preocupación desde edades tempranas. Sin embargo, los trabajos que examinan la metacognición en los niños, arrojan resultados un tanto inconsistentes. Donovan, Holmes y Furell (2016) comparan a niños diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada con niños no ansiosos en las siguientes variables cognitivas: intolerancia a la incertidumbre, creencias positivas y negativas sobre la preocupación, orientación negativa al problema y evitación cognitiva.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Se encontró que los niños con trastorno de ansiedad generalizada mostraron mayor puntuación que sus iguales no ansiosos en todas las variables salvo, en las creencias positivas sobre la preocupación, donde no se apreciaron diferencias entre ambos grupos (Donovan, Holmes y Farrell, 2016). En investigaciones anteriores los niños ansiosos no informaban de niveles más altos de creencias negativas sobre la preocupación que los compañeros no ansiosos (Bacow, Pincus, Ehrenreich y Brody, 2009). Una explicación a estos resultados contradictorios podría residir en que en el estudio de Bacow et al., (2009) los niños mostraban una gama amplia de trastornos de ansiedad y no solo trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, la ausencia de diferencias entre niños ansiosos y no ansiosos en las creencias positivas sobre la preocupación ha sido respaldada por varios estudios (Smith y Hudson, 2013; Fialko, Bolton y Perrin, 2012; Bacow et al., 2009, 2010). Posiblemente no se han encontrado diferencias en las creencias positivas sobre la preocupación debido a que es un constructo demasiado “metacognitivo” para los niños, que quizá no hayan alcanzado aún el nivel de maduración cognitiva suficiente como para “pensar en sus preocupaciones como algo positivo”. Por lo tanto, es necesario continuar investigando con precisión cuando ocurre este cambio, por el cual las creencias positivas sobre preocupación comienzan a ser importantes para la preocupación y para el trastorno de ansiedad generalizada (Donovan et al., 2016).

2.6 Etiología y características del Trastorno de Ansiedad Generalizada

2.6.1 Etiología

En el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada están implicados tanto factores genéticos, biológicos, ambientales como psicológicos. Los mecanismos psicológicos que subyacen en la etiología del trastorno de ansiedad generalizada se han

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

explicado a través del Modelo Tripartito sobre el afecto, la ansiedad y la depresión (Clark y Watson, 1991). El modelo parte de las dos dimensiones básicas del afecto (Santed, Sandín, Chorot, Olmedo y García-Campayo, 2003): el afecto negativo y el afecto positivo. El afecto negativo se considera un factor general (no específico) común para la depresión y la ansiedad, mientras que el afecto positivo se entiende como un factor específico relacionado de forma primaria con la depresión (bajo afecto positivo). El modelo incluye un tercer factor denominado hiperactivación fisiológica, el cual sería específico de la ansiedad. Por tanto, se habla de un factor general (vulnerabilidad general hacia todos los trastornos emocionales) y dos factores específicos (uno específico de los trastornos de ansiedad y otro específico de los trastornos depresivos). Dicho modelo ha sido probado empíricamente aunque ha sufrido algunas modificaciones. Según Barlow, Allen y Choate (2004), el modelo parece tener una estructura jerárquica en la que el afecto negativo y el afecto positivo aparecen como factores de orden superior que muestran relaciones positivas significativas con todos los trastornos emocionales examinados (trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia social). En contraste, el factor de activación autonómica (representante del pánico) emerge como un factor de orden inferior, que se asocia positivamente al trastorno de pánico y negativamente al trastorno de ansiedad generalizada.

Según Barlow, Allen y Choate (2004), los trastornos de ansiedad y depresivos constituirían lo que se ha denominado como síndrome de afecto negativo -similar al descrito por Tyrer (1989), como «síndrome neurótico general», donde la ansiedad generalizada parece tener una relación más estrecha con la depresión que con los restantes

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

trastornos de ansiedad. En este sentido, el trastorno de ansiedad generalizada es considerado como la expresión fenotípica de niveles elevados de neuroticismo, mientras que, la depresión es considerada como la expresión de niveles elevados de neuroticismo y de un bajo afecto positivo (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis y Ellard, 2014). La co-ocurrencia de vulnerabilidades biológicas y psicológicas generales puede ser suficiente para dar lugar al desarrollo de un trastorno de ansiedad generalizada (Brown, Barlow y Liebowitz, 1994). Asimismo, se ha considerado parte integral del temperamento neurótico, las emociones negativas como la ansiedad, el miedo, la irritabilidad, la ira y la tristeza. Además de la emotividad negativa exagerada, el neuroticismo también se caracteriza por la percepción omnipresente de que el mundo es un lugar peligroso y amenazante junto con creencias acerca de la incapacidad de manejar o afrontar situaciones conflictivas (Barlow et al., 2014). Por lo tanto, el neuroticismo hace referencia a la tendencia a experimentar emociones negativas, frecuentes e intensas, asociadas con un sentido de falta de control (la percepción de un afrontamiento inadecuado) en respuesta al estrés. Esta definición de neuroticismo no incluye procesos como la preocupación, la rumia o la evitación emocional, aunque estos procesos probablemente deriven de altos niveles de neuroticismo y lo mantengan (Barlow et al., 2014).

Por su parte, el concepto de triple vulnerabilidad sugerido por Barlow considera que dos de estas vulnerabilidades son transdiagnósticas al estar relacionadas con los trastornos de ansiedad y depresión: la vulnerabilidad biológica general y la vulnerabilidad psicológica general (Barlow, Allen y Choate, 2004). El tercer tipo de vulnerabilidad se refiere a la vulnerabilidad específica que hace alusión a cada uno de los trastornos de ansiedad, excepto al trastorno de ansiedad generalizada. La vulnerabilidad biológica

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

general implica la contribución genética no específica en el desarrollo de la ansiedad y del afecto negativo. Esta vulnerabilidad suele expresarse en términos como «neuroticismo», «afecto negativo», «inhibición conductual» o «aprensión ansiosa». La vulnerabilidad psicológica general es complementaria a la vulnerabilidad biológica, y podría desarrollarse a través de experiencias que llevan a la persona a generar un sentido de falta de control. La conjunción de estos dos tipos de vulnerabilidades generales, potenciada por la influencia de las experiencias de estrés psicosocial, podrían dar lugar al trastorno de ansiedad generalizada y/o a los trastornos depresivos. Del mismo modo, estas dos vulnerabilidades generales contribuyen de forma dinámica al desarrollo y la expresión del neuroticismo (Brown y Barlow, 2009; Suárez, Bennett, Goldstein y Barlow, 2009). Por tanto, el neuroticismo media en el riesgo de desarrollar ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo relacionados. Sin embargo, la vía entre el neuroticismo y los trastornos distintos a la ansiedad generalizada y trastornos depresivos dependerá de experiencias de aprendizaje que creen las condiciones para mostrar reacciones ansiosas o temerosas. En concreto, si una persona alta en neuroticismo se enfrenta con experiencias de aprendizaje que sean asociadas a reacciones de miedo, estas asociaciones pueden convertirse en focos de ansiedad y, posiblemente, en un trastorno (Barlow, et al., 2014).

Con el fin de tener una mejor comprensión de los modelos psicopatológicos sobre el desarrollo de la ansiedad, algunos investigadores han analizado las interacciones entre el temperamento y factores ambientales. Degnan et al., (2010) examinaron las interacciones entre inhibición conductual y tres factores ambientales, incluyendo la crianza, cuidado no parental de los niños y las relaciones entre iguales. Los resultados indicaron que varios factores relacionados con la personalidad y conducta maternal, el

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

estilo de crianza de los hijos, la psicopatología y los estilos de apego, moderaban la relación entre la inhibición conductual y la ansiedad. Se encontraron resultados contradictorios para los efectos del cuidado infantil no parental sobre la asociación entre inhibición conductual y ansiedad. Además, las experiencias con los compañeros resultaron una variable moderadora de la trayectoria de los niños con altos niveles de inhibición conductual.

Existen otro tipo de estudios que han centrado su atención en los estilos cognitivos. Desde esta perspectiva el objetivo es clarificar las relaciones que existen entre el estado de ánimo y la ansiedad, más allá del afecto positivo y negativo. Las vulnerabilidades cognitivas se consideran "*rasgos estables característicos de la personalidad que interactúan con el estrés vital significativo que confiere responsabilidad a los trastornos emocionales*" (Reardon y Williams 2007, p. 662). Fergus y Wu, (2011) examinaron si las variables cognitivas, supuestamente específicas del trastorno de ansiedad generalizada y del trastorno obsesivo compulsivo podrían estar presentes en otros trastornos del estado de ánimo y la ansiedad. En los resultados aparece la intolerancia a la incertidumbre como relativamente específica de la ansiedad, principalmente en el trastorno de ansiedad social, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo. No obstante, no se encontró relación entre intolerancia a la incertidumbre y depresión. Esta aportación sugiere que la intolerancia a la incertidumbre puede ser útil para distinguir los síntomas del estado de ánimo y de la ansiedad. También el trastorno obsesivo compulsivo se asocia a la intolerancia a la incertidumbre y a la orientación negativa al problema en mayor medida que con las vulnerabilidades cognitivas propias de dicho trastorno (perfeccionismo/certeza, estimación de responsabilidad/amenaza e importancia/control

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

de pensamientos). Estos resultados son de gran importancia de cara a futuros enfoques terapéuticos (Fergus y Wu, 2011).

El origen del trastorno de ansiedad generalizada también ha sido estudiado desde una perspectiva biológica. Estudios con mellizos indican que el 30% del trastorno de ansiedad generalizada puede ser atribuido a factores genéticos (Kendler, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1992). Sin embargo, más que un vínculo directo con trastorno de ansiedad generalizada, parece que los factores genéticos contribuyen a una mayor vulnerabilidad biológica a la ansiedad, mientras que otros factores biológicos, ambientales y psicológicos tendrían un importante papel en la manifestación de un trastorno específico (Barlow, 2002). Los estudios con familiares, individuales y genéticos de niños, adolescentes y adultos proporcionan apoyo a la importancia de las contribuciones genéticas en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada. Así, Newman y Bland (2006) han encontrado una relación de leve a moderada entre familiares con el trastorno de ansiedad generalizada, con una ratio de 1.4 hasta 1.8 para parientes de primer grado de las personas con trastorno de ansiedad y de 2.01 a 2.08 para los hijos de aquellos con trastorno de ansiedad generalizada. Un metaanálisis posterior con estudios de gemelos, estimó la herencia del trastorno de ansiedad generalizada en .32, de modo que la mayor parte de la varianza se explicaba por factores ambientales no compartidos (Hettema, Prescott, Myers, Neale y Kendler, 2005). En otro estudio con niños y adolescentes de 8 a 17 años se investigaron los efectos genéticos y ambientales del trastorno de ansiedad generalizada. Se encontró una interacción significativa entre la genética y la edad del niño, con estimaciones de herencia de .60 para niños de 8 a 11 años y .53 para adolescentes de 12-17 años (Oligari et al., 2006).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Otros estudios analizan los factores biológicos implicados en el trastorno de ansiedad generalizada y encuentran asociaciones con enzimas y neurotransmisores, como serotonina y el mono-amino oxidasa A (MAO-A) (Gregory et al., 2008). En un estudio de la MAO-A se descubrió que la existencia de más de 3 repeticiones de alelos de la MAO-A polimorfismo del gen, fue mayor en las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada en comparación con los controles (Samochowiec et al., 2004). También en otro estudio se mostró un vínculo único entre la MAO-A polimorfismo G941T y el trastorno de ansiedad generalizada, asociación que no parece para el trastorno de pánico o depresión mayor. Estos hallazgos poseen un evidente interés dada la comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor (Tadic et al., 2003).

Otras investigaciones han examinado la influencia que tienen los genes y las interacciones medioambientales en el trastorno de ansiedad generalizada en niños. Se ha descubierto que el transportador de serotonina de alelo corto 5-HTT interactúa con bajo apoyo social para predecir inhibición conductual, un factor temperamental asociado a la ansiedad y la timidez en los niños (Fox, Russo y Georgiou, 2005). Asimismo, se encontró que la interacción de los genes con acontecimientos vitales adversos explican el trastorno de ansiedad generalizada en una muestra de chicas adolescentes. Se demostró que los genes explicaban sólo el 19% de la varianza del trastorno de ansiedad generalizada para las niñas que no habían experimentado un evento adverso, mientras que la genética explicaba el 44% de la varianza para las niñas que habían vivido dos de estos eventos (Silberg, Neale, Rutter y Eaves, 2001).

La vulnerabilidad biológica también ha sido apoyada por estudios realizados con resonancia magnética funcional. Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

tienen un mayor volumen de la amígdala y muestran una mayor respuesta de ésta, la amígdala es la estructura del sistema límbico encargada de mediar las reacciones afectivas con valencia negativa y en particular el miedo. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada presentan mayor activación de la amígdala al anticipar imágenes aversivas o situaciones de conflicto, en comparación con personas sanas (Newman, Llera, Erickson, Przeworski y Castonguay, 2013).

En general, la mayoría de los estudios muestran un peso moderado de la genética como predictor del trastorno de ansiedad generalizada. Asimismo, la varianza explicada por la genética aumenta cuando se tiene en cuenta las interacciones medioambientales. Por otro parte, parece que no hay un factor hereditario específico del trastorno de ansiedad generalizada, diversos estudios han encontrado factores genéticos subyacentes comunes a varios trastornos de ansiedad y al trastorno depresivo mayor. Kendler et al. (1992) encontraron que eran los factores de riesgo ambientales no compartidos los que determinaban si las mujeres desarrollaban trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada. En vista de los resultados obtenidos, cabe la posibilidad de que exista una vulnerabilidad más general para la ansiedad y la depresión que está determinada por factores genéticos, y que la expresión de un trastorno particular dependa de factores ambientales.

Además, en las últimas investigaciones no se han encontrado evidencias de que exista un efecto transgeneracional en el trastorno de ansiedad generalizada. En el estudio de Donovan et al., (2016) antes mencionado, también se compararon a padres y niños con ansiedad generalizada frente a niños no ansiosos en variables cognitivas de preocupación (intolerancia a la incertidumbre, creencias positivas y negativas sobre la preocupación,

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

orientación negativa al problema y evitación cognitiva). Se encontró que los padres de niños ansiosos no presentaron diferencias en estas variables cognitivas respecto a padres de niños no ansiosos. No obstante, habría que descartar que no exista un efecto de deseabilidad social en los padres, teniendo en cuenta que ellos acudían buscando tratamiento para sus hijos por lo que se requiere mayor investigación al respecto.

Por otro lado, es plausible considerar que el desarrollo de la preocupación clínica o trastorno de ansiedad generalizada tenga su base en características estables como el temperamento. Algunos autores sostienen que un temperamento inhibido puede ser posible que conduzca a una hiperactivación frente al estímulo ambiental. Esto puede contribuir a condicionar respuestas ansiosas y a evitar aquellos estímulos temidos que han sido más reforzados (Frick y Silverthorn, 2001). Algunas investigaciones sugieren que la inhibición conductual es un rasgo relativamente estable en los niños clasificados como conductualmente inhibidos (del 10 al 15% de la muestra) en 4 grupos de edades de 4 a 13 años (Kagan y Snidman, 1999; Schwartz, Lin, Brophy y Bransford, 1999). Sin embargo, aquellos que se encontraban en la media en inhibición conductual no mostraron esa estabilidad del rasgo. Otros estudios longitudinales y de familia también encuentran evidencia de la asociación entre la inhibición conductual y la sintomatología o trastornos de ansiedad (Degnan, Almas y Fox, 2010). Así, los niños identificados como conductualmente inhibidos a los 21 meses parecen ser más propensos a desarrollar un trastorno de ansiedad 5 o 10 años más tarde (Biederman et al., 1993). A su vez, en un estudio acerca del trastorno de ansiedad generalizada se encontró que el rasgo temperamental de evitación del daño se asoció de forma estrecha con el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada, tanto en niños como en adultos (Rettew et al., 2006).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Por último, en cuanto a los factores ambientales implicados en el origen del trastorno de ansiedad generalizada se han realizado estudios que analizan las relaciones familiares en la infancia. Los resultados indican que, en comparación con un grupo control, los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada informan de más problemas familiares durante la infancia: conflictos con los padres, conflictos entre los padres, falta de atención de los padres y educación inconsistente. Además, en niños y adolescentes los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada han estado asociados con la percepción de progenitores sobreprotectores, hipercontroladores, muy exigentes, con reglas estrictas y disciplina severa, lo que podría provocar que no se produzca el desarrollo de la autonomía del niño (Newman et al., 2013).

En conclusión, la investigación ha demostrado la presencia de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada. La naturaleza multifactorial, así como la interacción que aparece entre estos distintos factores es de suma importancia a la hora de entender y abordar dicho trastorno.

2.6.2 Prevalencia

A la hora de hablar de prevalencia de un trastorno conviene tener en cuenta que estos datos pueden variar en función de diversos factores: instrumento utilizado, utilización de distintos manuales diagnósticos, operacionalización de los criterios diagnósticos, metodología de entrevista, país y variables sociodemográficas. Además, es importante reparar en que, cuando nos referimos a datos de prevalencia-vida obtenidos retrospectivamente puede darse una subestimación de los mismos por problemas de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

recuerdo. Sin embargo, cuando los datos se obtienen prospectivamente las cifras de prevalencia-vida tienden a duplicarse (Moffitt et al., 2010).

En la Tabla 3, se presentan los resultados de distintos estudios de prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada, con muestras amplias y a partir de los criterios del DSM-IV-R (APA, 2000).

Tabla 3
Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada según los criterios del DSM-IV-R (APA, 1987)

Tipo	Prevalencia	País	Estudios
Actual	2.8	Australia	Hunt, Issakidis y Andrews (2002)
Anual	1	Europa	ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004)
	1.2	Europa	Lieb, Becker y Altamura (2005)
	1.5	Alemania	Carter et al. (2001)
	1.7-3.4(según la edad)	Europa	Wittchen et al. (2011)
	2.1	EE.UU.	Grant et al. (2005)
	3.1	EE.UU.	Kessler, Chiu et al. (2005)
En algún momento de la vida	3.6	Australia	Hunt, Issakidis y Andrews (2002)
	2.3	Europa	Lieb, Becker y Altamura (2005)
	2.8	Europa	ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004)
	4.1	EE.UU.	Grant et al. (2005)
	5.7	EE.UU.	Kessler, Berglund et al. (2005)
	6.1	Australia	McEvoy, Grove y Slade (2011)

Nota. Tomado de Bados (2015).

La prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada fue del 1% y la prevalencia vida de un 2.8% (0.5% y 1.9% en España). La proporción entre mujeres y hombres con trastorno de ansiedad generalizada fue de 1.8 y 2.5 para cada tipo de prevalencia. Lieb, Becker y Altamura (2005) han revisado varios estudios realizados en Europa, con criterios DSM-IV-TR, encontrando que la prevalencia anual ha estado entre

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

0.1% y 1.5% (mediana: 1.2%) y la prevalencia-vida entre 0.1% y 6.9% (mediana: 2.3%). En otra extensa revisión en Europa se encontró una tasa de prevalencia anual del 1.7%-3.4% para población mayor de 14 años, con una razón entre mujeres y hombres de 2.1. Entre 14 y 65 años la prevalencia anual fue del 1.7% y de un 3.4% en los mayores de 65 años (Wittchen et al., 2011).

En el caso de EE.UU., en el *National Comorbidity Survey Replication* (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005) estimaron que hasta los 75 años un 8.3% habría desarrollado el trastorno (Kessler, Berglund, Demler, Jin y Walters, 2005a). Conviene señalar que la prevalencia-vida del trastorno de ansiedad generalizada se duplica cuando el criterio de duración se reduce de 6 a 1-5 meses (Kessler, Ruscio, Shear y Wittchen, 2009).

En estudios epidemiológicos alrededor del 60%-70% de las personas con trastorno de ansiedad generalizada son mujeres (Grant et al., 2005), aunque en contextos clínicos representan sólo el 55%-60%. El trastorno de ansiedad generalizada es también más frecuente en las personas mayores de 24 años y menores de 55, en los separados/viudos/divorciados, en aquellos con menores ingresos, en los desempleados y en las amas de casa (Haro et al., 2006). En cambio, el nivel educativo, la religión y el entorno rural/urbano no parecen predecir el trastorno, aunque Hunt, Issakidis y Andrews (2002) hallaron una mayor frecuencia de trastorno de ansiedad generalizada en ausencia de estudios universitarios.

En términos generales, en Europa se hallaron prevalencias más bajas que en EE.UU. En este estudio participaron 21.425 personas adultas que fueron diagnosticadas

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

mediante entrevista según los criterios del DSM-IV (ESEMeD/MHEDEA 2000 *Investigators*, 2004; Haro et al., 2006).

De la revisión de la investigación previa también se pueden extraer datos acerca de las diferencias en prevalencia entre los distintos trastornos de ansiedad. En la Tabla 4 se observa un resumen de los resultados de prevalencia para los distintos trastornos de ansiedad, encontrados en el estudio europeo, *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Project* (ESEMeD/MHEDEA, 2000 *Investigators*, 2004) y en el *National Comorbidity Survey Replication* (Kessler, Chiu et al., 2005).

Tabla 4
Prevalencia de los trastornos de ansiedad

Trastorno	Prevalencia NCS (%)		Prevalencia ESEMeD (%)	
	Vida	12 meses	Vida	12 meses
Trastorno de pánico	3.5	2.3	2.1	0.8
Agorafobia sin pánico	5.3	2.6	0.9	0.4
Fobia social	13.3	7.9	2.4	1.2
Fobia simple	11.3	8.8	7.7	3.5
Trastorno de ansiedad generalizada	5.1	3.1	2.8	1.0
Trastorno por estrés postraumático	7.6	3.9	1.9	0.9
Cualquier trastorno de ansiedad	28.7	19.9	13.6	6.4

Nota. ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project; NCS: National Comorbidity Survey. Tomado de Barrondo, Martínez y González (2008)

En la población estadounidense la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada es mayor que en la europea. Esta población se caracteriza por una alta prevalencia en fobias y trastorno de estrés postraumático y en general, una prevalencia más alta de trastornos de ansiedad. En el caso de los datos europeos, la fobia simple, seguida del trastorno de ansiedad generalizada, son los que presentan una prevalencia más alta.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

En general el trastorno de ansiedad generalizada en Estados Unidos muestra una prevalencia anual de 0.9% en adolescentes y 2.9 % entre los adultos. En otros países esta prevalencia varía del 0.4 al 3.6 %, respectivamente. Además, el riesgo de padecerlo a lo largo de la vida es del 9%. Las mujeres presentan el doble de probabilidad de padecer el trastorno que los hombres. Siendo su prevalencia mayor a mediana edad que en edades avanzadas. Por otra parte, parece que es un trastorno más frecuente en personas de ascendencia europea que en personas de Asia, África, nativos americanos y de las islas del Pacífico. Principalmente se ha encontrado que las personas de países desarrollados tienen más probabilidad de manifestar síntomas del trastorno de ansiedad generalizada a lo largo de su vida que las personas de países en vías de desarrollo (DSM-5, APA, 2013).

En el ámbito de la atención primaria el trastorno de ansiedad generalizada es de los más frecuentes. En España su prevalencia es del 11.7% (Roca et al., 2009), aunque dependiendo de la comunidad autónoma puede oscilar, por ejemplo, la prevalencia anual en Cataluña es de un 3.8% (DASMAP; Serrano-Blanco et al., 2010). En otro estudio a nivel nacional con una muestra de 3.247 personas se encontró una prevalencia del 13.8% de trastornos de ansiedad, de los cuales el más frecuente era el trastorno de ansiedad generalizada apareciendo en un 65% de los casos (García del Pozo et al., 2004). Estos datos sugieren que los pacientes afectados de trastorno de ansiedad generalizada utilizan con frecuencia los servicios de atención primaria.

Otra cuestión a tener en consideración es, que unido a la escasa fiabilidad y las continuas controversias sobre su definición se encuentra el hecho de que el trastorno de ansiedad generalizada sigue siendo muy poco reconocido en la práctica clínica (Beesdo, Knappe y Pine, 2009). De aquellas personas que cumplen los criterios diagnósticos para

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

este trastorno y que buscan ayuda profesional para sus síntomas, sólo el 50%-65% son identificadas por su médico de cabecera como "casos psiquiátricos", y sólo el 34% de este último grupo es reconocido como pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (Hoyer, Krause, Hofler, Beesdo y Wittchen, 1998). Esto puede ser debido al hecho de que los pacientes con trastorno de ansiedad a menudo no buscan ayuda para su aprensión ansiosa (Kessler, Lloyd, Lewis y Gray, 1999), sino más bien, presentan a su médico de cabecera quejas somáticas vagas e inespecíficas, tales como problemas para dormir, fatiga, nerviosismo, o dolor en el cuello y en los hombros (Culpepper, 2002). Lo que dificulta la identificación del trastorno. En el estudio GADAP (García-Campayo, Caballero, Pérez y López, 2012), realizado en España con pacientes con trastorno de ansiedad generalizada que acudían a atención primaria se encontró que, antes de ser diagnosticados, los principales motivos de consulta eran el dolor y las alteraciones del sueño. Además, la mayor parte solían ser mujeres sobre los 50 años de edad con ansiedad moderada que habían tenido síntomas de ansiedad durante los últimos 3 años. En más de la mitad de los casos, los pacientes también presentaba un trastorno psiquiátrico comórbido, siendo en el 67% de éstos un trastorno depresivo. Asimismo, los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada habrían sido tratados una media de 2 años con benzodicepinas. El alto uso de benzodicepinas puede ser explicado debido a que los pacientes fueron tratados para lo que ellos mismos consideraban crisis de ansiedad esporádica (García-Campayo et al., 2012).

En cuanto a la prevalencia de este trastorno en las consultas ambulatorias de salud mental, el estudio LIGANDO (Caballero, Bobes, Vilardag y Rejas, 2009), encontró que de una muestra total de 19.962 pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

generalizada, según la CIE-10, entre octubre y diciembre de 2006, 2.743 (13.7%; IC 95%: 13.3-14.2%) presentaron un diagnóstico previo de trastorno de ansiedad generalizada CIE-10. Además, se observó una prevalencia significativamente mayor de trastorno de ansiedad generalizada en las mujeres que en los hombres (15.4% frente a 11.3%, respectivamente; $p \leq .0001$), equiparándose entre ambos sexos a partir de los 55 años. También hubo diferencias significativas por edad, de modo que los grupos con mayor prevalencia eran los de 25 a 34.9 años y de 35 a 44.9 años (15 y 15.5%, respectivamente, para ambos sexos en conjunto), presentando el grupo de edad de mayores de 65 años la menor prevalencia (9.3%). La causa más frecuente de consulta eran trastornos y/o síntomas de ansiedad en un 71.4% de los casos, seguido por trastornos de depresión con un 9.7% de los pacientes. Por otro lado, de los pacientes que visitan al psiquiatra sin diagnóstico, el 10% padecía trastorno de ansiedad generalizada. De los pacientes diagnosticados solo manifestaron los síntomas propios del trastorno dos tercios de las consultas (Caballero et al., 2009). Posiblemente, en atención primaria no se está diagnosticando todos los casos que se presentan, debido a que la somatización y comorbilidad de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada podría dar lugar a una subestimación de su prevalencia. En base a este trabajo, se puede concluir que, la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en consultas ambulatorias de salud mental es más alta de lo esperado en España (13.7), según los datos obtenidos en atención primaria (11.7) siendo las mujeres entre 25 y 45 años las de mayor prevalencia.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que los estudios de prevalencia, se basan en diferentes grupos poblacionales -población general, pacientes de atención primaria y

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

pacientes de atención secundaria- esto dificulta una estimación fiable de la tasa de prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada.

2.6.3 Edad de inicio, curso y pronóstico

La edad de aparición del trastorno de ansiedad generalizada como trastorno primario puede ser precoz, adolescencia o adultez temprana, sin embargo, cuando es secundario a otro trastorno de ansiedad aparece en torno a los 30 años, extendiéndose el riesgo hasta un amplio rango de edad. El inicio del trastorno rara vez ocurre antes de la adolescencia. Aunque las personas con trastorno de ansiedad generalizada manifiestan que han sentido ansiedad y nerviosismo desde temprana edad. No obstante, la edad media de inicio es más tardía que en otros trastornos de ansiedad. Los síntomas de ansiedad y preocupación excesiva pueden aparecer a edades tempranas, pero en este caso se manifiestan como un temperamento ansioso. Sin embargo, los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada tienden a ser crónicos y oscilantes durante toda la vida, fluctuando entre formas sindrómicas y subsindrómicas del trastorno. A diferencia de otros trastornos, el trastorno de ansiedad generalizada aumenta con la edad hasta llegar a ser uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en la adultez tardía. La principal diferencia entre los grupos de edad se encuentra en el contenido de las preocupaciones. Respecto a los síntomas, suelen ser más graves en los adultos jóvenes que en los adultos mayores (DSM-5, APA, 2013).

El curso natural de la enfermedad tiende a ser crónico y recurrente, pudiendo darse evoluciones de una o más décadas. El trastorno de ansiedad generalizada presenta unas tasas de remisión completa muy bajas. Se ha encontrado que en pacientes que padecen un trastorno de ansiedad generalizada grave de larga duración (M = 20 años), la

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. <i>Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/</i>	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

probabilidad de remisión total, al cabo de 1, 2, 5 y 8 años, fue sólo del 15%, 25%, 38% y 49%, respectivamente, a pesar de haber recibido farmacoterapia y tratamiento psicológico (psicodinámico, conductual o cognitivo-conductual). Además, de los pacientes que habían remitido, el 27% y el 40% recayeron trascurrido un periodo de 3 y 8 años respectivamente (Yonkers et al., 1996, 2000, 2003). En estudios de seguimiento de dos años con pacientes en los que había remitido, el 19.7 % volvieron a presentar trastorno de ansiedad generalizada u otro trastorno de ansiedad (Scholten et al., 2013). En otro estudio con un seguimiento de 12 años, el trastorno de ansiedad generalizada había remitido en el 58% de los pacientes y había reaparecido en el 45% de los que se habían recuperado (Bruce et al. 2005). Por otro parte, en períodos de 14 años, la mayoría de pacientes dejan de cumplir los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada, aunque realmente sólo aparece una reducción modesta en la gravedad del trastorno. En la mayoría de las personas el trastorno de ansiedad generalizada permaneció a un nivel sub-umbral (Ramshaw et al., 2009).

En suma, el trastorno de ansiedad generalizada es una condición crónica e incapacitante, de curso fluctuante, con bajas tasas de remisión y moderadas de recurrencia. Aun cuando se aplica un tratamiento adecuado, lo más frecuente es que el trastorno de ansiedad generalizada continúe a un nivel sub-umbral (con importantes síntomas residuales) o que sea reemplazado por otro trastorno.

2.6.4 Comorbilidad

El trastorno de ansiedad generalizada presenta una alta incidencia de comorbilidad, lo que conduce a un cuadro clínico complejo. La comorbilidad más

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

frecuente es con otros trastornos del eje I del DSM-5 (APA, 2013), como son otros trastornos de ansiedad (Brown et al., 2001), trastornos del estado de ánimo, como depresión o distimia (Schneider, 1996). Según los datos de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (*National Comorbidity Survey*; Kessler, 1994) el 90% de las personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada tuvieron, por lo menos, otro trastorno comórbido a lo largo de su vida, mientras que, a lo largo del último mes de evolución, la tasa de comorbilidad resultó ser del 66%. Según el proyecto HARP -*Harvard-Brown Anxiety Research Project*- (Keller, 2006), el 58% de la comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada es con cualquier trastorno depresivo (42% con depresión; 8% con distimia). Algunos autores han propuesto que el trastorno de ansiedad generalizada a menudo progresa hacia la depresión, ya se mantenga o no la sintomatología ansiosa, y da lugar a la transición desde una combinación de trastorno de ansiedad generalizada con depresión hasta cuadros psicopatológicos de mayor gravedad y cronicidad (Holwerda et al., 2007).

Otros trastornos con los que se suele asociar el trastorno de ansiedad generalizada son diabetes mellitus, trastorno de abuso de sustancias y trastornos de pánico. Además, aparecen fuertes asociaciones entre el trastorno de ansiedad generalizada y condiciones de dolor crónico, con síntomas somáticos sin explicación médica y trastornos del sueño (Nutt, Argyropoulos, Hood y Potokar, 2006). Asimismo, se han encontrado diferencias de género en las manifestaciones de comorbilidad. En las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada, la comorbilidad se limita en gran parte, a los trastornos de ansiedad y a la depresión unipolar, mientras que en los hombres es más probable que la comorbilidad se extienda a los trastornos por uso de sustancias (DSM-5, APA, 2013).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

En España, el proyecto ESEMeD (Alonso, et al. 2004) respalda estos resultados. El 69.4% de pacientes que sufrían un trastorno de ansiedad generalizada habían tenido al menos otro trastorno mental durante los últimos 12 meses: depresión mayor (*Odd Ratio*: 33.7;), agorafobia (*Odd Ratio*: 25.7;) o trastorno de pánico (*Odd Ratio*: 20.3), entre otros. Por otra parte, en la revisión de Kapczinski, dos Santos Souza, Batista Miralha da Cunha y Schmitt (2003) se encontró comorbilidad con el trastorno depresivo mayor (62%) y la distimia (37%). También en otro estudio se demostró que, en 539 pacientes de atención primaria, el 60% tenían más de un trastorno de ansiedad (Rodríguez et al., 2006).

En posteriores análisis de los índices de comorbilidad se ha visto que los trastornos de ansiedad tienden a co-ocurrir con otras condiciones psiquiátricas (Kessler, Chiu, et al., 2005), con altas tasas de enfermedad biomédica crónica (Roy-Byrne et al., 2008) y con síntomas físicos, que no se pueden explicar desde el punto de vista médico (Katon, Lin y Kroenke, 2007). En concreto, en atención primaria en España se ha encontrado que los tres motivos de consulta más comunes comunicados por los pacientes fueron dolor (n=1.558; 72.9%), ansiedad (n=1.488; 69.6%) y alteraciones del sueño (n=1.080; 50.5%), seguidos por depresión, trastorno gastrointestinal, enfermedad cardiaca, diabetes, trastornos psiquiátricos no especificados, asma y otras enfermedades. El dolor crónico fue la enfermedad más frecuente con un 83.9% de pacientes que lo padecían. En relación con las comorbilidades psiquiátricas, el 66.4% de los pacientes presentaron un diagnóstico de al menos otro trastorno psiquiátrico comórbido; siendo la fobia social (37%) y la depresión mayor (19.1%) los más prevalentes (estudio GADAP; García-Campayo et al., 2012).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

En la Tabla 5 se puede observar la alta comorbilidad que posee el trastorno de ansiedad generalizada. Aproximadamente un 80-90% de personas que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada presentan uno o más trastornos psicopatológicos (Judd et al., 1998). Alrededor de dos tercios de los que sufren trastorno de ansiedad generalizada tienen una historia de trastorno depresivo mayor (Judd et al., 1998). En un 63% de los casos, el trastorno de ansiedad generalizada tiene un inicio cronológico más temprano que el trastorno depresivo mayor (Fava et al., 2000).

Tabla 5

Trastorno de ansiedad generalizada: inicio, prevalencia y comorbilidad con el trastorno depresivo mayor

Diagnóstico	Prevalencia	Comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos	Comorbilidad con TDM	Comorbilidad de TDM con TAG	Inicio del TAG antes que TDM
Trastorno de Ansiedad Generalizada	1.9-6.6%	80-90%	62-67%	17%	63%

Nota. Tomado de Kaufman y Charney (2000)

2.6.5 Diagnóstico diferencial

El trastorno de ansiedad generalizada, no sólo se ha visto obligado a superar las dificultades de su identidad frente a otros trastornos de ansiedad, sino también con otro cuadro clínico caracterizado por un comienzo poco definido y larga duración como es el trastorno distímico (Chappa, 2003). Resulta complicado diferenciarlos en los casos donde el problema hace años que está presente. Además, la coexistencia del trastorno distímico y el trastorno de ansiedad generalizada es mucho más frecuente que la de cada trastorno por separado (Guelfi, 1993). De modo que, la dificultad radica en establecer cuál de los trastornos es primario (Versiani y Nardi, 1997).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

La depresión mayor, también presenta alta comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada, compartiendo gran parte de la sintomatología. Aunque en el trastorno de ansiedad generalizada el principal síntoma es la preocupación (Rickels y Rynn, 2001), mientras que en la depresión las preocupaciones o rumia se refieren a culpa sobre pequeños errores pasados, apareciendo desesperanza y evaluaciones negativas no realistas. Las personas con trastorno depresivo suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de la visión negativa de sí mismos. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de que el trastorno de ansiedad generalizada es distinto estadística y clínicamente que el cuadro depresivo, e incluso según algunos índices de calidad de vida, el trastorno de ansiedad generalizada tiene peor pronóstico que la depresión (Hollander y Simeon, 2004).

Además, el trastorno de ansiedad generalizada es común que despliegue, durante sus exacerbaciones sintomáticas, manifestaciones de otros trastornos. Así, por ejemplo, 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 de situaciones evaluadas por la persona como potencialmente peligrosas (viajes, salidas nocturnas) o generadoras de preocupación, como puestos de trabajo de elevada responsabilidad o concurrencia a fiestas y eventos, que podrían conducir a un diagnóstico erróneo de ansiedad social (Resnic, 2007).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

2.7 Consecuencias Psicológicas y Biomédicas del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Una de las características más frecuentes asociadas al trastorno de ansiedad generalizada es el significativo deterioro psicosocial. Existen estudios que han sugerido serios déficits y pobre calidad de vida relacionado con este trastorno (Sanderson y Andrews, 2002). El grado de discapacidad se asemeja al que muestran aquellos que sufren depresión u otros trastornos del estado de ánimo (Grant et al., 2005). Las personas que padecen tanto, un trastorno de ansiedad generalizada sólo, como comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, presentan problemas de consumo de alcohol y/o abuso de sustancias, depresión, comorbilidades somáticas y automedicación (Allgulander, 2012).

En la última década se han realizado distintos estudios para determinar los factores clínicos que predicen la disfunción y la pobre calidad de vida de las personas con trastorno de ansiedad generalizada. Una investigación, llevada a cabo con población mexicana diagnosticada con dicho trastorno, encontró que la presencia de depresión comórbida al trastorno de ansiedad generalizada, fue la variable que más correlacionó con disfunción y pobre calidad de vida, tanto en el ámbito laboral, como en las actividades de tiempo libre. Asimismo, el nivel de disfunción fue mayor en hombres que en mujeres, a pesar de que el porcentaje de mujeres con trastorno de ansiedad generalizada fue superior (Marjan, Mendieta, Muñoz, Díaz y Cortes, 2014).

Además, las personas con trastorno de ansiedad generalizada presentan problemas de salud física (Noyes, Carney, Hillis, Jones y Langbehn, 2005). En un estudio con 3.032 personas con edades de entre 25-74 años se encontró que el trastorno de ansiedad generalizada predijo, de forma independiente a los factores de riesgo para la enfermedad

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

cardíaca (fumar, índice de masa corporal, empleo reciente de medicación para la hipertensión, niveles elevados de colesterol y diabetes), la aparición de este tipo de problemática cardíaca (Barger y Sydeman, 2005). También se ha encontrado relación entre el trastorno de ansiedad generalizada y otros síntomas físicos asociados al estrés como son: síndrome del colon irritable, síndrome de fatiga crónica, úlceras, diarrea, gases, dolores de cabeza, dolor cervical y de espalda, hipertensión, diabetes, insomnio, síndrome temporo-mandibular (Craske y Barlow, 2006). Gran parte de esta conexión entre trastorno de ansiedad generalizada y sintomatología física se ha explicado por la asociación de las preocupaciones con cambios en la activación cardiovascular, inmunológica y endocrina. Estos efectos fisiológicos parecen ser consecuencia, al menos en parte, de la carga mental que suponen las preocupaciones, cuando son frecuentes y duraderas (Verkhuil, Brosschot, Borkovek y Thayer, 2009).

2.8 Costes económicos derivados del Trastorno de Ansiedad Generalizada

La inmensa mayoría de estudios sobre costes económicos derivados del padecimiento del trastorno de ansiedad generalizada se han llevado a cabo en Estados Unidos. Se caracterizan por ser estudios retrospectivos que utilizan como fuente de información principal las bases de datos administrativos.

En general, de la revisión de estos estudios se puede extraer que los grupos con diagnóstico de ansiedad, comparados con un grupo control, tienen una mayor probabilidad de utilizar servicios sanitarios y presentan un mayor absentismo en el trabajo (Albarracín, Rovira, Carreras y Rejas, 2008), resultando una de las enfermedades mentales más costosas. En la Tabla 6 se puede ver un resumen de costes tanto directos como indirectos.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Tabla 6

Costes económicos

Autores y País	Psicopatología	Coste total anual en \$	Costes directos en \$	Costes indirectos
Rice y Millar (1998). EEUU	Ansiedad o trastorno depresivo Sin trastornos de ansiedad	2.390 1.397		
DuPont et al. (1996). EEUU	Trastornos de ansiedad	46.6 mil millones	40.8 billones	Mortalidad; 1.3 billones Morbilidad: 34.2 billones
Rice y Miller (1998). EEUU	Trastornos mentales	147.8 billones en 1990	67 billones	Morbilidad: 63 billones. Mortalidad: 11.8 Billones. Otros: 6 billones
Goetzel et al. (1999). EEUU	347.799 empleados de seis grandes empresas Trastornos de ansiedad	13.20 billones	Costes médicos: 6,74 billones	Bajas: 4.24 billones. Incapacidad Temporal: 2.22 billones. (49% de los costes totales)
Greenberg et al. (1999)	Trastornos de ansiedad	42.3 billones en 1990. (1.542 por paciente)	Tratamiento médico no psiquiátrico: 54% Tratamiento psiquiátrico: 31 % Costes farmacéuticos: 2%	Costes indirectos ligados al trabajo: 10%: -Pérdida de productividad: 88% -Absentismo: 12% -Costes ligados a la mortalidad: 3%
Berndt et al. (2000). EEUU	personas con ansiedad: 96 personas con trastorno de ansiedad generalizada: 20	Ansiedad: 5.921 trastorno de ansiedad generalizada: 6.747	de trastorno de ansiedad generalizada: .Hospital: 3.204 .Ambulatorio: 3.089 .Prescripciones: 504	Ansiedad: .Hospital: 2.665 .Ambulatorio: 2.853 .Prescripciones: 429 trastorno de ansiedad generalizada: .Hospital: 3.204 .Ambulatorio: 3.089 .Prescripciones: 504

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

En referencia al área laboral también se han encontrado evidencias de deterioro en las personas con trastorno de ansiedad generalizada. En Estados Unidos el estudio del Área de Captación Epidemiológica (ECA) encontró que el 25% de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada recibían subsidios por incapacidad, y sólo aproximadamente el 50% del total trabajaban a jornada completa. De esas personas que estaban trabajando, el 38% tuvo al menos una semana de ausencia relacionada con la ansiedad en el año previo (Massion, Warshaw y Keller, 1993). Además, la investigación del ECA halló una fuerte asociación entre el estatus ocupacional, ingresos y el trastorno de ansiedad generalizada. Los resultados sugerían que el trastorno de ansiedad generalizada aparece tres veces más en las personas que ocupaban los puestos de menor jerarquía. Más aún, el trastorno de ansiedad generalizada también fue asociado con una probabilidad dos veces mayor de que los ingresos anuales no superaran los \$10.000 por año. La ansiedad ha sido considerada como la quinta causa de la pérdida de productividad en el trabajo, detrás de otras como la depresión, el dolor de espalda y la artritis (Loeppke et al., 2009). En el estudio español GADAP (García-Campayo et al., 2012), los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada informaron haber trabajado más días con ansiedad y síntomas de dolor que sin estos problemas asociados. También informaban que perdían aproximadamente unos nueve días laborables al mes. En otros estudios los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada manifestaron sufrir seis o más días de incapacidad laboral (Hoffman et al., 2008). En Estados Unidos la incapacidad laboral ha supuesto que se dé una pérdida de 110 millones de dólares al año (DSM 5, APA, 2013).

En Estados Unidos, el coste que genera la ansiedad generalizada asciende hasta un 31.5% de los costes totales atribuidos a los trastornos mentales. Sin embargo, hay que

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

distinguir entre costes indirectos (pérdida de productividad) asociados a la morbilidad frente a los costes médicos directos, siendo la posición de 3:1 para costes indirectos frente a costes directos.

En la Figura 2, se representan de manera esquemática los costes directos e indirectos atendiendo a la visibilidad e importancia (Rice y Miller 1998). Se consideran costes indirectos los costes de morbilidad y otros costes asociados. Dentro de los costes asociados se tienen en cuenta aspectos como prisión y costes de la persona cuidadora.

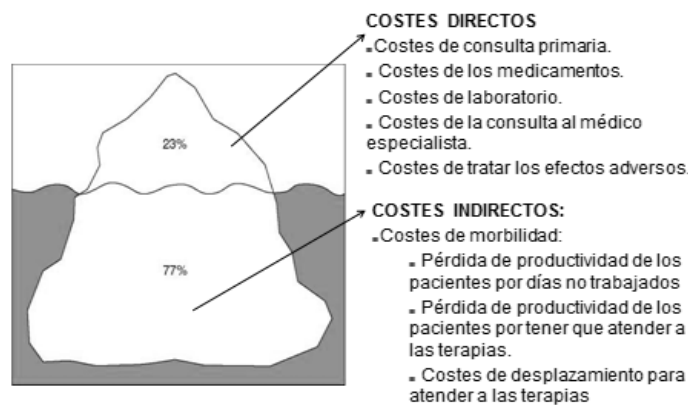


Figura 2. Costes directos e indirectos del trastorno de ansiedad generalizada. Tomado de Rice y Miller (1998).

2.9 Procesamiento de la información en el Trastornos de Ansiedad Generalizada

Los sesgos cognitivos constituyen una variable relevante en la investigación de los distintos trastornos emocionales, incluyendo los de ansiedad. Los modelos cognitivos sugieren que los sesgos cognitivos relacionados con la amenaza están en la etiología y el

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

mantenimiento de los trastornos de ansiedad (Clerkin y Teachman, 2011). Desde hace muchos años, la vulnerabilidad a la ansiedad se ha relacionado con déficits en el procesamiento de la información. Se la vincula con un sesgo selectivo que opera a nivel automático en el sistema cognitivo, de modo que favorece el procesamiento de información relacionada con amenazas o peligros (Mathews y McLeod, 1994). Las personas ansiosas muestran sesgos cognitivos en el procesamiento de la información (Brosan, Hopptitt, Sillence y Mackintosh, 2011). De hecho, existe evidencia empírica del papel significativo de los sesgos atencionales (Cisler y Koster, 2010; Yiend, 2010), los sesgos interpretativos (Anderson et al., 2012), los sesgos de memoria (Teachman, 2005), y el sesgo de confirmación (Muris, Debipersad y Mayer, 2014). Con anterioridad a estos hallazgos, ya algunos autores postulaban que a la base de estos sesgos se encuentra una atención selectiva disfuncional (Matthews y Wells, 2000).

Los sesgos atencionales consisten en una predilección por atender de manera selectiva a los estímulos amenazantes del ambiente frente a los neutros. El sesgo interpretativo alude a la tendencia a interpretar las situaciones o estímulos ambiguos o neutros como amenazantes. Desde la teoría de los cuatro factores se ha propuesto que el sesgo interpretativo predomina en cuatro de los principales trastornos de ansiedad: el pánico, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático (Eysenck y Eysenck, 2007). En cuanto al sesgo de memoria, hace alusión a la propensión a recordar los acontecimientos congruentes con el estado de ánimo negativo. En relación con los sesgos de memoria, podemos encontrar dos tipos: los sesgos de memoria explícita que se producen cuando en una tarea se requiere la recuperación consciente de experiencias previas, e implícita que hace alusión a cuando determinadas

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

experiencias facilitan la ejecución de tareas posteriores que no requieren un recuerdo intencional o consciente (Hirsch y Mathews, 2012).

Por otro lado, el sesgo confirmatorio consiste en la preferencia por la búsqueda selectiva de información que confirme o valide la idea previa de la persona (Nickerson, 1998). En este sentido, las personas con miedos o propensos a la ansiedad tienden a centrarse en la información que confirme la amenaza, esto es, emplean estrategias de verificación, mientras que se centran en menor medida en la información que invalide la amenaza, es decir, estrategias de falsificación. Así, el sesgo de confirmación según los modelos teóricos actuales, junto con otras distorsiones cognoscitivas serían factores de riesgo que inducirían al desarrollo de problemas de miedo y ansiedad (Muris et al., 2014).

Existen modelos relacionados con la preocupación que hacen hincapié en la importancia del procesamiento de la información en el trastorno de ansiedad generalizada, sirviendo de causa y/o factor de mantenimiento. En general, estos trabajos apuntan a que el trastorno de ansiedad generalizada se asocia con el sesgo atencional y la tendencia a interpretar la información ambigua como una amenaza. Los resultados de tareas de detección de puntos (*dot probe*) indican que las personas con trastorno de ansiedad generalizada muestran un sesgo hacia la amenaza en comparación con los controles no ansiosos. Esto se evidencia por los tiempos de reacción más rápidos en la percepción de puntos que son presentados después de la amenaza, en comparación con los presentados tras material no amenazante (Mathews, 1990). Los resultados de trabajos que utilizan una tarea léxica de toma de decisiones, también apoyan el sesgo hacia la amenaza en aquellas personas con trastorno de ansiedad (MacLeod y Mathews, 1991; Mogg, Mathews, Eysenck y May, 1991). Los efectos son similares en estudios que utilizan la tarea de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Stroop. Se presentan las palabras amenazantes y neutras en diferentes colores y se pide a las personas nombrar los colores sin tener en cuenta el contenido, encontraron que las personas con trastorno de ansiedad generalizada son más lentas que los controles no ansiosos, con las palabras de significado amenazante (Mogg, Mathews y Weinman, 1989). Se cree que la interferencia atencional se produce debido al contenido de la palabra, lo que resulta en errores y tiempos de respuesta más largos. En un trabajo reciente, se ha demostrado que la preocupación verbal aumenta el sesgo atencional hacia la amenaza, sin embargo, esto no ocurre si la preocupación está basada en imágenes (Williams, Mathews y Hirsch, 2014).

En un estudio realizado con adolescentes se analizaron los procesos de vulnerabilidad cognitiva ante las situaciones ambiguas, situaciones positivas y situaciones negativas, inequívocas. Los procesos evaluados fueron: la intolerancia a la incertidumbre, la evitación cognitiva, la sensibilidad a la ansiedad, la indecisión, la tendencia a la preocupación y los síntomas somáticos o emocionalidad. Los resultados mostraron que estos procesos y una alta emocionalidad aparecen en situaciones ambiguas y negativas inequívocas, pero no en las situaciones positivas. Además, se encontró que, en ambas situaciones, el proceso de incertidumbre generaba inhibición, aparecía miedo a las sensaciones físicas e indecisión. En la predicción de las situaciones ambiguas, además de las tres anteriores intervenían la tendencia a la preocupación y una estrategia de evitación cognitiva, la distracción. Sin embargo, para las situaciones negativas inequívocas, fue un predictor más potente la emocionalidad. Los resultados sugieren que se produce un proceso de vigilancia y evitación ante estímulos ambiguos o amenazantes (González, Rovella y Rausch, 2015).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

3. Modelos teóricos y empíricos explicativos del Trastorno de Ansiedad

Generalizada

Las conceptualizaciones teóricas del trastorno de ansiedad generalizada siguen en permanente estudio y perfeccionamiento, nos encontramos en un momento de auténtico auge de investigaciones que pretenden definir las causas y factores de mantenimiento de esta psicopatología. Existen varios modelos actuales que presentan perspectivas innovadoras sobre la conceptualización y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada: el Modelo de Evitación de la Preocupación y el trastorno de ansiedad generalizada (MEP de Borkovec et al., 2004); el Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MII de Dugas y Robichaud, 2007); el Modelo Metacognitivo (MMC de Wells, 1995); el Modelo de Desregulación de la Emoción (MDE) (Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2002); el Modelo Basado en la Aceptación del Trastorno de Ansiedad Generalizada (MBA de Roemer y Orsillo, 2005); y el Modelo de Evitación de Contraste (Newman y Llera, 2011).

Si bien todos los modelos tienen relevancia teórica y empírica, nuestra investigación se articula en torno al Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre. Las principales razones para escoger este modelo son tanto científicas dado que es un modelo con apoyo empírico y con claras implicaciones para el tratamiento, como pragmáticas, ya que en nuestro equipo de trabajo desde el año 1998, hemos validado empíricamente el modelo, tanto en personas adultas como en adolescentes (González, Rovella y Rausch, 2015), y desarrollado instrumentos de evaluación, así como un programa de intervención psicológica.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

3.1 Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre

El Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (Dugas y Robichaud, 2007) postula que existen cuatro procesos cognitivos implicados en el desarrollo y exacerbación del trastorno de ansiedad generalizada: la intolerancia a la incertidumbre, la tendencia a sobrestimar la utilidad de la preocupación, la orientación negativa al problema y la evitación cognitiva.

El primer componente, intolerancia a la incertidumbre, se define como “*una característica disposicional que resulta de un sistema de creencias negativas sobre la falta de certeza y sus implicaciones*” (Dugas y Robichaud, 2007, p. 24). Las personas con trastorno de ansiedad generalizada consideran las situaciones de incertidumbre o ambigüedad como “estresantes y molestas” (Dugas y Koerner, 2005, p. 62). Las investigaciones demuestran que las personas que padecen trastorno de ansiedad generalizada, expresan niveles de intolerancia a la incertidumbre significativamente más elevados que la población general y que aquellos que sufren un trastorno de pánico u otro trastorno de ansiedad (Dugas, Marchand y Ladouceur, 2005). Hay estudios que revelan que la baja tolerancia a la incertidumbre muestra asociaciones más intensas con las preocupaciones que con síntomas obsesivos, depresivos y de pánico (Dugas, Schwartz y Francis, 2004).

El segundo componente del modelo alude a las creencias positivas relacionadas con las preocupaciones, es decir, todas aquellas creencias que sostengan que preocuparse es útil. Las investigaciones confirman que tanto las preocupaciones excesivas como el propio trastorno de ansiedad generalizada están ligados a las siguientes creencias: preocuparse facilita la resolución de problemas y ayuda a motivarse; preocuparse protege

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

contra las emociones negativas futuras; la acción misma de preocuparse puede disminuir la probabilidad de acontecimientos negativos futuros y que preocuparse es un rasgo de personalidad positivo (Seidah et al., 2007). En los últimos años se ha demostrado, que estas creencias positivas sobre la preocupación puede que no estén tan presentes en la juventud como lo están en la edad adulta (Hearn, Donovan, Spence, March y Holmes, 2016; White y Hudson, 2016).

El tercer componente es la orientación negativa al problema, o la reacción inicial frente a los problemas, y hace referencia a *“un sistema de creencias que reflejan la percepción de un problema como una amenaza para el bienestar, experimentando dudas sobre la capacidad de resolución de problemas, y con una tendencia pesimista acerca del resultado”* (Robichaud y Dugas, 2005, p. 391). En concreto, quienes experimentan una orientación negativa al problema: (a) tienen falta de confianza en su capacidad para resolver problemas; (b) perciben los problemas como amenazas; (c) se frustran fácilmente cuando se enfrenta a un problema y (d) son pesimistas acerca del resultado de sus esfuerzos para resolver el problema (Koerner y Dugas, 2006). La orientación negativa ante los problemas es un constructo que está relacionado de manera estrecha con la preocupación clínica. Las personas que se preocupan de manera excesiva muestran una orientación negativa hacia los problemas, lo que repercute en que presenten más dificultades para resolver problemas cotidianos (Robichaud, Dugas y Conway, 2003). Además, durante el proceso de resolución de problemas también manifiestan baja tolerancia a la incertidumbre (Seidah et al., 2007).

En último lugar, la evitación cognitiva, es toda estrategia interna utilizada por la persona para evitar exponerse a un pensamiento o una imagen molesta (la distracción, el

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

reaseguro, el reemplazo o la supresión de ciertos pensamientos). De este modo se produce la evasión de los estímulos cognitivos y las imágenes amenazantes asociadas con la preocupación (Dugas y Koemer, 2005). La evitación cognitiva puede llevar a una reducción temporal de la ansiedad, lo que provoca la necesidad de mantener esta estrategia. Sin embargo, su eficacia es ilusoria contribuyendo al mantenimiento y exacerbación de las preocupaciones y la ansiedad (Seidah et al., 2007). En el trastorno de ansiedad generalizada los miedos que sufren las personas son menos tangibles, orientados hacia el futuro, y poseen una débil probabilidad de concretarse, por lo que la evitación que aparece es principalmente de tipo cognitivo. Esta característica ya aparece presente en niños de 8-12 años diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada (Holmes, Donovan, Farrell y March, 2014).

Estos cuatro procesos mantienen una vinculación jerárquica entre sí, en la cual la intolerancia a la incertidumbre es el factor clave de vulnerabilidad cognitiva que está relacionado con la preocupación

Según este modelo la intolerancia a la incertidumbre es el disparador de la cadena de preocupación, la orientación negativa al problema y la evitación cognitiva. De este modo, las personas con alta intolerancia a la incertidumbre serán más propensas a manifestar todo el proceso de preocupación. Las creencias positivas sobre la preocupación sostienen los niveles de ésta. Esta preocupación, conjuntamente con los sentimientos de ansiedad que la acompañan conduce a los dos procesos siguientes. La evitación cognitiva produce una disminución del procesamiento de material amenazante, manteniendo con ello la preocupación. Por su parte, la orientación negativa al problema hace que los problemas se valoren como amenazantes y no como desafíos a afrontar. Por último, en

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

las personas con trastorno de ansiedad generalizada, los sucesos vitales estresantes y el estado de ánimo negativo también sirven de disparadores que incrementan la preocupación, debido a que se interpretan de manera catastrofista. Para una mejor comprensión del modelo véase la Figura 3, donde se representan de manera gráfica las relaciones entre los cuatro procesos (Dugas y Robichaud, 2007).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

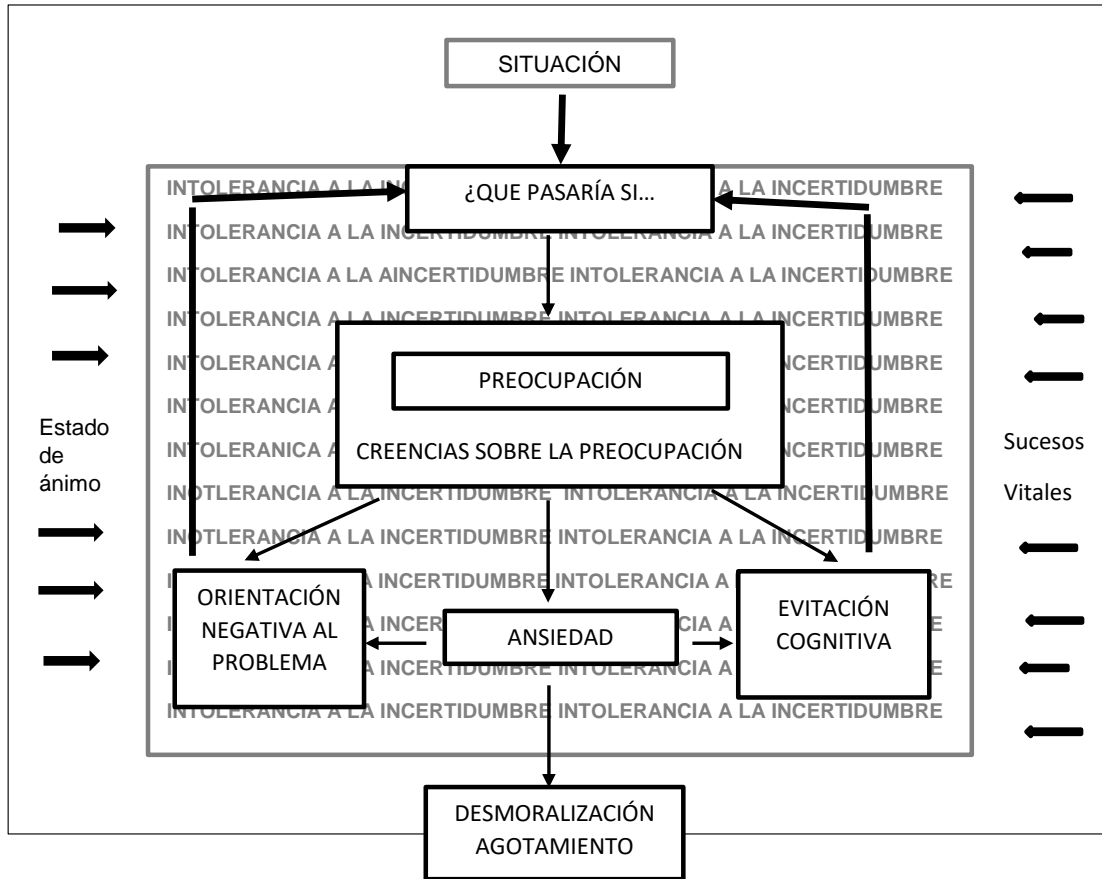


Figura 3. Modelo de Intolerancia a la incertidumbre (Dugas y Robichaud, 2007).

3.2 Apoyo empírico al Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre

El Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre ha contado con un notable apoyo empírico. Las investigaciones llevadas a cabo por el grupo de Dugas et al. (2005) han demostrado que de los cuatro procesos la intolerancia a la incertidumbre es el que está más implicado en el trastorno de ansiedad generalizada. Además, Holaway et al. (2006) hallaron que, tanto las personas con trastorno de ansiedad generalizada, como con trastorno obsesivo compulsivo experimentaban mayor grado de incertidumbre que la población normal, sin haber diferencias significativas entre ambas. También se ha

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

encontrado que las personas que puntúan alto en intolerancia a la incertidumbre tienden a interpretar los estímulos ambiguos como más amenazantes que las que obtienen puntuaciones bajas (Dugas et al., 2005). Este sesgo interpretativo parece ocurrir tanto con estímulos verbales (descripciones) como con estímulos visuales (fotografías) (Koerner, Hedayaty y Dugas, 2004). La intolerancia a la incertidumbre, a su vez, ha permitido discriminar entre los participantes que, según auto-informes, cumplen con los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada, frente a los que cumplen con los criterios somáticos solamente, o que no cumplen con ningún criterio para el trastorno de ansiedad generalizada (Buhr y Dugas, 2002).

La intolerancia a la incertidumbre también parece tener una relación única con la preocupación. En un estudio con estudiantes de pregrado se encontró que la intolerancia a la incertidumbre mantuvo correlaciones positivas con la preocupación, incluso después de controlar la ambigüedad, el perfeccionismo y el control percibido (Buhr y Dugas, 2006). Este estudio, además, mostró que la intolerancia a la incertidumbre explicaba varianza adicional de la preocupación, más allá de otras variables del estudio. Otros trabajos han descubierto que las manipulaciones de intolerancia a la incertidumbre influyen en la preocupación, lo que sugiere una relación causal entre las dos variables (Rosen y Knaüper 2009). Asimismo, se ha observado que, durante la terapia, los cambios en la intolerancia a la incertidumbre preceden a los cambios en los tipos de preocupaciones (Dugas y Ladouceur, 2000). De hecho, con la terapia cognitivo conductual las reducciones en intolerancia a la incertidumbre han provocado reducciones en la preocupación en personas diagnosticadas con trastorno de ansiedad generalizada (Bomyea et al., 2015).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

En referencia a la orientación negativa al problema se ha encontrado que es un predictor de la depresión en población adulta (González et al., 2004). Además, la orientación negativa al problema se asocia tanto con el trastorno de ansiedad generalizada como con los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo (Fergus y Wu 2010). En otros trabajos se han encontrado relaciones más intensas entre orientación negativa al problema y depresión, preocupación, agorafobia y pánico (Fergus, Valentiner, Wu y McGrath, 2015; Hasegawa, Hattori, Nishimura, Morimoto y Tanno, 2015), siendo además un proceso transdiagnóstico para alguno de los trastornos emocionales (Fergus et al., 2015).

En un estudio realizado en España por González, Peñate, Bethencourt y Rovella (2004) se evaluó la sintomatología depresiva y de ansiedad generalizada, en 300 adultos, así como las variables de proceso que predecían el trastorno de ansiedad generalizada. Los resultados indicaron que: (a) las cuatro variables de proceso mantienen relaciones positivas y están implicadas en la ansiedad generalizada; (b) el proceso de intolerancia a la incertidumbre contribuyó en mayor medida en la predicción de los niveles de ansiedad generalizada y (c) los coeficientes de correlación entre los cuatro procesos son elevados y positivos lo que sugiere una cierta dinámica inter relacional entre ellos (González et al., 2004).

3.3 El Modelo de Estilos de Afrontamiento de Krohne

Este modelo defiende que la intolerancia a la incertidumbre y la intolerancia hacia el arousal emocional (sensibilidad a la ansiedad) serían los principales procesos implicados en los trastornos de ansiedad. Desde este modelo la ansiedad se genera ante los estímulos relacionados con la amenaza y ante estímulos con un alto grado de ambigüedad. Los estímulos relacionados con la amenaza provocan una gran activación

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

emocional de modo que la intolerancia daría lugar a la evitación cognitiva. Por su parte, los estímulos ambiguos incrementan la incertidumbre, ante la cual las personas incrementan la vigilancia. Por tanto, la evitación cognitiva tiene como objetivo principal proteger a la persona de la excitación emocional aversiva -control de la ansiedad-, y la vigilancia tiene como objetivo minimizar la probabilidad de ocurrencia de eventos aversivos imprevistos -control de peligro- (Kronhne, 1993).

La investigación previa ha demostrado que existen diferencias individuales en la vulnerabilidad a experimentar ansiedad y en la capacidad para detectar la amenaza. El motivo de estas diferencias individuales cabe encontrarlo en la “capacidad” diferencial para detectar la amenaza, y aparece recogida en teorías como las de Clark (1988) acerca del modelo cognitivo del trastorno de pánico, que sitúa la causa de este problema en las interpretaciones catastróficas que hacen de sus sensaciones corporales las personas que presentan ataques de pánico. Esta vulnerabilidad es tanto de naturaleza temperamental como cognitiva (Clark, 1996). Las personas con vulnerabilidad temperamental tienden a obtener altas puntuaciones en medidas de introversión y neuroticismo. La vulnerabilidad cognitiva predispone a las personas a detectar señales de amenaza por el recuerdo de experiencias pasadas y creencias actuales sobre los orígenes del peligro. Esta propensión a percibir amenaza incluye, entre otros, diferencias en vigilancia, almacenamiento y uso de información, procesos perceptuales y atencionales (Rachman, 1998). Por consiguiente, el modo en que la persona percibe y procesa la información resulta clave en la manifestación y desarrollo de la ansiedad.

Otra variable cognitiva importante es la sensibilidad a la ansiedad (Rachman, 1998). Esta sensibilidad a la ansiedad consiste en un miedo a las sensaciones corporales,

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

que son interpretadas como si tuvieran consecuencias potenciales de daño físico o psicológico, siendo justamente interpretaciones de este tipo las responsables de la aparición de ansiedad. Taylor (1995) señala que la sensibilidad a la ansiedad es elevada entre todos los trastornos de ansiedad, pero de forma más notable en el trastorno de pánico, mientras que en las fobias simples no es más frecuente que en la población no clínica. La sensibilidad a la ansiedad podría estar reflejando tanto las características temperamentales como los aspectos cognitivos de la propensión a la ansiedad. Algunos investigadores señalan que la noción de sensibilidad a la ansiedad sería una nueva versión del concepto de ansiedad rasgo. No obstante, McNally (1995) ha afirmado que se trata de una sensibilidad específica a responder de forma temerosa a las sensaciones de uno mismo, mientras que la ansiedad rasgo es una tendencia más amplia a responder con miedo a un amplio abanico de amenazas potenciales.

El modelo de estilos de afrontamiento explica la vulnerabilidad en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada en base a dos factores que predisponen a la preocupación: la intolerancia a la incertidumbre y la intolerancia hacia la activación emocional. Las personas que no toleran la incertidumbre perciben las situaciones ambiguas como una amenaza puesto que se escapan a su control y anticipan peligro en el futuro. Esto conduce a la preocupación que se convierte en un estilo de afrontamiento activo y de aproximación a la situación temida, lo que se traduce en la búsqueda de información e hipervigilancia con el fin de reducir la ambigüedad, incluso en algunos casos, con tintes supersticiosos de control del futuro.

Aunque la incertidumbre inicial generada por la presencia del estímulo ambiguo, y por tanto amenazante, consigue decrecer, no lo hace la activación emocional ocasionada

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

precisamente por el hecho de enfrentarse a dicho estímulo. Esto pone en marcha un estilo de afrontamiento de evasión del material amenazante, mediante la evitación de imágenes mentales asociadas con la preocupación. De esta manera, se produce el reforzamiento de la preocupación, pues el carácter semántico y verbal de las preocupaciones, tienen como resultado la disminución de la activación fisiológica periférica y del procesamiento emocional del material amenazante. Se fluctúa así de un estilo de afrontamiento activo a otro de evitación con la intención de afrontar el estímulo temido y reducir la amenaza. No obstante, la escasa capacidad para orientarse al problema sólo prolongará la preocupación y los niveles de ansiedad a ella asociados.

Las personas con trastorno de ansiedad generalizada presentarán dificultades sólo en aquellas situaciones ambiguas, mientras que esta preocupación no aparecerá en otras situaciones que no les ocasionen duda. Asimismo, resulta fundamental contemplar el estado de ánimo con el que las personas con trastorno de ansiedad generalizada se enfrentan a la situación. El estado de ánimo repercutiría en la respuesta ante las situaciones, además de la experiencia presente y pasada que están a la base del modo de actuación ante la situación actual. En resumen, la intolerancia a la incertidumbre y la intolerancia a la activación emocional serían las responsables de dos preferencias en el estilo de afrontamiento de una situación: (a) la de aproximación o hipervigilancia que se traduciría en la búsqueda de información adicional para aumentar el nivel de certeza en situaciones de incertidumbre; y (b) la de evitación de los síntomas de ansiedad aparejados a la información amenazante obtenida en su búsqueda. Desde esta perspectiva, la ansiedad excesiva sería el resultado de alternar conductas de vigilancia relacionadas con la

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

incertidumbre, con conductas de evitación relacionadas con las reacciones de ansiedad de la persona (Ladouceur, Talbot y Dugas, 1997).

En la Figura 4 se encuentran representadas las relaciones hipotéticas entre los componentes del modelo: situaciones de peligro, emociones inmediatas y comportamiento de afrontamiento. La flecha discontinua que se observa describe una posible relación no considerada de forma explícita en el Modelo de Estilos de Afrontamiento (Krohne y Egloff, 2005).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

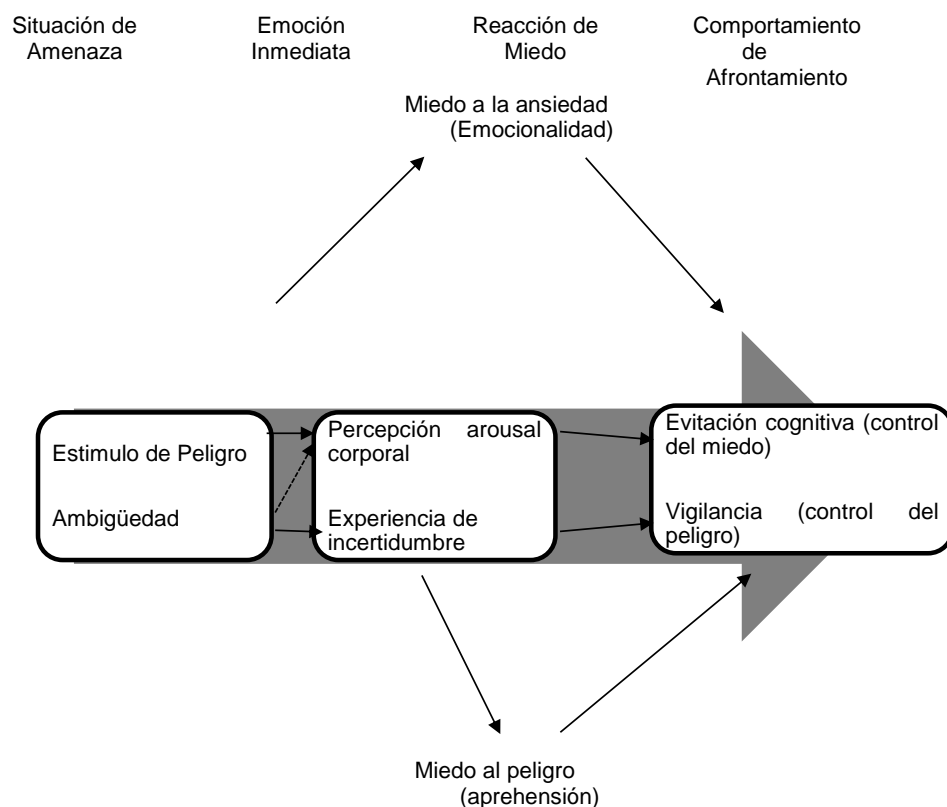


Figura 4. Relaciones hipotéticas entre los componentes del Modelo de Estilos de Afrontamiento de Krohne (adaptado de Krohne y Egloff, 2005).

La integración del Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre de (Dugas et al., 1998) y el Modelo de Afrontamiento de Krohne (1993) posiblemente refleje en mayor medida la complejidad del proceso de preocupación. En la Figura 5 se ilustra el resultado final tras integrar las aportaciones de ambos modelos.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

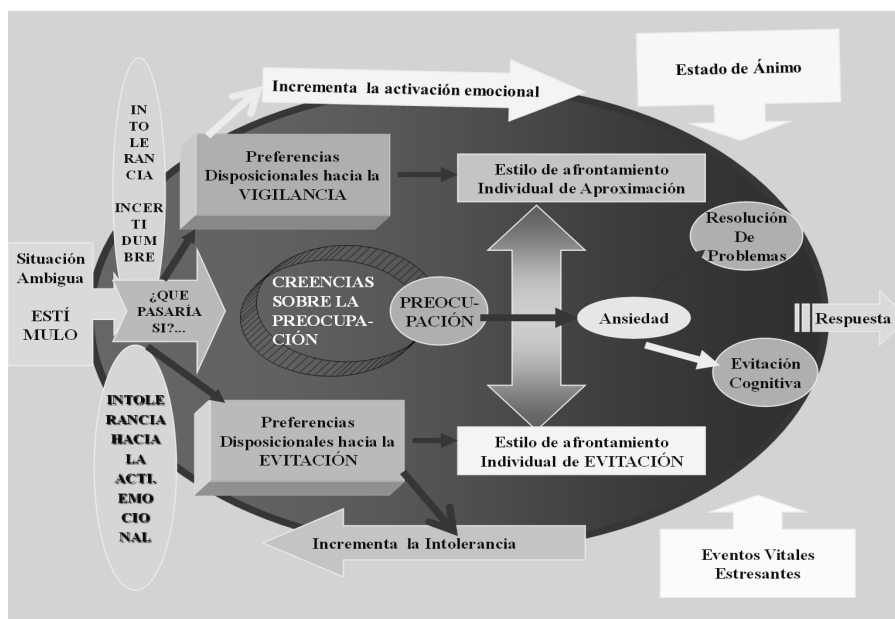


Figura 5. Resultado de la unión del modelo de Dugas et al., (1998) y el modelo de ansiedad de Krohne (1993).

4. Tratamientos cognitivo-conductuales en el Trastorno de Ansiedad Generalizada

La evolución de los tratamientos cognitivos-conductuales para el trastorno de ansiedad generalizada está relacionada de forma directa con el desarrollo de los diferentes modelos teóricos de interés. A continuación, se exponen las terapias que han sido diseñadas en función de cada uno de estos modelos.

Desde la perspectiva del Modelo de Evitación de la Preocupación (MEP; Borkovec Alcaine y Behar, 2004) el abordaje terapéutico del trastorno de ansiedad generalizada tendría que incluir: (a) automonitorización de situaciones externas, pensamientos, sentimientos, reacciones psicológicas y conductas; (b) técnicas de relajación tales como la relajación muscular progresiva, la respiración diafragmática e imágenes de descanso agradable; (c) autocontrol de desensibilización que implica el uso

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

de métodos (p.ej.: ensayo en imaginación) para facilitar la adquisición habitual de respuestas de afrontamiento; (d) control gradual de los estímulos mediante el establecimiento un tiempo y un lugar específico para la preocupación; (e) restructuración cognitiva dirigida a incrementar la flexibilidad de los pacientes en pensar y acceder a perspectivas múltiples y flexibles; (f) monitorización del resultado de la preocupación a través de los registros diarios para identificar las preocupaciones específicas, los resultados temidos y los resultados reales de esas preocupaciones; (g) la promoción de la atención en el momento presente y (h) expectativas de vida libre (Behar y Borkovec, 2010).

En la línea del Modelo Metacognitivo se encuentra la Terapia Metacognitiva (TMC) de Wells cuyo objetivo inicial no es reducir la preocupación como tal sino modificar la Preocupación Tipo 2, es decir, las creencias negativas que mantienen los pacientes hacia la preocupación (Wells, 2006). Además, se entrena a la persona en otras estrategias de afrontamiento para hacer frente a la preocupación. Los componentes específicos del tratamiento incluyen: la formulación del caso, la socialización, la discusión acerca de la falta de control de la preocupación y el peligro tanto de la preocupación como de las creencias positivas sobre la preocupación. Dicho modelo utiliza diversas estrategias para reducir la preocupación, tales como: la estrategia de desajuste donde se compara la preocupación con el resultado real, o experimentos de modulación de la preocupación que consisten en incrementar o disminuir la preocupación en diferentes ocasiones para disipar las creencias positivas acerca de la preocupación (Wells, 2006).

La Terapia de la Regulación de la Emoción (TRE) se construye sobre el supuesto de que las mejoras en la regulación de la emoción conducen a mejoras en los síntomas

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

del trastorno de ansiedad generalizada (Mennin, 2004). La intervención combina elementos de Terapia Cognitivo-Conductual (p.ej.: auto-monitorización, relajación) con técnicas de regulación emocional (p.ej.: incremento de la conciencia emocional) y evitación emocional (p.ej. exposición). Los componentes específicos del tratamiento de la TRE incluyen ejercicios de relajación, replanteamiento de la creencia de preocupación, psicoeducación acerca de las emociones, entrenamiento en habilidades de regulación emocional y ejercicios de exposición experiencial. Durante la terapia se desarrollan ejercicios de exposición experiencial cuyo objetivo es revelar y explorar temas básicos temidos (Mennin, 2004).

Por último, la Terapia Cognitivo-Conductual Basada en la Aceptación se compone de tres amplios componentes de tratamiento, concretamente: (a) psicoeducación sobre la aceptación del trastorno de ansiedad; (b) ejercicios de atención y aceptación y (c) cambio de conducta y acciones valoradas (Roemer y Orsillo, 2005).

4.1 Eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales en el trastorno de ansiedad generalizada

La investigación relacionada con la eficacia de los tratamientos psicológicos aún es incipiente. Por otra parte, la mayoría de los tratamientos cognitivo-conductuales empleados para el trastorno de ansiedad generalizada han tenido resultados modestos en comparación con los resultados obtenidos en otros trastornos como el obsesivo compulsivo, la fobia específica o el trastorno por pánico con o sin agorafobia.

Hay que tener en cuenta que a medida que han cambiado los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada, los tratamientos psicológicos también se han ido modificando. Las primeras intervenciones, influenciadas por la teoría de Wolpe (1973) eran básicamente intervenciones conductuales y donde se intentaba controlar o reducir la

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

ansiedad mediante procedimientos como la relajación. Este tipo de intervención ha tenido una eficacia que ha oscilado entre un 37.5% y 50%, aunque no se constata que las mejoras se mantengan en el tiempo (Durham et al., 1994).

Con el DMS-III-R (APA, 1987), y la inclusión de la preocupación como criterio diagnóstico, las intervenciones cognitivo-conductuales se encaminaron hacia la disminución de la ansiedad que surge por la interpretación de las situaciones como peligrosas o amenazantes. Por consiguiente, para modificar estos sesgos se emplearon procedimientos de reestructuración cognitiva cuya eficacia apenas superaban a los tratamientos precedentes (45%-60%). En un intento por mejorar estos resultados se comenzaron a emplear tratamientos con múltiples componentes, en los que se incluían las siguientes estrategias de intervención: (a) reestructuración cognitiva; (b) relajación muscular progresiva; (c) exposición cognitiva; d) prevención de conductas de preocupación; (e) resolución de problemas, y f) entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.

Las diversas publicaciones de meta-análisis que analizan la capacidad de la TCC para reducir los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada apuntan la eficacia de estas intervenciones y el efecto duradero en el tiempo (Gould, Safren, Washington y Otto, 2004).

Uno de los primeros meta-análisis realizado incluyó estudios publicados entre los años 1974 y 1996 que empleaban técnicas cognitivas o tratamientos conductuales, pero no necesariamente ambas estrategias (n =13). La eficacia de las intervenciones se evaluó en base a aspectos cognitivos, somáticos y síntomas psicológicos de la ansiedad, en general. En comparación con los grupos de control, el tamaño del efecto general de la TCC para el trastorno de ansiedad generalizada fue de .70 (Gould, Buckminster, Pollack

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

y Otto, 1997). En un meta-análisis posterior que abarca del año 1974 hasta el 2004 (Gould et al., 2004) seleccionaron 16 estudios que incluían hasta 25 intervenciones cognitivas y/o conductuales empleando de forma aislada o combinada: la reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, la exposición a la situación e imaginación, la desensibilización sistemática y la capacitación en gestión de ansiedad. Esta última está destinada a pacientes con temor de no poder hacer frente a la causa de su preocupación. Está basada en técnicas cognitivas y conductuales combinando la relajación, el diálogo interno y la práctica en el uso de la evocación de imágenes de ansiedad seguidas de imágenes tranquilizadoras ("cambio de imagen"). Los resultados indicaron que la mayoría de los estudios emplearon intervenciones que combinaban técnicas cognitivas y de comportamiento (n = 11). Estas intervenciones tuvieron un tamaño del efecto medio de .90. La formación en gestión de la ansiedad fue una de las estrategias más utilizadas (n = 3) y produjo un tamaño del efecto de .91. Tanto el entrenamiento en relajación (n = 3; ES = .64) como la terapia cognitiva (n = 3; ES = .59) produjeron unos tamaños de efecto más pequeños que si las terapias cognitivas y conductuales eran combinadas. Las intervenciones que emplearon sólo técnicas de comportamiento, como la exposición graduada, el análisis funcional de las cadenas de comportamiento y el entrenamiento de relajación (n = 3) produjeron tamaños de efecto modestos (ES = .51). El entrenamiento en relajación con biofeedback (n = 2) solo logró un tamaño del efecto de .34. Los autores concluyen que la TCC es efectiva para reducir los síntomas del trastorno de ansiedad, tanto a corto como a largo plazo (Gould, et al., 2004).

Por su parte, Borkovec y Ruscio (2001) también revisaron 13 estudios en los que se incluyeron tanto terapias cognitivas como alguna forma de terapia comportamental. Los tamaños del efecto se calcularon promediando las puntuaciones en la Escala de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Ansiedad de Hamilton (HARS; Hamilton, 1959), el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI; Spielberger, Gorusch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983), y el índice de gravedad evaluado por la escala general de trastorno de ansiedad generalizada. Los análisis demostraron que la TCC era efectiva para reducir los síntomas ansiosos al final del tratamiento y en el seguimiento a los 9 meses. Estos tamaños del efecto fueron superiores para los grupos que recibieron TCC que para el grupo placebo y el de tratamientos alternativos, así como para aquellos que recibieron intervención comportamental o cognitiva por separado. En general, la TCC produjo reducciones en la ansiedad en el post-tratamiento, más de una desviación estándar (1.09) que en los grupos control en lista de espera.

En el meta-análisis de Western y Morrison (2001) se utilizaron un número más limitado de estudios (n =5) publicados entre los años 1990 y 1998. Se encontró que la TCC producía un cambio importante y significativo tras la intervención, pero son críticos con la capacidad del tratamiento para promover efectos duraderos. Sin embargo, Aikens, Hazlett-Stevens y Craske (2001) discrepan dado que en dicho meta-análisis se empleó el HARS que es una medida poco específica del trastorno de ansiedad generalizada y no evalúa el componente central del trastorno que es la preocupación.

Covin, Ouimet, Seeds y Dozois (2008) fueron los primeros en llevar a cabo un meta-análisis con objetivo de determinar si la TCC reduce de manera eficaz la preocupación patológica en una muestra clínica de trastorno de ansiedad generalizada y si los cambios se mantienen en el tiempo. En este meta-análisis se utilizaron cuatro criterios de inclusión: (a) pacientes con trastorno de ansiedad generalizada diagnosticados según los criterios del DSM-III-R (APA, 1987) o DSM-IV (1994); (b) estudios que hayan utilizado El Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania -*Penn State Worry*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Questionnaire, PSWQ- (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990) como medida de resultado; (c) estudios que incluyeran los estadísticos apropiados para realizar el meta-análisis y (d) estudios que incluyeran los dos componentes de la TCC (p.ej.: la reestructuración cognitiva y la exposición). Finalmente, el meta-análisis lo conformó un total de ocho estudios en los que se había controlado la fiabilidad de los diagnósticos de admisión, así como la adherencia al protocolo de tratamiento. Se calculó el tamaño del efecto inter e intra-grupos teniendo en cuenta los resultados del seguimiento. En la Tabla 7 se observan los tamaños del efecto imparciales para cada estudio.

Tabla 7
Tamaños del efecto imparciales incluidos en el análisis entre grupos

Estudio	Tamaño del efecto
Borkovec y Costello (1993)a	-1.52
Stanley et al. (1996)b	-.06
Ladouceur et al. (2000)a	-2.47
Dugas et al. (2003)b	-1.54
Stanley, Beck, et al. (2003)b	-1.08
Stanley, Hopko, et al. (2003)a	-1.08
Wetherell et al. (2003)b	-.66

Nota. a = terapia individual; b= terapia grupal. Tomado de Covin et al. (2008)

En un primer momento se calculó el tamaño del efecto en cada estudio separando a los grupos de adultos jóvenes frente adultos de edad avanzada. El tamaño de efecto más bajo para el grupo de adultos de edad avanzada se obtuvo en el estudio de Stanley, Beck y Glassco (1996). Las posibles razones que explican este resultado es el uso del grupo frente a la terapia individual (Stanley et al., 2003). En muchas ocasiones, la TCC con pacientes de edad avanzada ha empleado un formato de grupo y la TCC grupal parece ser menos eficaz que la terapia individual. Además, existen diferencias en la expresión de los síntomas clínicos en función de la edad (Stanley et al., 1996). En este sentido, las sesiones individuales hacen posible dar respuesta a las preguntas y solución a los problemas de los

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

participantes de manera más eficiente. En el caso de los adultos mayores este aspecto puede ser de particular trascendencia, ya que presentan problemas para entender algunos de los conceptos abstractos descritos en terapia. De igual modo, es probable que las personas mayores con trastorno de ansiedad generalizada simplemente sean más resistentes al tratamiento, debido a que el trastorno esté más arraigado. Por ejemplo, Stanley et al. (1996) informaron que la duración media de la enfermedad entre las personas de edad avanzada era de 35.5 años.

En la Tabla 8 se pueden ver con detalle los tamaños del efecto que se encontraron dentro de los grupos tras un seguimiento de 6 meses y 12 meses.

Tabla 8
Análisis de seguimiento de los tamaños del efecto imparciales dentro de los grupos.

Estudio	Tamaño del efecto a los 6 meses	Tamaño del efecto a los 12 meses
Stanley et al. (1996)b	-.45	
Dugas y Ladouceur (2000)a	.27	.48
Ladouceur et al. (2000)a	.18	.12
Borkovec et al. (2002)a*	-.11	-.19
Dugas et al. (2003)b	-.39	-.53
Stanley, Beck et al. (2003)b	-.14	-.34
Wetherell et al. (2003)b	-.04	
Ladouceur et al. (2004)a	.14	-.11

Nota. a = terapia individual; b= terapia grupal. *Este estudio fue un análisis de los componentes de la TCC. Tomado de Covin et al. (2008)

Tal y como se puede apreciar en la tabla, los logros alcanzados por los participantes después de la TCC se mantuvieron en gran medida hasta un año después. Los resultados de este meta-análisis muestran que la TCC puede ser un tratamiento altamente efectivo para reducir la preocupación patológica en el trastorno de ansiedad generalizada. No obstante, esta efectividad parece estar moderada por la edad de las personas que padecen dicho trastorno. Los adultos más jóvenes responden de manera más favorable a la TCC en el postratamiento en relación con los adultos mayores. Sin

embargo, cuando se comparan a los pacientes de edad avanzada con grupo control, las puntuaciones medias en el PSWQ después del tratamiento y seguimiento sitúan a los pacientes dentro del rango normativo y, por lo tanto, fuera del rango clínico de preocupación patológica. La TCC grupal fue efectiva para reducir la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada, pudiendo ser una opción de tratamiento muy práctico cuando la terapia individual no es factible (Covin et al., 2008).

En el meta-análisis de Hanrahan, Field, Jones y Davey (2013) que incluyó estudios publicados entre el año 1993 y el año 2012 también se evaluó la eficacia de la terapia cognitiva en abordar la preocupación de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Los criterios de inclusión de éstos estudios fueron: (a) participantes que cumplieran los criterios del DSM-III, DSM-III-R, del DSM-IV y del DSM-IV-TR para trastorno de ansiedad generalizada; (b) rango de edad de 18-65 años; (c) estudios que utilizaran el PSWQ como medida específica de preocupación y (d) utilización de Terapia Cognitiva (TC) o cualquier tratamiento que emplee técnicas cognitivas con o sin otras técnicas de comportamiento. Los resultados de los análisis de las puntuaciones postratamiento en PSWQ estuvieron en consonancia con los encontrados en los meta-análisis anteriores. Se constató que la TC es un tratamiento eficaz para la preocupación del trastorno de ansiedad generalizada frente a otros tratamientos, o a la ausencia de intervención en los grupos control. La magnitud del tamaño del efecto global fue mayor que la encontrada en estudios previos ($d = 1.81$). Una posible explicación, es que la inclusión de estudios recientes en los que se han incorporado las mejoras en el diseño y/o la aplicación de tratamientos puede estar influyendo en el tamaño del efecto global. Este estudio posee también algunas limitaciones: (a) inclusión de un análisis de un escaso número de estudios; (b) inclusión de estudios con muestras pequeñas; (c) algunos estudios no

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

informan de características relevantes del trastorno de ansiedad generalizada (gravedad, cronicidad del trastorno) y (d) estudios insuficientes que incluyan técnicas de relajación en el grupo control no TC. Esta última limitación no permite ofrecer conclusiones detalladas sobre la efectividad de la TC sobre terapias individuales no cognitivas como la relajación.

Asimismo, en los últimos años, también ha sido objeto de estudio la eficacia de determinadas técnicas psicológicas en la reducción de la ansiedad y la preocupación. En concreto se ha investigado si la exposición de elementos positivos, ya sea en forma verbal o imaginaria, puede reducir la ansiedad y la preocupación del trastorno de ansiedad generalizada (Eagleson, Hayes, Mathews, Perman y Hirsch, 2016). En este estudio se encontró que la práctica de cualquier imagen positiva (verbal o imaginaria) reducía la frecuencia de las preocupaciones, pero no su negatividad. Los beneficios están relacionados con una mejor capacidad para desengancharse de la preocupación y centrarse en el contenido positivo, más que con la reducción de la negatividad de la preocupación. Estos beneficios se mantuvieron hasta un mes más tarde.

En los últimos tiempos se ha intentado hacer los tratamientos más accesibles y menos costosos, de modo que se ha analizado la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales administrados a través de internet. En estos se incluyen procedimientos transdiagnósticos cuyo propósito es tratar los elementos y síntomas comunes de los trastornos de ansiedad en general (Newby et al., 2013). En un meta-análisis reciente (Richards, Richardson, Timulak y McElvaney, 2015) se demostró la eficacia de estos tratamientos administrados por internet, tanto para los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en general ($d = -0.91$) como para la preocupación patológica ($d = -0.74$). Este meta-análisis respalda la eficacia de los protocolos de tratamiento administrados por

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

internet específicos para el trastorno (n=4), protocolos transdiagnósticos (n =7) y los que utilizan protocolos basados en la terapia cognitiva conductual (n=9). En comparación con el meta-análisis de Hanrahan et al. (2013), este meta-análisis muestra un efecto menor para la preocupación patológica medida por PSWQ ($d = -0.74$) en todos los estudios y sólo para las intervenciones basadas en la TCC ($d= 0.87$). Sin embargo, estos efectos pueden considerarse grandes (Cohen, 1988).

Además, se han empleado terapias de tercera generación, como el entrenamiento en Mindfulness que también ha mostrado su eficacia en la reducción del estado de ánimo negativo y de la ansiedad. Alimehdi, Ehteshamzadeh, Naderi, Eftekharsaadi y Pasha (2016) aplicaron atención plena a 30 estudiantes diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada con el objeto de reducir la intolerancia a la incertidumbre y la sensibilidad a la ansiedad. Los resultados indicaron que la atención plena fue eficaz para reducir los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y la sensibilidad a la ansiedad. Sin embargo, esta intervención no fue efectiva para reducir los niveles de intolerancia a la incertidumbre. Este trabajo abre nuevas vías de investigación en donde se tengan en cuenta otros protocolos terapéuticos, para abordar los distintos trastornos de ansiedad.

En general, la TCC y otras investigaciones psicológicas de tercera generación siguen siendo los tratamientos más recomendables para los trastornos de ansiedad. Ahora bien, debido al alto porcentaje de pacientes que son tratados en atención primaria, es frecuente hacer uso de la farmacoterapia. En los últimos años se ha visto que la hidroxicina parecer ser la mejor alternativa farmacológica para el tratamiento de la ansiedad generalizada. La hidroxicina no genera tolerancia, es decir, no hay necesidad de aumentar la dosis para obtener el mismo efecto. Sin embargo, las benzodiazepinas, a pesar de sus rápidos y fuertes efectos contra la ansiedad, presentan graves inconvenientes que

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

deben limitar su uso: pueden causar una fuerte dependencia, a veces asociada con el aumento de la tolerancia, afectan de manera negativa a las funciones cognitivas, su interrupción puede causar un aumento considerable de la ansiedad (síntomas de rebote) y pueden generar un síndrome de abstinencia severa (Świącicki, 2015).

5. El enfoque transdiagnóstico en psicopatología

La investigación de la etiología de los trastornos mentales ha estado marcada por el debate continuo acerca de si responden a un enfoque dimensional o categorial. El enfoque categorial consiste en agrupar signos y síntomas en categorías perfectamente delimitadas identificando así trastornos específicos. Por su parte, el enfoque dimensional requiere identificar y medir las diferencias individuales respecto a los diversos fenómenos psicológicos, permitiendo así describir a las personas en términos cuantitativos. En general, el enfoque categorial ha recibido mayor apoyo empírico a pesar de que tiene asociado una serie de dificultades. Por un lado, el evidente aumento de síndromes o categorías clínicas que se han generado, pasando de 106 trastornos en el DSM-I a 216 en el DSM-5. Por otra parte, la elevada comorbilidad entre los diferentes trastornos mentales, sólo entre los trastornos del estado de ánimo, se ha encontrado que más del 50% de pacientes con depresión también presentaron al menos un trastorno de ansiedad y viceversa (Mineka, Watson y Clark 1998). La comorbilidad puede estar ocurriendo por varias causas: (a) que se identifiquen varios trastornos aun cuando los síntomas correspondan a un solo trastorno; (b) que hay trastornos asignados a categorías diagnósticas incorrectas; (c) que existan síntomas comunes a varios trastornos y (d) que un trastorno puede ser una complicación secundaria de otro trastorno. Por otro lado, la sintomatología que en apariencia es exclusiva de personas con determinados trastornos mentales pueden ser también experimentada por personas sin psicopatología alguna.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

De modo que para salvar estas dificultades surge el enfoque transdiagnóstico. Desde esta perspectiva se entienden los trastornos mentales sobre la base de un rango de procesos cognitivos y conductuales etiopatogénicos, causales y/o mantenedores de la mayor parte de la psicopatología. Aunque este enfoque está basado en la concepción dimensional, es una aproximación científica e integradora que asume la existencia de algún sistema de diagnóstico.

En este sentido, se ha diseñado un nuevo instrumento, el Inventario de Desordenes Emocionales Multidimensionales (MEDI), que evalúa las vulnerabilidades y características de los trastornos emocionales de una manera dimensional (Rosellini, Boettcher, Brown y Barlow, 2015). De este modo se consigue una imagen más completa del perfil clínico de una persona, más allá del enfoque categórico consistente en múltiples diagnósticos comórbidos. Además, se incluyen variables temperamentales, como el neuroticismo y el afecto positivo o la extraversión y rasgos específicos presentes hasta cierto punto en la mayoría de los trastornos emocionales (Barlow y Kennedy, 2016).

La intolerancia a la incertidumbre, propia del trastorno de ansiedad generalizada, se ha analizado desde una perspectiva transdiagnóstica. La intolerancia a la incertidumbre implica la tendencia a considerar los eventos negativos como inaceptables y amenazantes, con independencia de la probabilidad real de que el evento ocurra (Carleton, Sharpe y Asmundson, 2007). Desde una perspectiva transdiagnóstica se la ha relacionado con la disposición a tener miedo a lo desconocido (Carleton, 2012). La incertidumbre es inherente a la ansiedad, donde se prevé que los acontecimientos futuros sean negativos e inciertos (p.ej.: preocuparse por el daño futuro), pero no en el caso donde los acontecimientos negativos pueden ser más seguros como la amenaza física inminente (Carleton, 2012). Como hemos venido señalando, la intolerancia a la incertidumbre se ha

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

asociado de forma predominante (conceptual y empíricamente) con el trastorno de ansiedad generalizada (Dugas, Freeston, y Ladouceur, 1997) y el trastorno obsesivo-compulsivo (Lind y Boschen, 2009). Sin embargo, existen evidencias que ponen en duda la "estrecha especificidad" de la intolerancia a la incertidumbre para el trastorno de ansiedad generalizada (Gentes y Ruscio, 2011). Los hallazgos la sitúan como una variable transdiagnóstica, es decir, un factor de vulnerabilidad cognitiva de gran parte de los trastornos de ansiedad y de los trastornos depresivos (Carleton et al, 2012), así como también de los trastornos alimenticios (Sternheim, Startup y Schmidt, 2011), del trastorno obsesivo compulsivo (Carleton, Collimore, y Asmundson, 2010), del trastorno de pánico y la agorafobia (Carleton, Hackl, Fetzner, y McEvoy, 2013), y de la depresión (Yook, Kim, Suh y Lee, 2010; McEvoy y Mahoney, 2012).

En la última década, la intolerancia a la incertidumbre ha recibido considerable atención como un factor robusto y común de vulnerabilidad implicado en múltiples trastornos psicológicos (Renjan, McEvoy, Handley y Fursland, 2016, Shihata, McEvoy, Mullan y Carleton, 2016). La intolerancia a la incertidumbre es una característica personal que está orientada hacia el futuro, y que consta de dos dimensiones: intolerancia prospectiva que valora la preocupación por la incertidumbre futura (p.ej.: "Siempre quiero saber lo que el futuro tiene reservado para mí"), siendo más cognitiva y una intolerancia inhibitoria que evalúa la inhibición del comportamiento (p.ej.: "Cuando llega el momento de actuar, la incertidumbre me paraliza"). Estas dimensiones poseen cierto grado de diferenciación, así la intolerancia inhibitoria se ha asociado más taxativamente al trastorno obsesivo-compulsivo, mientras que la intolerancia prospectiva parece relacionarse más con la ansiedad social, el pánico, la agorafobia y la depresión (Carleton et al, 2012). Se ha comprobado, que cuando se controla la afectividad negativa, la

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

intolerancia prospectiva predice con más fuerza los cambios en la preocupación, que la intolerancia inhibitoria, en personas caracterizadas por preocupación y rumia (McEvoy y Erceg-Hurn, 2016). Por otra parte, las cogniciones desadaptativas (la preocupación, la duda obsesiva) y los comportamientos (la evitación, las pulsiones) evidentes en una amplia gama de trastornos psicológicos pueden ser impulsados por la intolerancia a la incertidumbre, en un intento de ganar seguridad y control (Boswell, Thompson- Hollands, Farchione y Barlow, 2013). De hecho, se ha investigado la contribución de la intolerancia a la incertidumbre en conductas desadaptativas como el control y la demora. Los resultados asocian el control excesivo tanto con intolerancia a la incertidumbre inhibitoria como con intolerancia a la incertidumbre prospectiva. En el caso de la demora sólo fue predicha por la intolerancia a la incertidumbre inhibitoria (Fourtounas y Thomas, 2016). En un estudio de meta-análisis reciente se encontró que la vulnerabilidad subyacente a la depresión y a la ansiedad pueden compartir un núcleo común de intolerancia a la incertidumbre y desde ahí, un miedo fundamental a lo desconocido (Hong y Cheung, 2015). Estos resultados son ampliamente consistentes con la noción de intolerancia a la incertidumbre como un proceso universal de cambio, y apoyan que sea definida como como una construcción transdiagnóstica y de transterapia.

Como hemos venido señalando, la investigación en torno a la intolerancia a la incertidumbre es amplia y consistente en cuanto a la implicación que tiene en múltiples trastornos.

La investigación actual distingue entre la intolerancia a la incertidumbre como rasgo (es decir, las experiencias generales de incertidumbre) y la intolerancia a la incertidumbre específica del trastorno (es decir, el foco específico de la incertidumbre difiere entre los trastornos emocionales). Desde esta perspectiva, además se identifican

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

otras vulnerabilidades cognitivas específicas del trastorno como son: las creencias negativas y crónicas propias del trastorno de ansiedad generalizada, el temor a la evaluación negativa característica de la fobia social, la responsabilidad exagerada característica del trastorno obsesivo-compulsivo y las cogniciones agorafóbicas que aparecen en el trastorno de pánico (Shihata, McEvoy y Mullan, 2017). En un estudio transversal de auto-informe con 506 participantes, se encontró que, la intolerancia a la incertidumbre rasgo tenía asociaciones más fuertes con síntomas de trastorno de ansiedad generalizado y trastorno obsesivo-compulsivo, mientras que la intolerancia a la incertidumbre específica de trastorno era un predictor más fuerte de los síntomas de ansiedad social y trastorno de pánico (Shihata, McEvoy y Mullan, 2017). Estos hallazgos sugieren diferentes aproximaciones terapéuticas: en el caso de las personas con trastorno de ansiedad generalizada podrían beneficiarse de pensamientos desafiantes acerca de la incertidumbre en general, mientras que, para las personas con trastorno de pánico, podrían centrarse en la incertidumbre relacionada con las implicaciones potenciales de las sensaciones físicas.

El enfoque transdiagnóstico también ha desarrollado una vertiente aplicada. Esto implica el desarrollo de nuevos protocolos de tratamiento no focalizados sobre trastornos específicos, sino más bien protocolos integrativos o unificados válidos para conjuntos de trastornos (p.ej.: para todos los trastornos emocionales). El beneficio y la eficacia de las mismas técnicas para trastornos diferentes pone en entredicho la utilidad y viabilidad de las dimensiones diagnósticas al uso. Desde esta perspectiva, la Terapia Cognitivo-Conductual Transdiagnóstica alude a una forma de terapia destinada a personas que presentan múltiples diagnósticos y cuyo tratamiento no se basa en el conocimiento de estos diagnósticos para ser efectivo (Mansel, Harvey, Walkins y Shafram, 2009).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

El tratamiento transdiagnóstico se caracteriza por: (a) focalizar la atención en procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos que son compartidos por diferentes trastornos (factores unificadores); (b) ausencia de evaluación diagnóstica, y (c) adopción de un enfoque científico convergente o integrativo (Clark, 2009; Mansel et al., 2009). Se han considerado precursores de este enfoque transdiagnóstico Ellis (1962), Beck (1967) o Wolpe (1969). En su planteamiento del origen de las psicopatologías se han basado en procesos que hoy en día se consideran transdiagnósticos como identificar errores del pensamiento, los sesgos interpretativos, o el condicionamiento, respectivamente. En la actualidad, muchas terapias aplicadas a trastornos concretos incorporaron procesos transdiagnósticos, demostrando que sus efectos puedan generalizarse a otros trastornos comórbidos. Un ejemplo de éstas intervenciones transdiagnósticas son los tratamientos farmacológicos donde una amplia gama de trastornos emocionales (p.ej.: trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, ataque de pánico) responden a los mismos medicamentos antidepresivos (Nathan y Gorman, 2016). También están dentro de este grupo las múltiples técnicas de relajación, o la importancia que se le ha dado al ejercicio físico como técnica de tratamiento transdiagnóstica (véase Sandín, 2010). De modo que los procesos transdiagnósticos han estado presentes a lo largo de la Terapia Cognitivo-Conductual, ahora bien, lo que caracteriza esta perspectiva transdiagnóstica es la formalización de una nueva manera de entender los trastornos psicológicos (Mansell et al., 2009). El foco de atención recae en investigar e identificar los procesos mentales que están a la base de los trastornos y que han guiado la investigación sobre el condicionamiento y acerca de los errores cognitivos desde los años setenta.

A pesar de que el desarrollo de estos tratamientos es relativamente reciente ha habido importantes avances. En esta línea se encuentra el trabajo del grupo de Norton de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

la Universidad de Houston (Norton y Hope, 2005) que llevó a cabo el primer ensayo clínico aleatorizado aplicando TCC transdiagnóstica (en formato grupal) a un grupo heterogéneo de personas con trastornos de ansiedad y con un diagnóstico secundario de depresión. Norton se basó en la existencia de una patología nuclear común a todos los trastornos de ansiedad, determinada por la estructura del modelo tripartito sobre el afecto, la ansiedad y la depresión (Clark y Watson, 1991). En su planteamiento propuso que el afecto negativo podría considerarse como un componente patológico nuclear tanto de la ansiedad, como de la depresión. Los ingredientes nucleares utilizados en el protocolo de Terapia Cognitivo-Conductual fueron la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, y la exposición y prevención de respuesta a los estímulos temidos (en vivo, imaginación, o interoceptiva). Los autores constataron que la Terapia Cognitivo-Conductual Transdiagnóstica, aplicada en formato grupal, era efectiva para reducir la sintomatología en un grupo heterogéneo de pacientes con diagnóstico de ansiedad (Norton y Hope, 2005), así como en pacientes con diagnóstico secundario de trastorno depresivo (Norton et al., 2004).

Por su parte, Talkovsky y Norton (2016) aplicaron un tratamiento cognitivo-conductual transdiagnóstico a un grupo de 151 personas con trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico o trastorno de ansiedad generalizada para tratar la intolerancia a la incertidumbre. Los resultados indicaron que la intolerancia a la incertidumbre disminuyó de manera significativa en todos los grupos de diagnóstico después del tratamiento. Por otro lado, la disminución en las medidas de intolerancia a la incertidumbre predijo en mayor medida las ganancias del tratamiento que los síntomas específicos del diagnóstico. La intolerancia a la incertidumbre inhibitoria predijo el cambio en los síntomas de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

ansiedad, sin embargo, esto no fue así en el caso de la intolerancia a la incertidumbre prospectiva.

Estas aportaciones hacen indudable los beneficios de adoptar un enfoque transdiagnóstico, ya que permite mejorar el diagnóstico individual y facilita la comunicación entre profesionales. Asimismo, posibilita comprender la comorbilidad y diagnósticos de forma más adecuada, al entender los trastornos mentales desde una óptica más dimensional. En cuanto a la intervención, facilita el diseño de programas específicos para cada paciente, adaptados a las diversas manifestaciones de malestar y, especialmente, de sus interrelaciones. De manera simultánea admite el diseño de programas de tratamiento similares o idénticos para un rango amplio de trastornos diferentes. Esto convierte a los programas de intervención transdiagnósticos en candidatos de especial utilidad para la aplicación en forma grupal con distintos trastornos psicopatológicos. Además, resulta especialmente útil en atención primaria, en prevención y promoción de la salud mental, y, sobre todo, en intervención con población infanto-juvenil, donde los procesos psicopatológicos están menos diferenciados.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

CAPÍTULO II: ESTUDIO EXPERIMENTAL

6. Método

6.1 Muestra

La muestra total está conformada por 33 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, siendo mujeres un 63.6% y hombres el 36.4%. La edad media de los participantes es de 39.1 (DT = 11.6), con una moda de 29 y un rango de 19 a 66 años. Con referencia a la situación laboral, el 66.7% trabaja, un 33.3% no trabaja y el 6.1% está desempleado. La duración del paro es entre 0 y 5 meses el 3% y entre 1 y 24 meses el 3%. Atendiendo al estado civil, el 46.9% de los participantes son solteros, un 28.1% son casados y un 18.8% separados/divorciados. Dentro del grupo denominado “otros” está un 6.3%. En el caso de la zona de residencia, hay una mayoría de participantes de zona urbana, el 81.8%, frente al 18.2% que viven en medio rural. Por último, un 27.3% de participantes con estudios primarios, un 24.3% con estudios de bachillerato, un 21.25% con estudios de FP y un 27.3% con estudios universitarios. Es decir, que el nivel de estudios está equilibrado. El 78.9% de los pacientes realizó la cumplimentación de las pruebas en el postratamiento, es decir, se mantuvo en el programa, por el contrario, un 21.1% abandonó. En relación con el seguimiento, solo un 36.4% finalizó el programa de intervención, mientras un 63.6% no lo finalizó.

La configuración del grupo experimental (GE) es de N = 15, donde un 66.7% son mujeres y el 33.3% hombres. La media de edad es de 40.0 años (DT = 13.0). El rango de edad oscila entre 19 y 66 años, con una moda de 29 años. El 33.3% tiene estudios de EGB, el 33.4% tiene estudios de Bachillerato, el 19.9% tiene estudios de FP y un 13.4% tiene estudios universitarios. Si tenemos en cuenta el estado civil: un 46.7% son solteros, un 26.7% son casados, un 20% son divorciados/separados y un 6.7% otros.

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

El grupo control de lista de espera (GCLE), tiene un N = 18, donde el 64.7 % son mujeres y el 35.3% hombres. La media de edad es de 39.0 años (DT = 13.7). El rango de edad fluctúa entre los 21 y los 58 años, con una moda de 29 años. El 29.4% tienen estudios de EGB, el 17.3% tienen estudios de bachillerato, el 11.8% tienen estudios de FP y el 29.4% tienen estudios universitarios. De acuerdo con el estado civil, la representación es: un 43.8% de solteros, un 31.3% de casados, un 18.8% de divorciados/separados y un 6.3% de otros.

6.2 Instrumentos

En este apartado se recoge una breve descripción de cada uno de los cuestionarios utilizados en la investigación. Se presentan divididos en cuatro grupos, atendiendo a las variables o constructos que permiten medir, a saber: (a) variables psicopatológicas; (b) variables de procesos cognitivos; (c) variables del proceso terapéutico, satisfacción con el tratamiento y nivel de adaptación y (d) eventos vitales estresantes.

6.2.1 Variables psicopatológicas

Los cuestionarios utilizados para evaluar las variables psicopatológicas relacionadas con el trastorno de ansiedad generalizada, así como con sus trastornos comórbidos fueron los siguientes :

- *Anxiety Disorders Interview Schedule* para el DSM-IV (ADIS-IV-L) de Di Nardo, Brown, y Barlow (1994). Es una entrevista semiestructurada que evalúa los trastornos de ansiedad y sus trastornos comórbidos como son los del estado de ánimo, abuso y dependencia de sustancias y trastornos somatomorfos entre otros. Contiene ítems dicotómicos (sí-no), escalas de 0-8 puntos, y preguntas abiertas de interés clínico específico, para cada trastorno

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

de ansiedad según DSM-IV. Posee una confiabilidad test-retest reportada en diversos estudios que van desde .68 hasta 1, y $k = .64$ para correlaciones con entrevistas diagnósticas pares con jueces (DiNardo, Brown, Lawton y Barlow, 1995).

- Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe, 2006) consta de 7 ítems, donde se le pregunta al paciente por la presencia de una serie de síntomas durante las dos últimas semanas, y se responde según una escala tipo Likert de cuatro puntos, es decir, oscila de 0 a 3 -nunca, varios días, la mitad de los días y casi a diario- ($\alpha = .92$; $r_{xy} = .83$). El punto de corte es de > 8 , con una sensibilidad del 100% (IC 95 88.1 – 100.0) y la especificidad de 86.17% (IC : 95% : 77.5 – 92.4) (Ibáñez, García, González, Fumero y Borges, 2016).
- La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI, versión 2.1). Fue elaborada en 1997 por la OMS y adaptada para un estudio epidemiológico sobre salud mental, por un investigador de este proyecto el Dr. Francisco Días Cruz.
- El Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (*Penn State Worry Questionnaire, PSWQ* de Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Es una escala de 16 ítems que evalúa el rasgo de preocupación. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de .93 y la consistencia interna de .95. El punto de corte es de > 40 , con una sensibilidad del 86.67% (IC 95 : 69.3 – 96.2) y la especificidad de 50.91% (IC : 95% : 37.1 – 94.6) (Ibáñez, García, González, Fumero y Borges, 2016).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- El Cuestionario de Preocupación y Ansiedad (CPA) (*Worry and Anxiety Questionnaire, WAQ* de Dugas, Freeston, Lachance, Provencher y Ladouceur, 1998). Evalúa el trastorno de ansiedad generalizada y aísla dos factores: emocionalidad ($\alpha = .84$, $r_{xy} = .61$) (síntomas físicos del trastorno de ansiedad generalizada) y preocupación ($\alpha = .86$, $r_{xy} = .70$) referido a los síntomas cognitivos (Ibáñez et al., 2000). El punto de corte es de > 56 , con una sensibilidad del 87.88% (IC 95 :71.8 - 96,6) y la especificidad de 89.36% (IC : 95% : 81.3 – 94.8) (González, Ibáñez, García, Luna y Rovella, 2016).
- El Inventario de Depresión de Beck (*Beck depression inventory-II ,BDI-II*), de Beck, Steer y Brown (1996), en la traducción de Sanz, Navarro y Vázquez (2003). En una versión modificada respecto del inventario original que incluye los síntomas de “agitación”, “inutilidad”, “dificultad de concentración” y “pérdida de energía”, que aparecen en el DSM-IV-TR (APA, 2000) como criterios diagnósticos más descriptivos de los trastornos depresivos. La consistencia interna es de .89. El BDI-II pretende valorar los síntomas experimentados durante las dos últimas semanas incluyendo el día en que se cumplimenta el inventario. Consta de 21 ítems en los cuales la persona tiene que elegir, entre cuatro alternativas, la frase que mejor describe su estado de ánimo. Cada ítems se valora de 0 a 3. La puntuación final es el sumatorio de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.
- *El Symptom Assessment-45 Questionnaire* (El Cuestionario de Evaluación de 45 Síntomas, SA-45 de Davison et al., 1997). El SA-45 fue elaborado por Davison et al., (1997) a partir del SCL-90 (Derogatis, Lipman y Covi, 1973) con objeto de superar algunos de los problemas que se han venido atribuyendo

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

a este cuestionario. Estos problemas aluden a la inconsistencia de la estructura factorial, el solapamiento entre las dimensiones que reduce la validez interna y discriminante, el desequilibrio de las escalas en el número de ítems, así como la elevada correlación entre las escalas. Además, el SA-45 es un cuestionario más breve (reduce a la mitad el número de ítems del SCL-90) con lo que se facilita la aplicación rutinaria en la práctica clínica y en la investigación. La versión española (González de Rivera y De las Cuevas, 1988), con alguna modificación en la redacción de los ítems, es la que se ha utilizado en el primer trabajo de validación psicométrica de la versión española (Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 2008). La instrucción general de este cuestionario es la de indicar cuánto ha experimentado cada uno de los 45 ítems durante los últimos siete días (incluido el de hoy) marcando el número que corresponda. Las respuestas se formulan mediante una escala tipo Likert que va desde 0 (“Nada en absoluto”) hasta 4 (“Mucho o extremadamente”). Los coeficientes alfa de Cronbach para cada una de las 9 escalas son los siguientes: Depresión ($\alpha = .85$), Hostilidad ($\alpha = .83$), Sensibilidad Interpersonal ($\alpha = .84$), Somatización ($\alpha = .80$), Ansiedad ($\alpha = .84$), Psicoticismo ($\alpha = .63$), Obsesión-Compulsión ($\alpha = .72$), Ansiedad fóbica ($\alpha = .71$), Ideación Paranoide ($\alpha = .71$). El coeficiente alfa para el SA-45 total fue de .95. Estos coeficientes son similares a los de la versión inglesa del cuestionario (Davison et al., 1997). Respecto a la validez convergente y discriminante, las correlaciones son bajas y negativas con el afecto positivo y, elevadas o moderadas con el afecto negativo, con la excepción de la

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

depresión que muestra una moderada correlación negativa con el afecto positivo (Sandín et al., 2008).

6.2.2 Variables de procesos cognitivos

Para evaluar procesos cognitivos implicados en el trastorno de ansiedad generalizada, tales como, intolerancia a la incertidumbre, evitación cognitiva, orientación negativa al problema o creencias sobre la preocupación, se han utilizado los siguientes cuestionarios:

- El “Índice de Intolerancia a la Incertidumbre” (IUI, *Intolerance of Uncertainty Index* de Gosselin et al., 2008, versión en inglés de Carleton, Gosselin y Asmundson, 2010). La IUI es un cuestionario de auto-informe, de 45 ítems, que miden la tendencia de las personas a percibir la incertidumbre como un elemento angustiante e inaceptable. La IUI se compone de dos partes: Parte A, que consta de 15 ítems que evalúan el nivel de aversión, así como lo inadmisibles que resulta la incertidumbre y la Parte B, que consta de 30 ítems que evalúan diferentes manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre. La parte A se compone de tres subescalas: la intolerancia a la incertidumbre y a situaciones de incertidumbre, la intolerancia de lo inesperado y dificultad para esperar en una situación incierta. La parte B se compone de seis subescalas: la sobreestimación de la probabilidad de que un evento negativo se produzca, control, tranquilidad, evitación, preocupación y duda. También, se puede calcular sumando todos los elementos para cada subescala de la parte A y, por separado, para la parte B. Asimismo, la IUAB muestra excelentes propiedades psicométricas (Carleton, Gosselin et al, 2010.; Gosselin et al., 2008). En resumen, las soluciones factoriales aisladas

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

respetan en parte la agrupación de ítems propuesta por Gosselin, salvo algunas simplificaciones. De los tres factores que componen la escala A nos quedamos finalmente con un factor general: tolerancia o aceptación de la incertidumbre ($\alpha = .94$, $r_{xy} = .64$). Esta opción no parecen descartarla los autores, aunque no se manifiestan con total claridad. Sin embargo, no presentan datos de fiabilidad o validez de las escalas del IUA, pero sí para la escala IUB. Por tanto, de forma implícita existe una inclinación a considerar monofactorial a la escala. Destacar de igual manera que frente a los seis factores asignados a la escala B proponemos finalmente sólo dos: (a) Evitación y control como forma de afrontar la incertidumbre ($\alpha = .89$, $r_{xy} = .49$) y (b) búsqueda de asesoramiento de terceros para asegurar la tranquilidad y evitar las consecuencias negativas de la incertidumbre ($\alpha = .95$, $r_{xy} = .60$). La consistencia interna total de la escala B es de .96 y la fiabilidad test-retes de .57.

- El Cuestionario de Evitación Cognitiva (CEC) (*Cognitive Avoidance Questionnaire de Sexton y Dugas, CAQ, 2008*). Está compuesto por 25 ítems que se responden a través de una escala Likert de cinco puntos, siendo 1 “nada característico de mí”, y 5 “extremadamente característico de mí”. Dicho cuestionario apresa la tendencia a emplear estrategias de evitación cognitiva como herramientas de afrontamiento para pensamientos intrusos amenazantes (e. j.: “hay cosas en las que prefiero no pensar”). Este cuestionario evalúa tres estrategias de evitación cognitiva relacionadas con la preocupación: Supresión de pensamientos ($\alpha = .88$, $r_{xy} = .68$); Transformación de imágenes mentales, evitación y sustitución de pensamientos ($\alpha = .90$, $r_{xy} = .84$) y

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Distracción ($\alpha = .89$, $r_{xy} = .79$). La consistencia interna del total del cuestionario es de .95 y fiabilidad test-retest de .88.

- Cuestionario de Orientación Negativa al Problema (ONP) (Robichaud y Dugas, 2005). Es un cuestionario de 12 ítems que se responden a través de una escala tipo Likert de cinco opciones. Evalúa la orientación negativa al problema. Su consistencia interna es ($\alpha = .90$) y la fiabilidad test-retest es ($r_{xy} = .80$) (Robichaud y Dugas, 2005). La consistencia interna del total del cuestionario es de .92 y fiabilidad test-retest de .80. También ha sido validado en la población argentina y los resultados indican una excelente consistencia interna de los ítems ($\alpha = .91$) y una estabilidad test-retest después de cinco semanas de .62. En relación con la validez del cuestionario, se obtuvieron correlaciones significativas con medidas de preocupación ($r = .40$; $p \leq .001$), ansiedad estado ($r = .33$; $p \leq .001$) y ansiedad rasgo ($r = .64$; $p \leq .001$). El análisis de la estructura factorial de la escala indicó la existencia de un único factor que explica el 46.27 % de la varianza total (Rodríguez de Behrends y Brenlla 2015).
- La adaptación española del cuestionario ¿Por qué Preocuparse?-II (¿PP?-II) (*Why Worry?*, *WW-II?*) de Holowka, Dugas, Francis, y Laugesen, (2000). Consta de 25 ítems cuyo objetivo es localizar núcleos de preocupación y ver cómo se valoran dichos argumentos. Estos ítems aislan dos factores, el primero, preocuparse como estrategia activa de afrontamiento ($\alpha = .95$, $r_{xy} = .74$), y el segundo, preocuparse previene de consecuencias negativas ($\alpha = .93$ y $r_{xy} = .68$). La fiabilidad del total del cuestionario es de .97 y la fiabilidad test-retest de .67.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

6.2.3 Variables del proceso terapéutico, satisfacción con el tratamiento y nivel de adaptación

Como ya se ha mencionado, uno de los aspectos importantes de este trabajo radica en la importancia de la evaluación de las variables predictoras, en tanto en cuanto influyen en el posible éxito o fracaso de este tratamiento. En este sentido se ha evaluado la inadaptación de la persona, la satisfacción con el tratamiento y la alianza terapéutica. Para ello hemos utilizado los siguientes cuestionarios:

- La Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1987; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Esta escala se aplica a diversos trastornos psicopatológicos y es sensible al cambio terapéutico, refleja en qué medida los problemas psicológicos de los pacientes afectan a diferentes áreas de la vida cotidiana, tales como el trabajo o los estudios, la vida social, el tiempo libre, la relación de pareja y la vida familiar. Esta compuesto por 6 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert, que oscila de 1 a 6. Consta, asimismo, de una subescala general que refleja el grado de inadaptación global de la vida cotidiana. El rango de la escala total es de 6 a 36, a mayor puntuación mayor inadaptación. Tiene una adecuada validez discriminante, de manera que permite distinguir entre las personas que presentan algún tipo de problema y los que no están afectados por el mismo. La sensibilidad de la escala es de 86%, la especificidad de 100% y la eficacia diagnóstica es de un 90.3%. Atendiendo a estos resultados la escala es aplicable para la evaluación de la mejoría clínica de los pacientes tratados. La fiabilidad medida con el coeficiente alfa de Cronbach en población española es de .94.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- El Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (*Client Satisfaction Questionnaire-8 items, CSQ-8*; Larsen, Atkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979). Es un cuestionario relacionado con la calidad de la atención terapéutica y la intensidad de la ayuda recibida. En último término, como su nombre lo indica, trata de apresar la satisfacción respecto al tratamiento. Es un cuestionario de auto-informe de 8 ítems evaluados según una escala tipo Likert de 4 puntos, con puntos de corte específicos para cada uno de los ítems. La puntuación oscila entre 8 y 32. Está compuesto por las siguientes categorías: calidad del servicio, tipo de servicio, resultados y satisfacción general. Incluye tres preguntas abiertas en las que la persona responde acerca de qué es lo que más le ha gustado del servicio, qué es lo que menos y qué cambiaría. Dicho cuestionario ha sido utilizado en diversas poblaciones y grupos étnicos, acreditando una gran consistencia interna y capacidad discriminante (Fischer y Corcoran, 1996). La versión en lengua castellana (Roberts y Attkinsson, 1984), parece comportarse de igual manera que la versión inglesa, cuando una y otra son utilizadas de manera correlativa en población hispana o angloparlante (Roberts, Attkinsson y Mendias, 1984). La consistencia interna oscila entre .83 y .93. La media de la correlación ítem-total va de .62 a .65. La media de la correlación inter-ítem está entre .44 y .47. En cuanto a la validez, la correlación del CSQ-8 con otras medidas de satisfacción general se sitúa entre .60 y .80.
- La Escala de Alianza Terapéutica de California (*California Psychotherapy Alliance Scales; CALPAS-P*) de Marmar, Gaston, Gallagher y Hhompson (1989), donde el paciente señala la experiencia de la sesión de terapia. Es una escala de 24 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de siete puntos que va desde 1 “nada en absoluto”

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

a 7 “muchísimo” y evalúa a cuatro factores: (a) Capacidad de trabajo del paciente (CTP), evalúa el trabajar activamente con las observaciones del terapeuta, profundizar en la explotación de los nuevos problemas y trabajar hacia la solución de problemas ($\alpha = .64$); (b) Compromiso del paciente (CP), donde se evalúa el esfuerzo del paciente para llevar a cabo un cambio; su voluntad de hacer sacrificios en relación con el tiempo y dinero; visión de la terapia como una experiencia importante; confianza en la terapia y el terapeuta, la participación en la terapia a pesar de sufrir por momentos; compromiso de completar el proceso terapéutico ($\alpha = .43$); (c) Estrategias de trabajo consensuado (ETC) discute la similitud de los objetivos del terapeuta y el paciente, esfuerzo conjunto, comprensión de cómo una persona puede ser ayudado, ¿Cómo se puede cambiar en la terapia, cómo el tratamiento debe continuar? ($\alpha = .51$) y, (d) Comprensión y participación del terapeuta (CPT), evalúa la capacidad del terapeuta para comprender el punto de vista y sufrimiento del paciente, demostrar la aceptación del paciente sin juicio, abordar el punto central de dificultad del paciente, intervenir con tacto y en el momento adecuado, no usar incorrectamente la terapia para sus necesidades, mostrar el compromiso de ayudar al paciente para superar sus problemas ($\alpha = .73$).

6.2.4 Eventos vitales estresantes

Para evaluar el estrés vital sufrido por la persona en los últimos seis meses se ha utilizado la siguiente escala:

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- La Escala de Eventos Vitales Estresantes (*The Social Readjustment Rating Scale, SRRS*) de Holmes y Rahe (1967). Es una escala de 43 ítems, donde el paciente debe señalar con un círculo aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año. Dicha escala cuantifica el estrés vital al que está sometido una persona y que puede favorecer la aparición de enfermedades. La puntuación del test se realiza sumando la puntuación que corresponde a los acontecimientos ocurridos en los últimos doce meses, según una tabla de puntuación ya especificada y que va desde muy estresante, como la muerte del cónyuge que puntúa 100 y el divorcio que puntúa 73, a las menos estresantes, como las vacaciones con una puntuación de 13, las navidades con una puntuación de 12 y leves infracciones de tráfico que puntúa 11. Si el número resultante se halla por debajo de 150 sólo hay un pequeño riesgo de enfermar a causa del estrés, entre 151 y 299 el riesgo es moderado, mientras que, por encima de 300 puntos, se está en riesgo importante.

Es de interés destacar, que algunos de los instrumentos utilizados habían sido validados con anterioridad en la población canaria por González (2011) en su estudio “Eficacia diferencial de dos tratamientos para el trastorno de ansiedad generalizada y sus trastornos comórbidos: Tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo (TCCyM) y Terapia de Regulación Emocional e Interpersonal (TREeI)”. Dentro de éstos se encuentran: el Cuestionario de Preocupación y Ansiedad (CPA), el Inventario de Intolerancia a la incertidumbre (III), el Cuestionario de Evitación Cognitiva (CEC), el Cuestionario de Orientación Negativa al Problema (ONP) y la adaptación española al cuestionario ¿Por qué preocuparse? (PP-II).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

7. Procedimiento

En este apartado es deseable distinguir dos formas de actuar, la primera se refiere a cómo contactamos con los centros de salud mental y la segunda a cómo se procedió con los pacientes una vez se pusieron en contacto con nuestro equipo.

En relación con la primera, una vez concedido el proyecto nos pusimos en contacto con el jefe de Psiquiatría del Hospital Universitario de Candelaria, el Dr. Juan de la Fuente Portero y el jefe de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, el Dr. Ramón Gracia Marco, con la finalidad de que pudiéramos tener acceso a una muestra clínica de las diversas unidades de salud mental de la isla de Tenerife. Estos doctores concertaron una reunión con los equipos de los seis centros de salud para informarles de los objetivos del proyecto y qué se demandaba de los profesionales de cada centro.

Se contactó con psiquiatras y psicólogos/as clínicos/as de seis unidades de Salud Mental de la isla de Tenerife, a saber: Ofra-Miramar, Santa Cruz-Laguna, Tacoronte, La Laguna-Mercedes, La Vera (Puerto de La Cruz) y Santa Cruz-Salamanca.

En las reuniones donde asistía todo el equipo de cada Unidad de Salud Mental se explicó el proyecto y se les solicitó su colaboración. Ésta consistió en que cuando ellos detectaran una persona con síntomas de trastornos de ansiedad generalizada, lo remitieran a nuestro equipo de investigación, dándoles el dptico en el que se explicaba de manera concisa lo ofertado en el programa de intervención.

La manera de derivación era distinta para los/as psicólogos/as clínicos y los psiquiatras. En el caso de los primeros, y para que no hubiese interferencias en la orientación terapéutica de cada profesional y la nuestra, los pacientes eran remitidos si acudían a consulta por primera vez y el clínico/a consideraba que era un paciente con trastorno de ansiedad generalizada. En el caso de los psiquiatras era diferente, por un lado,

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

tenían una lista de espera de cuatro meses (nuestro programa duraba 3.5 meses), y por otro, solo recibían medicación. Por lo tanto, estos profesionales podían remitirnos un paciente siempre que tuviera el trastorno y la medicación se mantuviera constante mientras duraba nuestro tratamiento.

Una vez los pacientes contactaron con nosotros se le dio cita y hora en las dos salas de terapia disponibles en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna.

Cuando el paciente acudía a la cita con nuestro equipo de investigación, en esa primera sesión, se les explicaba de manera exacta los objetivos de la investigación y se administraba una serie de cuestionarios de *screening* o cribado, a saber, el GAD-7 con un punto de corte ≥ 8 , el CPA con un punto de corte ≥ 57 y el PSWQ con un punto de corte ≥ 40 y la entrevista ADIS-IV que figuran en Anexo I. Si el paciente cumplía los criterios de trastorno de ansiedad generalizada, firmaba el consentimiento informado que está en el Anexo II y se le entregaba para su casa los cuestionarios del Anexo III.

En la siguiente sesión se comenzaba el programa propiamente dicho, con una sesión de psicoeducación, que duraba tres sesiones. En esa tercera sesión y en la número 10, los pacientes cumplimentaban el CALPAS (Anexo IV) referido a la alianza terapéutica. Una vez finalizada la terapia, los pacientes volvían a cumplimentar los cuestionarios del Anexo III más el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (CST) (Anexo V).

7.1 Plan de tratamiento

El programa de entrenamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo para el trastorno de ansiedad generalizada se sustenta en un modelo educativo, ya que el paciente para avanzar en el programa necesitará recordar y aplicar varios principios

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

fundamentales. En él se utiliza el cuestionamiento Socrático para fomentar la comprensión de los conceptos y la enseñanza de estos principios fundamentales. Es esencial que la persona entienda en que consiste el trastorno de ansiedad generalizada, así como la relación que existen entre los procesos que lo mantienen. Está compuesto por seis módulos que se trabajan mediante sesiones. En concreto, el protocolo se divide en 14 sesiones de una hora de duración aproximadamente, que se llevan a cabo a razón de una sesión por semana. Las sesiones están estructuradas en tres partes:

1. En los 10 minutos de inicio de la sesión se revisa la tarea para casa y se establecen los objetivos de la sesión.
2. En los 40 minutos intermedios se dedican a los componentes cognitivos y metacognitivos: Se presenta información nueva al paciente relacionado con la preocupación y la ansiedad y se debate cómo la nueva información se relaciona con la ansiedad.
3. En los 10 minutos finales se aclaran dudas y se prescriben tareas para casa.

Además, se aplican dos sesiones más destinadas a la prevención de recaídas, a las que le sigue un programa de ganancias terapéuticas. En estas 14 sesiones se trabajan los seis módulos que componen el tratamiento: psicoeducación y entrenamiento en conciencia de la preocupación, reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual, reevaluación de la utilidad de preocuparse, entrenamiento en resolución de problemas, exposición en imaginación y prevención de recaídas. Se trata de un programa estructurado y directivo, centrado en el aquí y ahora, en el que las tareas para casa desempeñan un papel muy importante. Es un programa de entrenamiento que se centra en los cambios en las variables de procesos cognitivos relacionados con la etiología y mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada. Así, durante el tratamiento se

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

presentan distintos objetivos cada uno de los cuales proporcionan a la persona habilidades para afrontar su preocupación y ansiedad. Debe ser aplicado de manera flexible, es recomendable invertir el tiempo necesario en cada módulo antes de continuar con el siguiente. Esta terapia ha sido puesta a prueba en dos estudios controlados de manera aleatoria (Dugas et al., 2003; Ladouceur et al., 2000) y los resultados ponen de manifiesto que es eficaz para la mayoría de personas que padecen trastorno de ansiedad generalizada. En el anexo VI se puede ver el contenido completo del programa.

El programa de tratamiento se aplicó basado en el manual (TBM). Se seleccionaron y formaron 14 terapeutas colaboradores licenciados en psicología, procedentes del Máster Oficial de Psicología Clínica y de la Salud. Contaron con un total de 40 horas de formación. En este período de formación se trataron las variables de proceso del modelo de Dugas et al. (1998). También fueron entrenados en la Terapia Cognitivo-Conductual en concreto, en el programa cognitivo de intervención del trastorno de ansiedad generalizada, además de habilidades terapéuticas. Para comprobar el adecuado aprendizaje se llevaron a cabo sesiones clínicas supervisadas. Cada terapeuta se familiarizó con el contenido del TBM, en el que se recogen los principios básicos del trastorno de ansiedad generalizada, se especifican los objetivos y el procedimiento de intervención sesión a sesión (siempre de forma flexible).

7.2 Diseño de la investigación

La investigación se desarrolló siguiendo un método cuasi-experimental longitudinal, puesto que los sujetos no fueron asignados aleatoriamente a la investigación, que se realizó en varios momentos.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Los sujetos han sido seleccionados mediante muestreo de conveniencia, siguiendo los intereses de la misma, aunque la asignación a cada uno de los grupos se ha realizado de manera aleatoria.

El diseño de la investigación ha sido correlacional explicativo ex-post-facto, pues no sólo se ha buscado un nivel de análisis descriptivo para establecer relaciones entre variables, sino también, un acercamiento a las posibles causas.

Se ha desarrollado un diseño cuasi-experimental con dos grupos, uno de tratamiento y un grupo control de lista de espera. Los controles metodológicos a poner en práctica en el diseño fueron los propios de un estudio de grupos.

Se aplicó un diseño factorial de mixto 2x3, un factor inter-grupo con dos niveles (GE y GCLE) y un factor intra-grupo, el tiempo de medida, con tres momentos (pretratamiento, postratamiento y seguimiento a los seis meses). Estos diseños se analizaron mediante el análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVAs) y análisis de la covarianza de medidas repetidas (ANCOVAs) para controlar las puntuaciones medias en el pretratamiento respecto al postratamiento en las variables clínicas de interés, y en el postratamiento, respecto del seguimiento. Los efectos significativos encontrados se analizaron mediante contrastes *a posteriori*, y cuando la fuente de variación es el tiempo de medida, se halló el Tamaño del Efecto mediante la *d* de Cohen (1988), que emplea los siguientes criterios para clasificar los tamaños de efecto como pequeños (0.20-0.30), medios (0.50) y grandes (0.80).

Se asignaron a los pacientes de forma aleatorizada a una de las siguientes dos condiciones:

1. Grupo Experimental (GE), recibió el Programa de Entrenamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo (TCCyM), que se centra en los

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

cambios en las variables de procesos cognitivos relacionados con la etiología y mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada, a saber: intolerancia a la incertidumbre, metacogniciones o metacreencias sobre la preocupación, orientación negativa al problema y evitación cognitiva,

2. Grupo Control de Lista de Espera (GCLE). El objetivo de esta evaluación fue tratar de apresar la optimización de resultados de nuestro programa de intervención. El objetivo del GCLE fue la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada sin un periodo intermedio de intervención, solo el paso del tiempo. Se contactó con las personas del grupo control mediante teléfono para comprobar su estado emocional. Una vez finalizada la intervención en el GE, se comenzó la aplicación del programa a las personas del grupo control. El periodo de intervención en este grupo marcó la post-evaluación del grupo control de lista de espera, para así poder comparar la caracterización de ambos grupos.

8. Objetivos generales y específicos

El objetivo general de este trabajo consiste en conocer y evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual y metacognitivo en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y trastornos comorbidos, tales como el trastorno depresivo mayor, distimia, la fobia social y la hostilidad.

Los objetivos específicos se han agrupado en función de las diferentes fases para así poder contrastar a cada grupo de tratamiento (intragrupos) y a los grupos entre sí (intergrupos). Los objetivos específicos son los siguientes:

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

1. Conocer y evaluar la eficacia del Tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo, administrado de manera individual a pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos emocionales.
2. Conocer y evaluar las variables predictoras que intervienen en el mantenimiento de las ganancias terapéuticas en el postratamiento y el seguimiento a los seis meses.
3. Conocer y evaluar el efecto de las covariables relacionadas con la alianza terapéutica en la mejora de los trastornos emocionales y la adaptación global del paciente.

El estudio de los factores predictivos que pueden precipitar esta variabilidad se vuelve imprescindible de cara a aplicar el programa en un futuro con las mayores garantías de éxito posible, en tanto en cuanto, un estudio de los factores predictivos que están incidiendo en la eficacia del mismo mejore la implementación en cuanto a la diseminación de resultados para la validez clínica y social. Entre estos factores predictivos se proponen las cuatro variables de procesos cognitivos, el grado de adaptación en las áreas de funcionamiento personal, social, familiar, y dado que son varios los terapeutas que aplicaron el programa otra medida será el grado de satisfacción con el tratamiento y la alianza terapéutica.

9. Hipótesis

La hipótesis de partida es que atendiendo al modelo de intolerancia a la incertidumbre el trastorno de ansiedad generalizada se origina y mantiene debido a la relación jerárquica que establecen las siguientes variables de proceso: intolerancia a la incertidumbre, tendencia a subestimar la utilidad de la preocupación, orientación negativa al problema y evitación negativa.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Hipótesis 1: en el pretratamiento no habrá diferencias estadísticamente significativas en variables sociodemográficas, de procesos cognitivos y psicopatológicas entre el grupo experimental y el grupo control en lista de espera.

Hipótesis 2: la condición de tratamiento (GE), comparada con el grupo control en lista de espera (GCLE), mostrará una mejora estadísticamente significativa en los síntomas cognitivos, somáticos y conductuales del trastorno de ansiedad generalizada, y otros trastornos psicopatológicos entre el pre y postratamiento.

Hipótesis 3: el grupo control en lista de espera después de recibir el tratamiento, mostrará una mejora estadística y clínicamente significativa en los síntomas cognitivos, somáticos y conductuales del trastorno de ansiedad generalizada, entre el pre y postratamiento, similares a los obtenidos en el grupo experimental.

Hipótesis 4: el Tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo reducirá considerablemente el factor de vulnerabilidad cognitiva de intolerancia a la incertidumbre.

Hipótesis 5: el programa de intervención, por un proceso transdiagnóstico conllevará una disminución en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Hipótesis 6: las ganancias terapéuticas del grupo experimental y el grupo control en lista de espera se mantendrán en la fase de seguimiento realizado a los seis meses.

Hipótesis 7: una adecuada alianza terapéutica influirá positivamente en los resultados del tratamiento.

Hipótesis 8: una disminución en los procesos cognitivos promoverán mejoras estadísticamente significativas en las variables de trastornos emocionales en el postratamiento y en el seguimiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Hipótesis 9: una vez finalizado el tratamiento los pacientes manifestarán una mayor adaptación en las áreas personal, social, familiar, laboral y global.

Hipótesis 10: una vez finalizado el tratamiento los participantes mostrarán una elevada satisfacción con el programa de intervención recibido.

10. Análisis de resultados

El análisis de los resultados se realizó mediante MANCOVAs, para controlar las puntuaciones obtenidas por los pacientes en la fase anterior de tratamiento, pretratamiento respecto al postratamiento en las variables clínicas de interés, o en el postratamiento, respecto del seguimiento. Los efectos significativos encontrados se analizaron mediante contrastes ortogonales a posteriori, y cuando la fuente de variación es el tiempo de medida se realizaron MANOVAs con las ganancias de la variable dependiente entre el pre y postratamiento, y el seguimiento, así como la ganancia final (entre pretratamiento y último seguimiento). Se estudió la relación de las diferencias encontradas mediante el empleo de modelos de Regresión, para predecir la mejora o no en los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada u otros trastornos comórbidos en el postratamiento y el seguimiento.

11. Resultados

En este apartado se recogen y comentan los resultados obtenidos en todo el conjunto de análisis realizados.

11.1 Tablas de contingencias y el estadístico Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson para las variables sociodemográficas en los grupos experimental y control

Con el objetivo de comprobar que el grupo experimental y control eran o no equivalentes en las variables sociodemográficas y el uso de medicamentos se realizó el estadístico χ^2 para determinar la significación estadística de las relaciones de las variables

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

categoriales, mientras que, para las variables continuas se realizó un análisis de varianza de grupos independientes y efectos fijos. A continuación, se presentan los datos registrados dentro de cada grupo para las variables sociodemográficas, además de los resultados de los análisis χ^2 .

En relación con el género, en la Tabla 9 se observa que no existieron diferencias estadísticamente significativas [$\chi^2(1,32) = .11$] entre el grupo experimental y grupo control. Ambos fueron conformados en su mayoría por mujeres.

Tabla 9
Tabla de contingencias entre el grupo experimental y grupo control según del género

		género		Total
		MUJERES	HOMBRES	
Grupo	GE	10 66.7%	5 33.3%	15 100.0%
	GCLE	11 61.1%	7 38.9%	18 100.0%
		47.6%	41.7%	45.5%
Total		21 63.6%	12 36.4%	33 100.0%
		52.4%	58.3%	54.5%
		100.0%	100.0%	100.0%

Nota. GE = grupo experimental; GCLE = grupo control lista de espera;

En cuanto a la vida laboral, en la Tabla 10 se pueden ver los resultados, tampoco se dieron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental [$\chi^2(1,32) = .55$]. En el momento del estudio la mayoría de los participantes se encontraban trabajando.

Tabla 10
Tabla de contingencias entre el grupo experimental y control en relación con su situación laboral

		Trabaja		Total
		no	si	
Grupo	GE	4 26.7%	11 73.3%	15 100.0%
	GCLE	7 38.9%	11 61.1%	18 100.0%
		36.4%	50.0%	45.5%
Total		11 33.3%	22 66.7%	33 100.0%
		100.0%	100.0%	100.0%

Nota. GE = grupo experimental; GCLE = grupo control lista de espera

En la Tabla 11 aparecen los resultados del análisis de la situación laboral de la muestra. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, pues en ambos la mayoría de participantes trabajaba [$\chi^2(1,32) = .02$].

Tabla 11
Tabla de contingencias entre el grupo experimental y control en relación con el paro

		parado		Total
		no	si	
Grupo	GE	14	1	15
		93.3%	6.7%	100.0%
		45.2%	50.0%	45.5%
		17	1	18
Grupo	GCLE	94.4%	5.6%	100.0%
		54.8%	50.0%	54.5%
Total		31	2	33
		93.9%	6.1%	100.0%
		100.0%	100.0%	100.0%

Nota. GE = grupo experimental; GCLE = grupo control lista de espera

Como es de esperar, cuando se evalúan los meses que hace que están en desempleo tampoco aparecieron diferencias significativas entre grupos [$\chi^2(1,32) = 2.03$]. En la Tabla 12 se puede comprobar que la mayoría de participantes no estaba en situación de desempleo.

Tabla 12
Tabla de contingencias entre el grupo experimental y control atendiendo a los años de paro

		Meses en paro			Total
		0	1-6	7-24	
Grupo	GE	14	1	0	15
		93.3%	6.7%	0.0%	100.0%
		45.2%	100.0%	0.0%	45.5%
		17	0	1	18
Grupo	GCLE	94.4%	0.0%	5.6%	100.0%
		54.8%	0.0%	100.0%	54.5%
Total		31	1	1	33
		93.9%	3.0%	3.0%	100.0%
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota. GE = grupo experimental; GCLE = grupo control lista de espera

Los resultados referentes a la variable estudios se reflejan en la Tabla 13. De nuevo estamos ante dos grupos homogéneos sin diferencias estadísticamente significativas entre

ellos [$\chi^2(1,32) = 1.01$]. La mayoría de participantes no se encontraba estudiando en el momento del tratamiento.

Tabla 13

Tabla de contingencias entre el grupo experimental y control en relación con los estudios

	Estudia		Total
	NO	SI	
Grupo GE	13	2	15
	86.7%	13.3%	100.0%
Grupo GCLE	50.0%	28.6%	45.5%
	13	5	18
Grupo GCLE	72.2%	27.8%	100.0%
	50.0%	71.4%	54.5%
Total	26	7	33
	78.8%	21.2%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%

Nota. GE = grupo experimental; GCLE = grupo control lista de espera

En la Tabla 14 se observa que en el caso del estado civil no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos [$\chi^2(1,32) = .05$]. Predominaron los participantes solteros, en el grupo experimental fueron el 46.7%, mientras que en el grupo control representaron el 47.1%. Los participantes casados ocuparon el segundo lugar de mayor porcentaje seguidos del grupo de divorciados-separados. El grupo menos representado fue el de *otros*. La distribución de participantes fue similar, sin diferencias significativas entre los dos grupos.

Tabla 14

Tabla de contingencias entre el grupo experimental y control según el estado civil

	Estado Civil				Total
	S	C	D-S	otro	
Grupo GE	7	4	3	1	15
	46.7%	26.7%	20.0%	6.7%	100.0%
Grupo GCLE	46.7%	44.4%	50.0%	50.0%	46.9%
	8	5	3	1	17
Grupo GCLE	47.1%	29.4%	17.6%	5.9%	100.0%
	53.3%	55.6%	50.0%	50.0%	53.1%
Total	15	9	6	2	32
	46.9%	28.1%	18.8%	6.3%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota. GE = grupo experimental; GCLE = grupo control lista de espera; EC = estado civil; S = soltero; C = casado; D-S = divorciado-separado

Por último, los resultados respecto al uso de medicamentos se reflejan en la Tabla 15. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control [$\chi^2(1,32) = 5.49$]. Resultó ser más frecuente el uso de benzodiacepinas y antidepresivos conjuntamente.

Tabla 15
Tabla de contingencias entre el grupo experimental y control según el uso de medicamentos

		no	BZ y AD	Relajantes	AD	total
Grupo	Experimental	6	7	2	0	15
		40.0%	46.7%	13.3%	0.0%	100.0%
		60.0%	36.8%	100.0%	0.0%	45.5%
Control	4	12	0	2	18	
	22.2%	66.7%	0.0%	11.1%	100.0%	
	40.0%	63.2%	0.0%	100.0%	54.5%	
Total	10	19	2	2	33	
	30.3%	57.6%	6.1%	6.1%	100.0%	
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Nota. BZ = benzodiacepinas; AD = antidepresivos

Según los resultados, se puede afirmar que en general se trató de una muestra homogénea, pues no aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control en lo que a variables sociodemográficas y uso de medicamentos se refiere.

Tras analizar las variables sociodemográficas y comprobar la homogeneidad de la muestra, el siguiente paso es estudiar las respuestas dadas en relación con las variables psicopatológicas y las variables de procesos cognitivos. Además de los análisis cuantitativos de las varianzas en las puntuaciones, en el caso del cuestionario de preocupación y ansiedad es importante realizar un análisis cualitativo de las preocupaciones expresadas por los participantes. En los siguientes apartados se describen los resultados obtenidos.

11.2 Análisis cualitativo y cuantitativo del CPA

Dada la importancia que tienen las preocupaciones en el trastorno de ansiedad generalizada, quisimos hacer un análisis cuantitativo y cualitativo de las respuestas que ofrecen los participantes en el cuestionario de preocupación y ansiedad (CPA). En relación con el análisis cualitativo, el objetivo ha sido conocer cuáles son las preocupaciones más frecuentes entre los participantes. En la Tabla 16 se observa el porcentaje de respuestas recogidas en el ítem 1 del CPA. En este ítem la persona informa de que asuntos o problemas le preocupan con más frecuencia. El cuestionario ofrece la posibilidad de enumerar hasta seis preocupaciones. De estas preocupaciones registradas, la más frecuente en primer lugar fue la propia salud (31.6%). En segundo lugar, de importancia se encontraron los aspectos económicos y la familia, ambas con un porcentaje del 15.8%. El grado de importancia de las demás preocupaciones expresadas fue homogéneo, se obtuvo un porcentaje de 10.5 para todas ellas.

Tabla 16
Porcentaje de preocupaciones expresadas por los participantes

CPA1	%	CPA2	%
Salud Propia	31.6	Económicas	15.8
Económicas	10.5	La familia	15.8
Familia	10.5	La salud propia	10.5
Educación de los hijos	10.5	La salud de los demás	10.5
Amor, sentimientos y pareja	10.5	Las preocupaciones	10.5
CPA3		CPA4	
No contesta	15.8	No contesta	31.6
Económicas	10.5	La salud de los demás	10.5
La soledad	10.5	Las preocupaciones	10.5
La organización de la casa	10.5	Amor, sentimientos y pareja	10.5
CPA5		CPA6	
No contesta	47.4	No contesta	84.2
Tener una enfermedad	10.5	La salud de los demás	5.3
Otras preocupaciones	5.3		

Nota. CPA1 = 1ª preocupación expresada; CPA2 = 2ª preocupación expresada; CPA3 = 3ª preocupación expresada; CPA4 = 4ª preocupación expresada; CPA5 = 5ª preocupación expresada; CPA6 = 6ª preocupación expresada

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

11.3 ANOVAS entre el grupo experimental y el grupo control en el pretratamiento

El primer paso a seguir para analizar las puntuaciones en las variables psicopatológicas de interés es comprobar que no existen diferencias entre los grupos en dichas variables antes del tratamiento. En la Tabla 17 aparecen los resultados de los ANOVAS realizados. La homogeneidad de varianzas se obtuvo por medio de la prueba F de Levene. En este sentido, podemos afirmar que existe homogeneidad de varianzas entre grupos pues no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas. Se observa, además, que no hubo diferencias en las variables psicopatológicas: síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, preocupación rasgo, depresión y psicopatología general. Tampoco se encontraron diferencias en las puntuaciones en procesos cognitivos: intolerancia a la incertidumbre, evitación cognitiva, orientación negativa al problema y creencias sobre la preocupación. Asimismo, no hubo diferencias en el nivel de adaptación a la vida cotidiana y en el nivel de estrés vital.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Tabla 17
Estadísticos descriptivos y Análisis de varianza en las medidas antes del tratamiento

	GE		GC		Anova			
	M	DT	M	DT	$F_{Lev} (1,31)$	$F (1,31)$	p	η^2
CPA	64.6	12.4	65.3	10.7	0.0	0.0	.856	.00
PSWQ	69.3	8.4	66.1	5.9	3.6	1.7	.198	.05
ONP	43.2	8.4	41.6	8.7	0.0	0.3	.599	.01
PP?	68.4	22.1	74.8	20.9	0.0	0.7	.401	.02
CEC	78.9	19.9	71.1	20.1	0.0	1.3	.269	.04
IUA	55.8	14.6	50.9	11.9	0.9	1.1	.294	.04
IUB	89.6	17.1	79.3	17.1	0.1	3.0	.095	.09
BDI	28.1	12.2	26.9	9.2	0.5	0.1	.751	.00
HOS	4.3	3.8	4.6	3.6	0.0	0.0	.864	.00
SOM	10.7	4.7	10.1	4.5	0.3	0.1	.708	.01
DEP	10.1	5.6	9.3	4.9	0.8	0.2	.641	.01
OB	9.6	4.8	8.5	5.0	0.1	0.4	.525	.01
ANS	10.3	4.7	9.2	4.0	0.2	0.5	.473	.02
SEIN	8.3	5.5	8.1	5.6	0.1	0.0	.936	.00
AF	5.3	4.4	5.3	4.2	0.7	0.0	.994	.00
ID	7.2	5.3	7.7	3.9	2.8	0.1	.774	.00
PS	3.6	3.2	4.8	3.3	0.1	1.1	.304	.03
EV	282.1	141.8	373.8	137.8	0.0	3.5	.070	.10
ADA	24.7	6.9	23.4	6.6	0.1	0.3	.574	.01
SA45	70.2	35.2	68.2	32.8	0.3	0.3	.865	.00

Nota. GE = Grupo experimental; GC = Grupo de control; F_{Lev} = F de Levene; CPA= Trastorno de Ansiedad Generalizada; PSWQ= Preocupación rasgo; ONP= Orientación negativa al problema; PP? = Creencias sobre la preocupación; CEC = Evitación cognitiva; IUA = Tolerancia o aceptación de la incertidumbre; IUB= Manifestaciones de Intolerancia a la Incertidumbre; BDI= Depresión (BDI-II); HOS=Hostilidad; SOM=Somatización; DEP= Depresión; OB= Trastorno obsesión-compulsión; ANS= Ansiedad; SEIN=Sensibilidad Interpersonal; AF= Ansiedad fóbica; ID=Ideación paranoide; PS= Psicoticismo; EV= Eventos vitales estresantes; ADA= Escala de Adaptación.

Una vez se comprobó que no había diferencias significativas entre ambos grupos antes del tratamiento, el siguiente paso fue analizar las diferencias dentro de cada grupo después del tratamiento, así como las diferencias entre grupos.

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

11.4 ANOVA para el grupo experimental en el postratamiento

También se utilizaron ANOVAS para estudiar los cambios en las variables psicopatológicas y de procesos cognitivos, así como el nivel de adaptación y de estrés vital en el grupo experimental después del tratamiento. En la Tabla 18 se observa que la única variable que no presentó una diferencia significativa entre el pretratamiento y el postratamiento fue *síntomas de ansiedad fóbica*, medidos a través del SA-45. Las demás variables presentaron diferencias significativas entre el pre y el postratamiento, con tamaños de efecto grandes.

Tabla 18
Diferencias entre el pre y post tratamiento en el grupo experimental

	GRUPO EXPERIMENTAL				F (1,14)	p	ηp ²
	PRE		POST				
	M	DT	M	DT			
CPA	64.5	12.3	43.6	21.3	14.5	.002	.51
PSWQ	69.1	8.3	61.9	4.5	6.5	.023	.32
ONP	43.5	8.7	32	8.4	19.6	.001	.58
PP?	71.7	26.8	54.3	17.2	8.9	.010	.39
CEC	78.9	19.9	57.9	23.5	11.2	.010	.45
IUA	56.2	14.8	39.7	14.6	15.3	.002	.52
IUB	89.1	17.2	66.1	18	15.1	.002	.52
BDI	29.1	12.7	12.5	11.8	23.9	.000	.63
HOS	3.9	3.8	1.1	2.3	14.2	.002	.50
SOM	10.7	4.8	4.9	4.2	20.5	.000	.60
DEP	10.2	5.6	4.9	5.3	12.0	.004	.46
OB	9.6	4.8	5.8	4.9	7.0	.019	.33
ANS	10.3	4.7	4.1	4.1	19.6	.001	.58
SEIN	8.3	5.5	3.2	3.4	9.0	.010	.39
AF	5.1	4.5	3.8	4.0	0.9	.372	.06
ID	6.9	5.5	3.5	2.5	4.9	.044	.26
PS	3.3	3.2	1.3	1.3	5.9	.029	.30
EV	264.9	117.9	184.9	157.9	5.3	.038	.27
ADA	24.7	6.9	14.9	7.2	23.5	.000	.63
SA45	70.2	35.2	30.1	28.6	15.7	.001	.53

Nota. GE = Grupo experimental; GC = Grupo de control; CPA= Trastorno de Ansiedad Generalizada; PSWQ= Preocupación rasgo; ONP= Orientación negativa al problema; PP? = Creencias sobre la preocupación; CEC = Evitación cognitiva; IUA = Tolerancia o aceptación de la incertidumbre; IUB= Manifestaciones de Intolerancia a la Incertidumbre; BDI= Depresión (BDI-II); HOS=Hostilidad; SOM=Somatización; DEP= Depresión; OB= Trastorno obsesión-compulsión; ANS= Ansiedad; SEIN=Sensibilidad Interpersonal; AF= Ansiedad fóbica; ID=Ideación paranoide; PS= Psicoticismo; EV= Eventos vitales estresantes; ADA= Escala de Adaptación; SA45= Puntuación total en el cuestionario SA-45

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

En la Figura 6 aparece la representación gráfica de las diferencias encontradas en el grupo experimental tras el tratamiento. En general, se puede observar que las puntuaciones en el momento del postratamiento fueron más bajas que las registradas antes del tratamiento. Es necesario especificar que en la gráfica no aparecen los datos correspondientes a los eventos vitales estresantes, a pesar de que presentó diferencias significativas. Esto se debe a que la diferencia cuantitativa en las puntuaciones respecto a las otras variables produce que las diferencias entre las medias no se puedan apreciar en la gráfica.

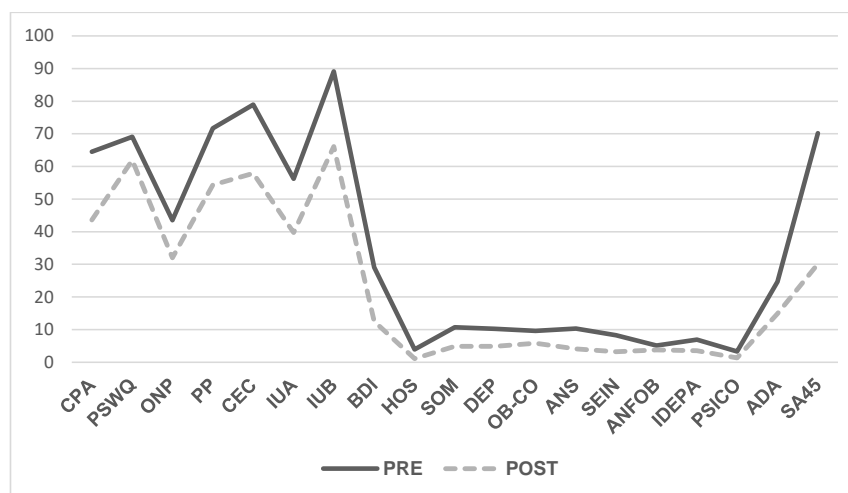


Figura 6. Diferencias entre el pretratamiento y postratamiento en el grupo experimental. N= 15.

11.5 ANOVA para el grupo control de lista de espera en el postratamiento

En el caso del grupo control, quisimos comprobar si el paso del tiempo determina que existan diferencias entre las medidas pre y postratamiento. En la Tabla 19 se pueden observar los resultados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el Cuestionario de Preocupación y Ansiedad, que evalúa el trastorno de ansiedad generalizada con un tamaño del efecto grande. La preocupación rasgo también presentó diferencias con

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

un tamaño del efecto grande. También se observan diferencias significativas en depresión medido a través del BDI-II, con un tamaño del efecto medio. Por último, se encontraron diferencias significativas en la Escala de Adaptación con un tamaño del efecto pequeño. En función de los resultados, parece ser que se produjo una disminución significativa en los síntomas principales del trastorno de ansiedad generalizada, en las puntuaciones en preocupación rasgo, depresión e inadaptación, que es explicada por el paso del tiempo entre medidas, en ausencia de tratamiento. No obstante, al comparar los tamaños de efecto entre el grupo experimental y grupo control en las variables con diferencias significativas, el grupo experimental presenta mayores tamaños de efecto. Por lo tanto, a pesar de que se encontró una disminución de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, los síntomas de depresión, preocupación rasgo y una pequeña mejora en el nivel de adaptación vital, estos cambios son menores a los obtenidos por el grupo experimental tras el tratamiento. En la discusión será abordada una posible explicación para esta disminución en los síntomas en ausencia de tratamiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Tabla 19
Diferencias entre el pre y postratamiento en el grupo control

GRUPO CONTROL							
	PRE		POST		F (1,17)	p	ηp ²
	M	DT	M	DT			
CPA	65.3	10.6	54.7	12.7	18.2	.001	.52
PSWQ	66.1	5.9	54.8	17.1	5.2	.036	.23
ONP	41.6	8.7	40.9	7.8	0.2	.681	.01
PP?	74.8	20.9	73.4	23.2	0.1	.774	.00
CEC	71.1	20.1	76.8	22.5	2.0	.179	.10
IUA	50.9	11.9	49.0	13.3	0.6	.468	.03
IUB	79.3	17.1	85.5	22.0	2.0	.173	.11
BDI	26.9	9.2	21.6	11.5	5.4	.033	.24
HOS	4.6	3.6	4.1	2.6	0.3	.596	.02
SOM	10.1	4.5	10.5	6.1	0.2	.682	.01
DEP	9.3	4.9	8.6	4.3	0.8	.376	.05
OB	8.5	5.0	7.5	4.6	1.0	.327	.06
ANS	9.2	4.0	9.7	5.3	0.3	.581	.02
SEIN	8.1	5.6	8.3	5.8	0.0	.887	.00
AF	5.3	4.2	4.6	5.2	0.8	.392	.04
ID	7.7	3.9	8.0	4.2	0.2	.649	.01
PS	4.8	3.3	5.6	3.9	1.8	.194	.10
EV	373.8	137.8	376.3	182.1	0.0	.954	.00
ADA	23.4	6.6	20.5	6.8	5.5	.031	.25
SA45	68.2	32.8	67.3	35.8	0.3	.871	.00

Nota. GE = Grupo experimental; GC = Grupo de control; CPA= Trastorno de Ansiedad Generalizada; PSWQ= Preocupación rasgo; ONP= Orientación negativa al problema; PP? = Creencias sobre la preocupación; CEC = Evitación cognitiva; IUA = Tolerancia o aceptación de la incertidumbre; IUB= Manifestaciones de Intolerancia a la Incertidumbre; BDI= Depresión (BDI-II); HOS=Hostilidad; SOM=Somatización; DEP= Depresión; OB= Trastorno obsesión-compulsión; ANS= Ansiedad; SEIN=Sensibilidad Interpersonal; AF= Ansiedad fóbica; ID=Ideación paranoide; PS= Psicoticismo; EV= Eventos vitales estresantes; ADA= Escala de Adaptación; SA45= Puntuación total en el cuestionario SA-45

En la Figura 7 aparece una representación gráfica de las diferencias entre el grupo control y el grupo experimental en el postratamiento. En general, los resultados fueron más bajos para el grupo experimental. El grupo control presentó puntuaciones más altas en: la escala global de psicopatología general, los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, orientación negativa al problema, creencias sobre la preocupación, evitación cognitiva, aceptación de la incertidumbre, manifestación de la incertidumbre, adaptación y eventos vitales estresantes. En el caso de la preocupación rasgo es el grupo experimental el que

presentó puntuaciones más altas. En esta gráfica también se ha prescindido de los valores en eventos vitales estresantes, con el objetivo de que se perciban mejor las diferencias.

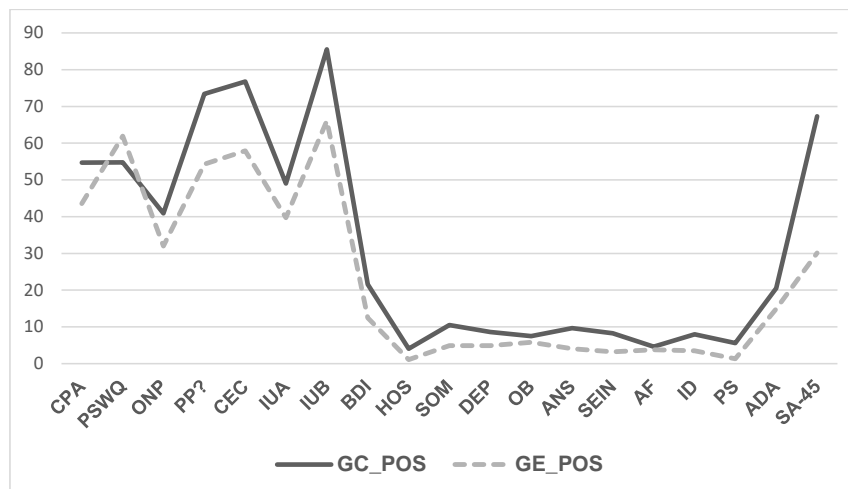


Figura 7. Diferencias entre el grupo experimental (N = 15) y el grupo control (N = 17) en las medidas de postratamiento.

11.6 ANOVA para el grupo control después del tratamiento

En este apartado es necesario recordar que el tratamiento del grupo control en lista de espera fue administrado una vez el grupo experimental hubo finalizado su tratamiento. Al igual que con el grupo experimental, quisimos analizar en qué medida hay variaciones en las puntuaciones de variables psicopatológicas, procesos cognitivos, nivel de adaptación y estrés vital después del tratamiento. En la Tabla 20 se puede observar que los resultados del ANOVA son positivos, se encontraron diferencias significativas en todas las variables psicopatológicas y variables de proceso, así como el nivel de adaptación y el estrés vital, con tamaños de efecto medios y grandes.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Tabla 20*Diferencias entre el post del grupo control y el tratamiento en el grupo control*

GRUPO CONTROL							
	POST		TRA		<i>F</i> (1,17)	<i>p</i>	η^2
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
CPA	54.7	12.7	30.3	12.5	77.7	.000	.82
PSWQ	54.8	17.1	30.2	6.7	34.7	.000	.67
ONP	40.9	7.8	28.6	6.4	40.2	.000	.70
PP?	73.4	23.2	46.0	9.6	20.3	.000	.54
CEC	76.8	22.5	63.6	15.7	6.3	.022	.27
IUA	49.0	13.3	32.9	7.2	27.2	.000	.96
IUB	85.5	22.0	57.0	10.3	25.4	.000	.60
BDI	21.6	11.5	6.3	4.4	32.4	.000	.66
HOS	4.1	2.6	0.4	0.4	40.1	.000	.70
SOM	10.5	6.1	3.4	1.6	29.8	.000	.64
DEP	8.6	4.3	3.8	2.0	23.4	.000	.58
OB	7.5	4.6	4.6	1.4	66.1	.000	.80
ANS	9.7	5.3	1.9	1.2	33.4	.000	.66
SEIN	8.3	5.8	1.9	0.8	19.8	.000	.54
AF	4.6	5.2	1.2	1.1	8.2	.011	.32
ID	8.0	4.2	2.3	0.9	31.3	.000	.65
PS	5.6	3.9	1.6	1.3	21.1	.000	.55
EV	376.3	182.1	133.8	88.8	30.8	.000	.64
ADA	20.5	6.8	13.5	3.8	23.0	.000	.55
SA45	67.3	35.8	18.6	5.8	36.2	.000	.68

Nota. GE = Grupo experimental; GC = Grupo de control; CPA= Trastorno de Ansiedad Generalizada; PSWQ= Preocupación rasgo; ONP= Orientación negativa al problema; PP? = Creencias sobre la preocupación; CEC = Evitación cognitiva; IUA = Tolerancia o aceptación de la incertidumbre; IUB= Manifestaciones de Intolerancia a la Incertidumbre; BDI= Depresión (BDI-II); HOS=Hostilidad; SOM=Somatización; DEP= Depresión; OB = Trastorno obsesión-compulsión; ANS= Ansiedad; SEIN=Sensibilidad Interpersonal; AF= Ansiedad fóbica; ID=Ideación paranoide; PS= Psicoticismo; EV= Eventos vitales estresantes; ADA= Escala de Adaptación; SA45= Puntuación total en el cuestionario SA-45

Estos resultados están representados de forma gráfica en la Figura 8. Aquí se observa como en general, las puntuaciones tomadas una vez finalizado el tratamiento fueron más bajas que las que se registraron previamente. La diferencia encontrada en la variable eventos vitales estresantes fue significativa, sin embargo, se ha eliminado esta puntuación de la gráfica por los motivos que ya hemos mencionado.

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

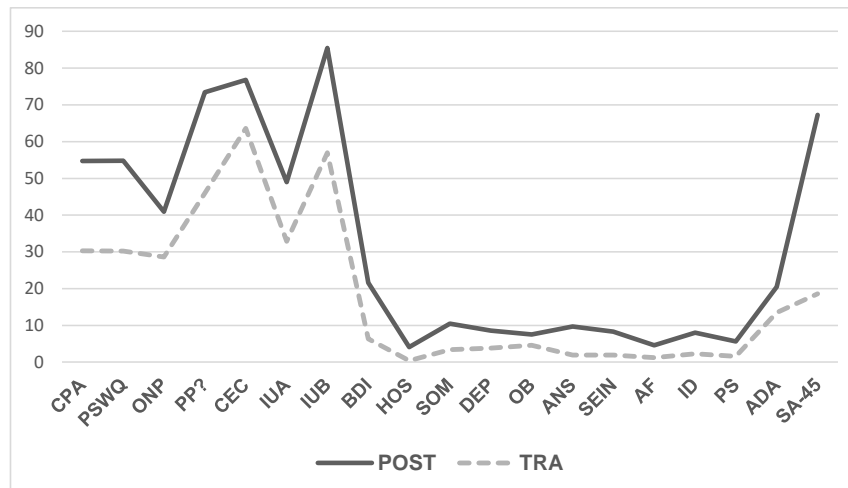


Figura 8. Diferencias del grupo control en las puntuaciones pre y post. N= 18

11.7 MANOVAS de la muestra total en los tres tiempos de medida: pretratamiento, postratamiento y seguimiento

Asimismo, se realizaron MANOVAS con el total de la muestra en los que se tomaron como variables dependientes las variables psicopatológicas, los procesos cognitivos, el nivel de adaptación y el estrés vital, y como variable independiente el momento de medida: pretratamiento, postratamiento y seguimiento. En la Tabla 21 están recogidos los resultados obtenidos, se dieron diferencias significativas entre los tiempos de medida en todas las variables estudiadas.

Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni nos indican que las puntuaciones en el pretratamiento fueron mayores que las registradas en el postratamiento y en el seguimiento, en todas las variables estudiadas. Además, en el caso de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación rasgo y la psicopatología general medida a través del SA-45, también fue mayor la puntuación en el postratamiento comparado con el seguimiento. En el caso de los síntomas en ansiedad fóbica sólo las

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

puntuaciones en el pretratamiento fueron mayores que en el postratamiento, pero no se produjo esta diferencia en relación con el seguimiento. En los síntomas de obsesión-compulsión las puntuaciones en el postratamiento fueron mayores que en el seguimiento, sin embargo, las puntuaciones en el seguimiento no llegaron a ser más bajas que las encontradas en el pretratamiento. Por lo tanto, parece que en el caso de los síntomas en ansiedad fóbica y la obsesión-compulsión se dieron cambios después del tratamiento que no se mantuvieron en el tiempo.

A modo de resumen, la muestra utilizada en este estudio resultó ser homogénea en cuanto a las variables psicopatológicas de interés antes de recibir el tratamiento. Tanto en el grupo control como el grupo experimental se encontraron diferencias significativas tras el tratamiento salvo en los síntomas de ansiedad fóbica dentro del grupo experimental. También las diferencias en las puntuaciones en los tres momentos de medida son significativas. En general podemos decir que los cambios producidos tras el tratamiento se mantienen en el seguimiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Tabla 21

Diferencia de medias entre el pre, el post y el seguimiento de la muestra total

	PRE(1)		POST(2)		SEGUI(3)		F(1,32)	p	Bonferroni	PRE-POST	POST-SEGUI	PRE-SEGUI
	M	DT	M	DT	M	DT				d	d	d
CPA	65.0	11.3	36.9	18.0	25.4	11.3	134.9	.000	1>2,3; 2>3	1.87	.77	3.50
PSWQ	67.5	7.2	44.6	17.0	29.0	7.6	194.2	.000	1>2,3;2>3	1.75	1.18	5.2
ONP	42.9	8.6	30.2	7.5	27.1	8.1	36.8	.000	1>2,3	1.57	.40	1.89
PP?	73.7	23.1	49.8	14.0	49.9	14.9	17.5	.000	1>2,3	1.30	-.01	1.2
CEC	75.6	20.7	63.1	16.2	61.2	18.7	6.8	.004	1>2,3	.67	.11	.73
IUA	53.3	13.3	36.0	11.5	35.9	11.2	23.1	.000	1>2,3	1.39	.01	1.42
IUB	83.8	17.6	61.1	14.8	50.0	21.0	20.0	.000	1>2,3	1.40	.34	1.49
BDI	27.9	10.8	9.1	9.0	5.1	7.6	68.0	.000	1>2,3	1.90	.48	2.44
HOS	4.3	3.6	0.7	1.6	2.9	1.7	27.2	.000	1>2;2>3	1.29	-1.33	.50
SOM	10.4	4.6	4.1	3.1	7.4	4.5	33.7	.000	1>2,3;2>3	1.61	-.85	.66
DEP	9.7	5.2	4.3	3.8	6.5	3.8	16.7	.000	1>2,3	1.19	-.58	.70
OB	9.0	4.9	3.9	3.8	6.8	3.8	15.6	.000	1>2;2>3	1.16	-.76	.50
ANS	9.7	4.3	3.2	3.2	5.1	3.1	29.2	.000	1>2,3; 2>3	1.71	-.60	1.23
SEIN	8.0	5.4	2.6	2.4	4.1	2.7	13.6	.000	1>2,3;2>3	1.29	-.59	.91
AF	5.2	4.3	2.4	3.0	3.3	3.5	5.1	.012	1>2	.76	-.28	.48
ID	7.3	4.7	2.9	1.9	4.6	2.7	13.6	.000	1>2,3;2>3	1.23	-.73	.70
PS	4.1	3.3	1.5	1.3	2.8	1.3	16.7	.000	1>2;2>3	1.04	-1.0	.52
EV	324.3	138.6	157.0	125.6	173.7	103.9	21.1	.000	1>2,3;	1.26	-.14	1.23
ADA	24.0	6.7	14.2	5.6	12.2	5.2	36.0	.000	1>2,3	1.59	.37	1.98
SA45	69.1	33.4	18.6	5.4	45.1	23.9	68.1	.000	1>2,3;2>3	2.11	-1.53	.83

Nota. GE = Grupo experimental; GC = Grupo de control; CPA= Trastorno de Ansiedad Generalizada; PSWQ= Preocupación rasgo; ONP= Orientación negativa al problema; ¿PP? = Creencias sobre la preocupación; CEC = Evitación cognitiva; IUA = Tolerancia o aceptación de la incertidumbre; IUB= Manifestaciones de Intolerancia a la Incertidumbre; BDI= Depresión (BDI-II); HOS =Hostilidad; SOM= Somatización; DEP= Depresión; OB= Trastorno obsesión-compulsión; ANS= Ansiedad; SEIN=Sensibilidad Interpersonal; AF= Ansiedad fóbica; ID =Ideación paranoide; PS= Psicoticismo; EV= Eventos vitales estresantes; ADA= Escala de Adaptación SA45= Puntuación total en el cuestionario SA-45; d = Tamaño del efecto d de Cohen (pequeños: 0,20-0,30, medios 0,50 y grandes 0,80)

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.

Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

A continuación, se detallan los resultados obtenidos en los MANOVAS de cada una de las variables que hemos considerado dependientes en los tres tiempos de medida: pretratamiento, postratamiento y seguimiento.

11.7.1 Cuestionario de Preocupación y Ansiedad

Las medias en la puntuación total registradas del CPA presentaron diferencias significativas entre los tres momentos de medida. En la Figura 9 se observa de forma más gráfica las diferencias entre medias en el pretratamiento, post-tratamiento y seguimiento. Como vemos la puntuación del CPA disminuyó de manera significativa tanto después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande, como en el seguimiento respecto al postratamiento. Por lo tanto, los participantes presentaron una disminución significativa en los síntomas físicos y cognitivos del trastorno de ansiedad generalizada, después del tratamiento. Además, en el seguimiento las puntuaciones fueron más bajas que en postratamiento.

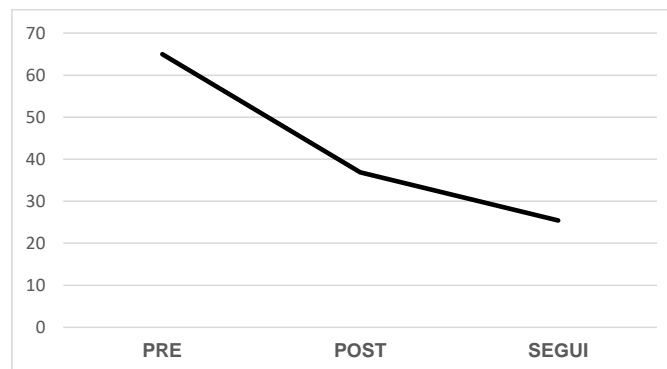


Figura 9. Comparación de medias en la puntuación total del CPA en los tres momentos de medida. N=33

11.7.2 Preocupación rasgo (PSWQ)

Las medias en la puntuación registrada para preocupación rasgo presentaron diferencias significativas entre los tres momentos de medida. En la Figura 10 hemos

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

representado de forma gráfica la diferencia entre medias en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento. Como se observa la puntuación en el PSWQ disminuyó de manera significativa tanto después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande, como en el seguimiento respecto al postratamiento. Por lo tanto, los participantes presentaron una disminución significativa en la puntuación de preocupación rasgo después del tratamiento. Además, en el seguimiento las puntuaciones fueron más bajas que en postratamiento.

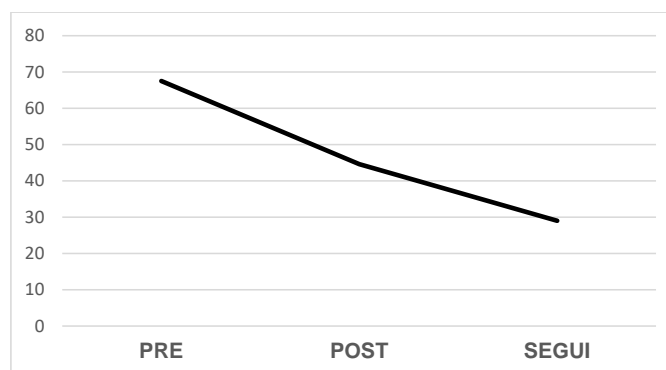


Figura 10. Comparación de medias en la puntuación total del PSWQ en los tres momentos de medida. N = 33

11.7.3 Orientación Negativa al problema (ONP)

En el caso de la orientación negativa al problema también se encontraron diferencias significativas entre los tres momentos de medida: pretratamiento, postratamiento y seguimiento. Estas diferencias están representadas en la Figura 11. La puntuación en orientación negativa al problema disminuyó de manera significativa tanto después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande, como en el seguimiento respecto al postratamiento, con un tamaño del efecto medio. A modo de resumen, los participantes presentaron una disminución significativa en la puntuación de orientación negativa al

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

problema después del tratamiento. Asimismo, en el seguimiento las puntuaciones no sólo se mantuvieron, sino que fueron más bajas que en postratamiento.

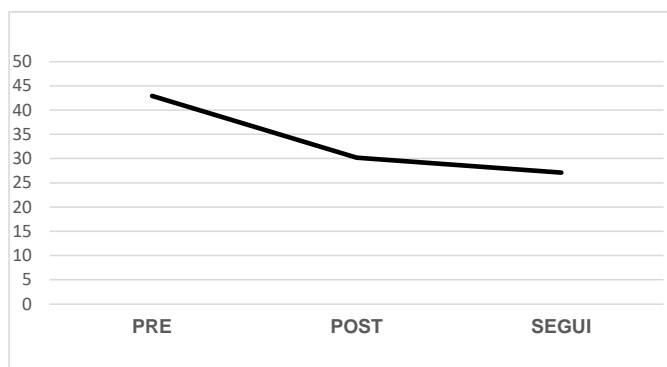


Figura 11. Comparación de medias en la puntuación total de ONP en los tres momentos de medida. N=33

11.7.4 Creencias sobre la preocupación (PP?-II)

Las medias en la puntuación obtenida en creencias sobre la preocupación, medidas a través del cuestionario “¿Por qué preocuparse? -II”, presentaron diferencias significativas entre los tres momentos de medida. En la Figura 12 se observan las diferencias encontradas entre medias en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento. Como vemos la puntuación en el PP?-II, disminuyó de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. No obstante, no apareció diferencia significativa entre la puntuación registrada en el postratamiento y el seguimiento. Entre el pretratamiento y el seguimiento si hubo una diferencia significativa, el tamaño del efecto fue grande, pero fue más bajo que el encontrado en el pretratamiento y postratamiento. A modo de resumen, los participantes presentaron una disminución significativa de las creencias sobre la preocupación después del tratamiento. No obstante, en el seguimiento parece que el nivel de creencias se mantuvo

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

igual que después del tratamiento, o incluso se puede decir que sufrió un ligero incremento que no resulta estadísticamente significativo.

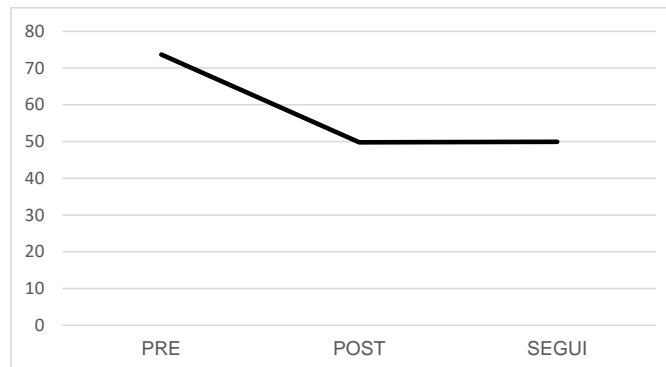


Figura 12. Comparación de medias en la puntuación total del PP?-II en los tres momentos de medida. N=33

11.7.5 Evitación cognitiva (CEC)

La variable evitación cognitiva mostró diferencias significativas entre los tres momentos de medida. Estas diferencias entre medias en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento se pueden apreciar mejor en la Figura 13. La puntuación en evitación cognitiva disminuyó de manera significativa tras el tratamiento, con un tamaño del efecto medio. Las diferencias entre el postratamiento y el seguimiento no llegan a ser significativas. Por lo tanto, los participantes informaron de una disminución significativa en evitación cognitiva después del tratamiento que se mantuvo en el seguimiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

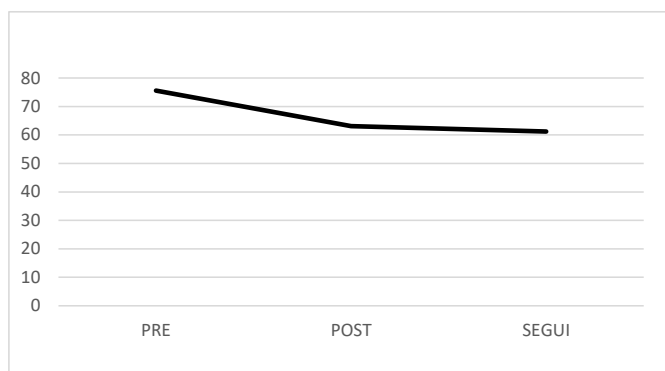


Figura 13. Comparación de medias en la puntuación total del CEC en los tres momentos de medida. N=33

11.7.6 Índice de Intolerancia a la Incertidumbre (parte A)

Las medias en la puntuación obtenida en relación con la tolerancia o aceptación de la incertidumbre presentan diferencias significativas entre los tres momentos de medida. Estas diferencias se observan en la Figura 14. La puntuación en el IUA, disminuyó de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. No obstante, no se dio una diferencia significativa entre la puntuación registrada en el postratamiento y el seguimiento. Entre el pretratamiento y el seguimiento si hubo una diferencia significativa con un tamaño de efecto grande. A modo de resumen, los participantes presentaron un aumento de la tolerancia a la incertidumbre tras el tratamiento, además, este cambio en la tolerancia seguía estando presente en las medidas de seguimiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

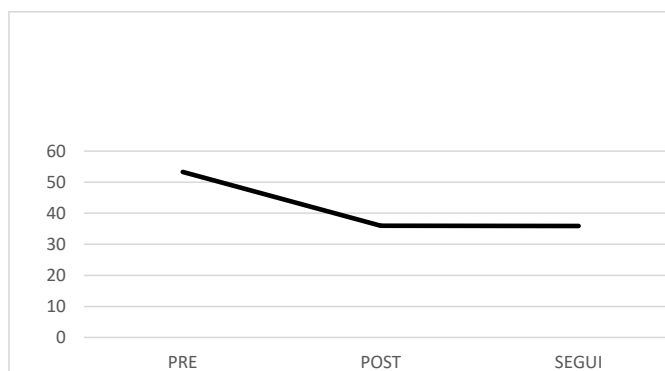


Figura 14. Comparación de medias en la puntuación total del IUA en los tres momentos de medida. N=33

11.7.7 Índice de Intolerancia a la Incertidumbre (parte B)

En relación con la intolerancia a la intolerancia a la incertidumbre, la puntuación obtenida en evitación y control y búsqueda de asesoramiento fueron significativas entre los tres momentos de medida. En la Figura 15 se observa de forma gráfica la diferencia entre medias en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento. La puntuación en el IUB, disminuyó de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. Entre las puntuaciones registradas en el postratamiento y el seguimiento la diferencia fue significativa, con un tamaño del efecto medio. Entre el pretratamiento y el seguimiento, el tamaño del efecto también fue grande. Por lo tanto, los participantes presentaron una disminución en las manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre, en concreto en la evitación y control y la búsqueda de asesoramiento, tras el tratamiento. En el seguimiento se comprobó que la disminución en estas manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre fue aún más significativa que la registrada después del tratamiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

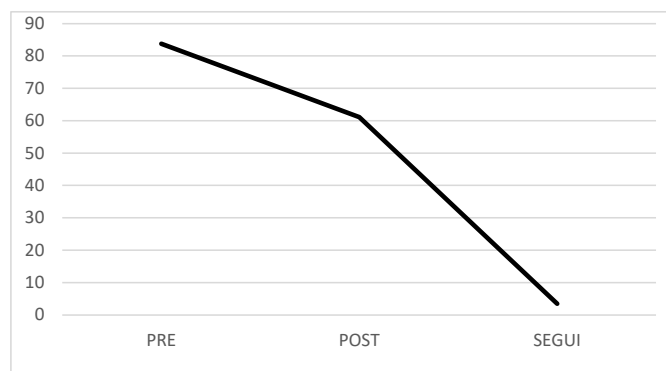


Figura 15. Comparación de medias en la puntuación total del IUB en los tres momentos de medida. N=33

11.7.8 Depresión (BDI-II)

La variable depresión medida a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) muestra diferencias significativas entre los tres momentos de medida. Estas diferencias entre medias en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento están representadas en la Figura 16. La puntuación en depresión disminuyó de manera significativa tras el tratamiento, con un tamaño del efecto grande. También hubo una disminución significativa entre el postratamiento y el seguimiento, sin embargo, el tamaño del efecto fue medio. Entre el pretratamiento y el seguimiento el tamaño de efecto fue grande. En resumen, los participantes informaron de una disminución significativa en los síntomas de depresión tras el tratamiento. En el seguimiento se mantuvo ésta diferencia significativa e incluso las puntuaciones fueron más bajas que inmediatamente después del tratamiento.

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

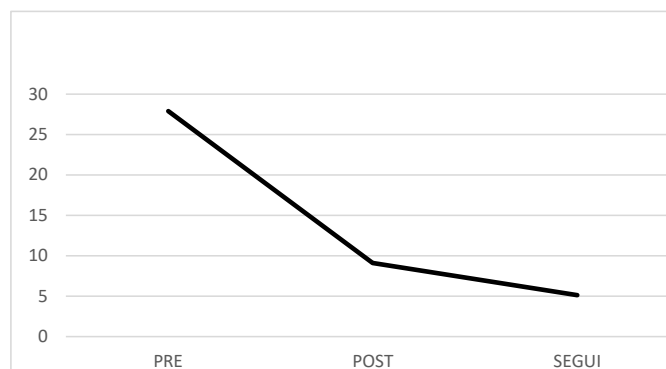


Figura 16. Comparación de medias en la puntuación total del BDI-II en los tres momentos de medida. N=33

11.7.9 Hostilidad (SA-45)

Al igual que las demás variables psicopatológicas de interés, los síntomas de hostilidad, medidos a través del SA-45, presentaron diferencias significativas entre los tres momentos de medida. Estas diferencias se encuentran representadas en la Figura 17. La puntuación en hostilidad disminuyó de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. Sin embargo, entre el postratamiento y el seguimiento se produjo un aumento significativo de la puntuación, con un tamaño de efecto grande. Entre el pretratamiento y el seguimiento la disminución fue significativa, aunque con un tamaño del efecto medio. En conclusión, los participantes informaron de una disminución en los síntomas de hostilidad inmediatamente después del tratamiento. No obstante, en el seguimiento se produjo el efecto contrario y las puntuaciones en hostilidad aumentaron, aunque fueron más bajas que las informadas en el pretratamiento.

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

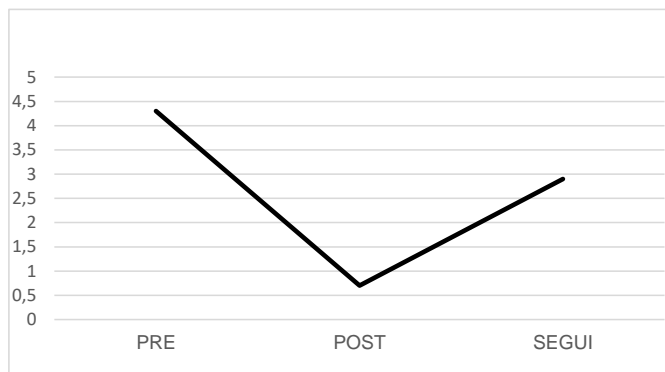


Figura 17. Comparación de medias en la puntuación de hostilidad (SA-45) en los tres momentos de medida. N=33

11.7.10 Somatización (SA-45)

Las medias en la puntuación obtenida en el síntoma de somatización, medido a través del SA-45, presentaron diferencias significativas entre los tres momentos de medida. En la Figura 18 se observa de forma gráfica la diferencia entre medias en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento. La puntuación en somatización disminuyó de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. Sin embargo, entre el postratamiento y el seguimiento, se dio un aumento significativo de la puntuación, con un tamaño de efecto grande. Entre el pretratamiento y el seguimiento la disminución fue significativa con un tamaño del efecto medio. Por lo tanto, los participantes presentaron una disminución en los síntomas de somatización tras el tratamiento. Estos cambios no se mantuvieron en el seguimiento ya que las puntuaciones en somatización aumentaron. No obstante, las puntuaciones fueron más bajas que las encontradas en el pretratamiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

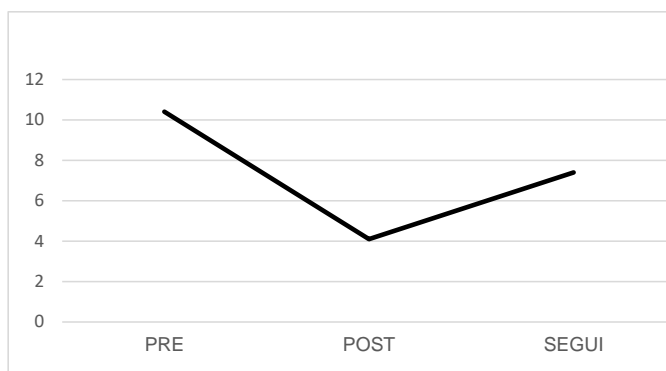


Figura 18. Comparación de medias en la puntuación de somatización (SA-45) en los tres momentos de medida. N=33

11.7.11 Depresión (SA-45)

Las puntuaciones en síntomas de depresión medidos a través del SA-45, mostraron diferencias significativas entre los tres momentos de medida; pretratamiento, postratamiento y seguimiento. Esta diferencia se observa de manera gráfica en la Figura 19. La puntuación en depresión disminuyó de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. Sin embargo, entre el postratamiento y el seguimiento, se produjo un aumento significativo de la puntuación, con un tamaño de efecto medio. Entre el pretratamiento y el seguimiento la disminución fue significativa con un tamaño del efecto medio. Por lo tanto, podemos decir que se produjo una disminución en los síntomas de depresión inmediatamente después del tratamiento. No obstante, en el seguimiento las puntuaciones en depresión aumentaron, aunque este aumento no llegó a equiparse con las puntuaciones en depresión que se registraron en el pretratamiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

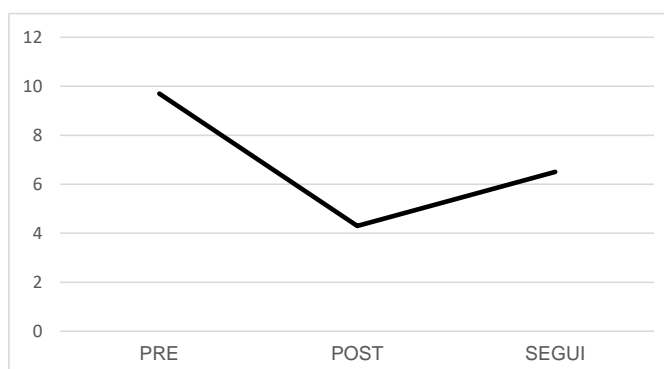


Figura 19. Comparación de medias en la puntuación de depresión (SA-45) en los tres momentos de medida. N=33

11.7.12 Obsesión-Compulsión (SA-45)

En referencia a los síntomas de Obsesión-Compulsión medidos a través del SA-45 se encontraron diferencias significativas entre los tres momentos de medida. En la Figura 20 se observa de forma gráfica la diferencia entre medias en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento. La puntuación en Obsesión-Compulsión disminuyó de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. No obstante, entre el postratamiento y el seguimiento, apareció un aumento significativo de la puntuación con un tamaño de efecto medio. Entre el pretratamiento y el seguimiento la disminución fue significativa con un tamaño del efecto medio. A modo de resumen, los participantes presentaron una disminución en los síntomas de Obsesión-Compulsión tras el tratamiento. Sin embargo, en el seguimiento no sólo no se mantuvo esta disminución, sino que las puntuaciones en Obsesión-Compulsión aumentaron. A pesar de este aumento, las puntuaciones no llegaron a ser equiparables a las puntuaciones informadas en el pretratamiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

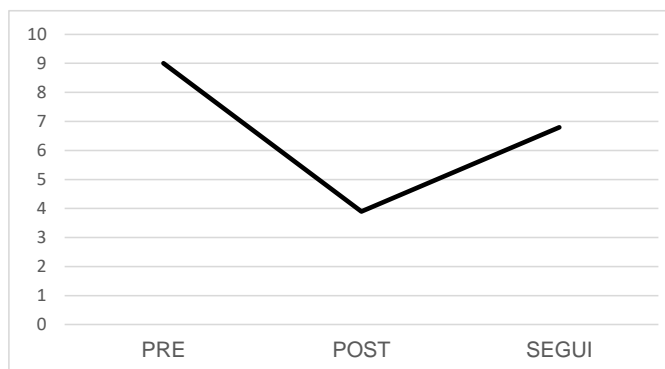


Figura 20. Comparación de medias en la puntuación de Obsesión-Compulsión (SA-45) en los tres momentos de medida. N=33

11.7.13 Ansiedad (SA-45)

Los síntomas de ansiedad medidos a través del SA-45 mostraron diferencias significativas entre los tres momentos de medida: pretratamiento, postratamiento y seguimiento. Estas diferencias aparecen representadas en la Figura 21. La puntuación en síntomas de ansiedad disminuyó de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. Entre el postratamiento y el seguimiento, se registró un aumento significativo de la puntuación con un tamaño de efecto medio. Entre el pretratamiento y el seguimiento la disminución fue significativa con un tamaño del efecto grande. Por lo tanto, los participantes informaron de menos síntomas de ansiedad inmediatamente después del tratamiento. No obstante, en el seguimiento las puntuaciones en síntomas de ansiedad aumentaron. Aun así, estas puntuaciones fueron significativamente más bajas que las registradas en el pretratamiento, es decir, aunque se produjo un aumento en los síntomas de ansiedad este aumento no se igualó a los niveles de ansiedad expresados antes del tratamiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

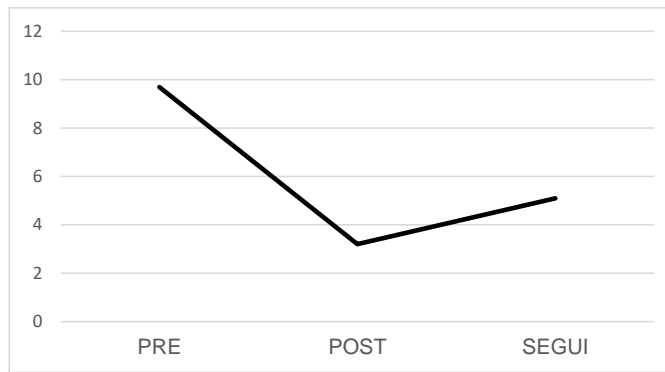


Figura 21. Comparación de medias en la puntuación de ansiedad (SA-45), en los tres momentos de medida. N=33

11.7.14 Sensibilidad Interpersonal (SA-45)

La variable Sensibilidad Interpersonal medida a través del SA-45 presentó diferencias significativas entre los tres momentos de medida. En la Figura 22 se observa de forma gráfica la diferencia entre medias en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento. La puntuación en Sensibilidad Interpersonal disminuyó de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. Entre el postratamiento y el seguimiento, se produjo un aumento significativo de la puntuación con un tamaño de efecto medio. Entre el pretratamiento y el seguimiento la disminución sigue siendo significativa con un tamaño del efecto grande. En resumen, los participantes informaron de una disminución en los síntomas de Sensibilidad Interpersonal tras el tratamiento. En el seguimiento no se observó tal disminución, de hecho, las puntuaciones en Sensibilidad Interpersonal aumentaron. A pesar de que la disminución en los síntomas de Sensibilidad Interpersonal no se mantuvo a los 6 meses después del tratamiento, las puntuaciones registradas fueron significativamente más bajas que las registradas antes del tratamiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

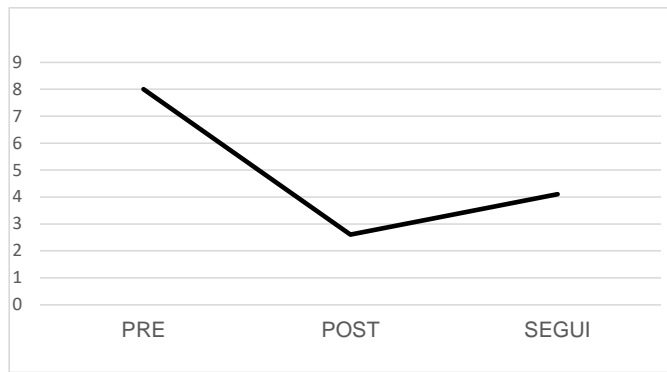


Figura 22. Comparación de medias en la puntuación de Sensibilidad Interpersonal (SA-45), en los tres momentos de medida. N=33

11.7.15 Ansiedad Fóbica (SA-45)

Los síntomas de Ansiedad Fóbica medidos a través del SA-45, presentaron diferencias significativas entre los tres momentos de medida. Esta diferencia entre medias en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento se puede observar en la Figura 23. La puntuación en Ansiedad Fóbica disminuyó de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto medio. Sin embargo, entre el postratamiento y el seguimiento, se observó un aumento significativo de la puntuación, con un tamaño de efecto pequeño. Entre el pretratamiento y el seguimiento la disminución fue significativa, aunque esta vez el tamaño de efecto fue medio. Por lo tanto, los participantes presentaron menos síntomas de Ansiedad Fóbica tras el tratamiento. No obstante, en el seguimiento se produjo el efecto contrario y las puntuaciones en Ansiedad Fóbica aumentaron. Estas puntuaciones encontradas en el seguimiento fueron significativamente menores que las informadas en el pretratamiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

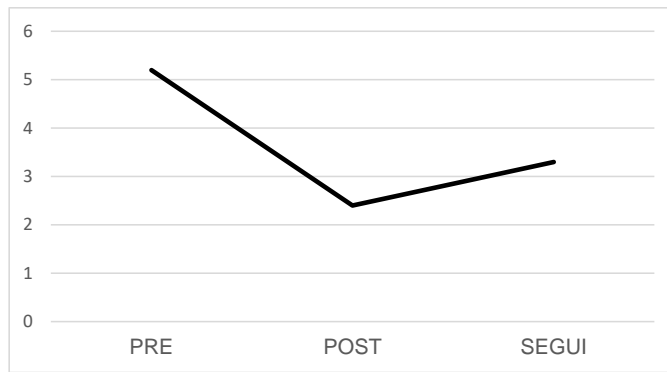


Figura 23. Comparación de medias en la puntuación de Ansiedad Fóbica (SA-45), en los tres momentos de medida. N=33

11.7.16 Ideación Paranoide (SA-45)

Los síntomas de Ideación Paranoide, medidos a través del SA-45, mostraron diferencias significativas entre los tres momentos de medida: pretratamiento, postratamiento y seguimiento. Estas diferencias entre medias están representadas de manera gráfica en la Figura 24. La puntuación en Ideación Paranoide disminuyó de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. Entre el postratamiento y el seguimiento, se dio un aumento significativo de la puntuación, con un tamaño de efecto medio. Al analizar las puntuaciones entre el pretratamiento y el seguimiento la disminución fue significativa con un tamaño de efecto medio. En resumen, los participantes informaron de menos síntomas de Ideación Paranoide tras el tratamiento. No obstante, en el seguimiento los síntomas de Ideación Paranoide aumentaron respecto al postratamiento. Aun así, se mantuvieron las diferencias significativas en relación al pretratamiento, es decir, las puntuaciones registradas en el seguimiento fueron significativamente menores que las informadas justo antes del tratamiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

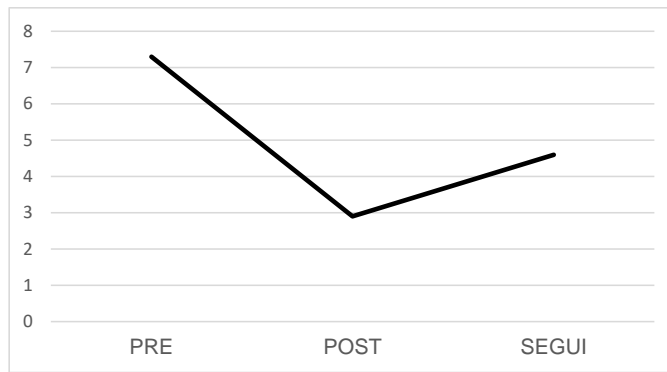


Figura 24. Comparación de medias en la puntuación de Ideación Paranoide (SA-45), en los tres momentos de medida. N=33

11.7.17 Psicoticismo (SA-45)

En referencia a los síntomas de Psicoticismo, medidos a través del SA-45, las diferencias entre los tres momentos de medida resultaron ser significativas. En la Figura 25 se pueden observar la diferencia entre medias en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento. La puntuación en Psicoticismo disminuyó de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. Sin embargo, entre el postratamiento y el seguimiento, se observó un aumento significativo de la puntuación, con un tamaño de efecto también grande. Entre el pretratamiento y el seguimiento la diferencia en las puntuaciones sigue siendo significativa con un tamaño de efecto medio. Por lo tanto, se informó de menos síntomas de Psicoticismo tras el tratamiento. No obstante, en el seguimiento las puntuaciones en Psicoticismo aumentaron. Al comparar las puntuaciones registradas entre el pretratamiento y el seguimiento estas últimas fueron significativamente más bajas que las informadas antes del tratamiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

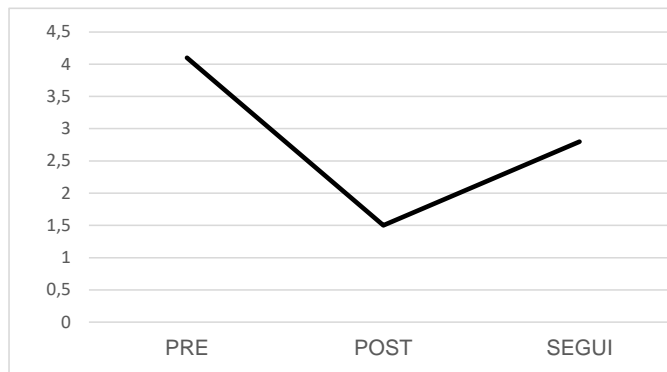


Figura 25. Comparación de medias en la puntuación de Psicoticismo (SA-45), en los tres momentos de medida. N=33

11.7.18 Puntuación global SA-45.

Al analizar las puntuaciones globales registradas en el inventario de síntomas SA-45, se observaron diferencias significativas entre los tres momentos de medida: pretratamiento, postratamiento y seguimiento. Esta diferencia entre medias en la puntuación en psicopatología general se puede observar en la Figura 26. La puntuación en la escala global SA-45 disminuyó de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. Entre el postratamiento y el seguimiento, se produjo un aumento significativo de la puntuación, con un tamaño de efecto también grande. Entre el pretratamiento y el seguimiento la disminución sigue siendo significativa con un tamaño de efecto grande. Por lo tanto, se observó que después del tratamiento se registraron menos síntomas en psicopatología general. No obstante, en el seguimiento las puntuaciones en psicopatología general aumentaron. A pesar de este aumento las puntuaciones encontradas fueron significativamente más bajas que las informadas justo antes del tratamiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

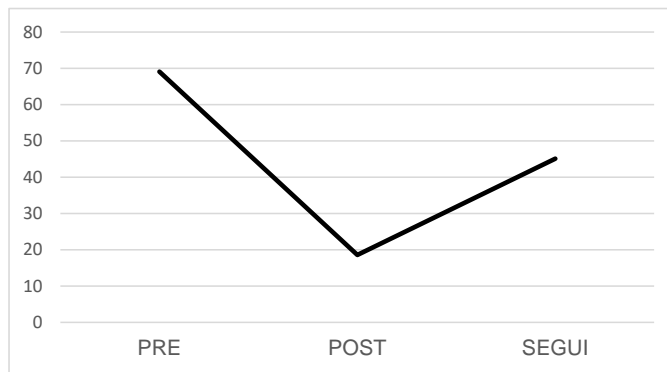


Figura 26. Comparación de medias en la puntuación global de la escala SA-45, en los tres momentos de medida. N=33

11.7.19 Eventos Vitales Estresantes

La variable de estrés vital, medida a través de la Escala de Eventos Vitales Estresantes mostró diferencias significativas entre los tres momentos de medida. En la Figura 27 se observa, de forma gráfica, la diferencia entre medias en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento. La puntuación en la escala de Eventos Vitales Estresantes disminuyó de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. Entre el postratamiento y el seguimiento, se observó un aumento de la puntuación que no resultó significativo. Entre el pretratamiento y el seguimiento la disminución en la puntuación fue significativa con un tamaño de efecto grande. En resumen, los participantes informaron de sufrir menos estrés vital una vez terminado el tratamiento. No obstante, en el seguimiento el estrés vital informado fue mayor que justo después de terminar el tratamiento. Sin embargo, si comparamos las puntuaciones del seguimiento con el pretratamiento, en el seguimiento informaron de estar sometidos a menos estrés vital que al inicio del tratamiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

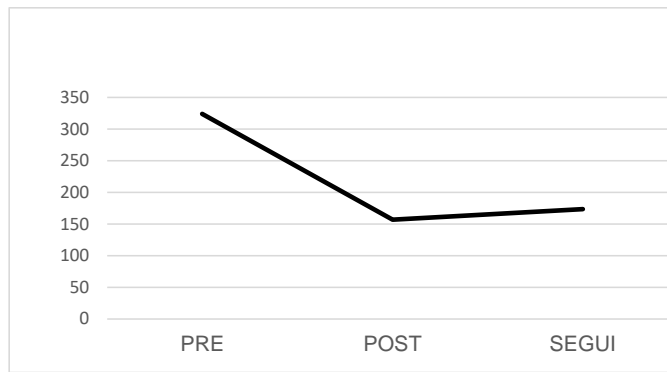


Figura 27. Comparación de medias en la puntuación en Eventos Vitales Estresantes, en los tres momentos de medida. N=33

11.7.20 Escala de Adaptación

Las puntuaciones de adaptación vital, medidas a través de la Escala de Adaptación presentaron diferencias significativas en los tres momentos de medida: pretratamiento, postratamiento y seguimiento. Estas diferencias están representadas de manera gráfica en la Figura 28. Los niveles de inadaptación disminuyeron de manera significativa después del tratamiento, con un tamaño del efecto grande. También hubo una disminución entre el postratamiento y el seguimiento, aunque con un tamaño de efecto medio. Entre el pretratamiento y el seguimiento la disminución en la puntuación fue significativa con un tamaño de efecto grande. Por lo tanto, tras el tratamiento los participantes informaron de niveles inferiores de inadaptación a la vida cotidiana que se mantuvieron en el tiempo.

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

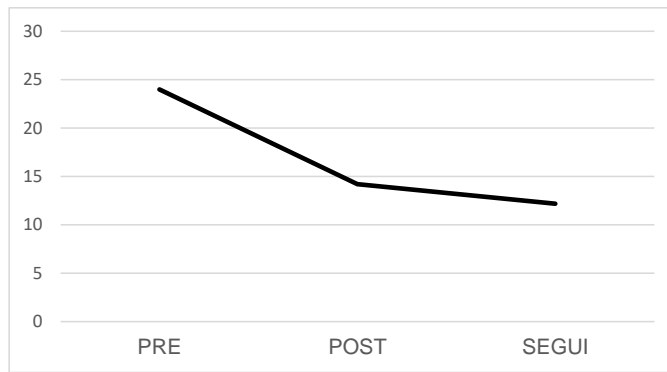


Figura 28. Comparación de medias en la puntuación en la Escala de Inadaptación, en los tres momentos de medida. N= 33

11.8 Análisis de Regresión

Se llevaron a cabo diversos Análisis de Regresión Lineal Múltiple utilizando el método *Hacia adelante* (procedimiento en el que se van introduciendo de una en una las variables predictoras hasta que el modelo no mejore significativamente), para determinar los índices de predicción de las variables de interés, a saber: trastorno de ansiedad generalizada, preocupación rasgo, depresión, adaptación y psicopatología general.

Este análisis permitió discriminar de un conjunto de variables medidas, cuáles eran las que más predecían el comportamiento de los criterios de interés.

Se han llevado a cabo análisis independientes para cada variable dependiente, tomando como variables predictoras procesos cognitivos, a saber: la orientación negativa al problema, creencias sobre la preocupación, evitación cognitiva y el índice de intolerancia a la incertidumbre. Además, también se han utilizado como variables predictoras los cuatro factores de la Escala de Alianza Terapéutica: capacidad del trabajo del paciente, compromiso del paciente, estrategias de trabajo consensuado y comprensión y participación del terapeuta. Se han realizado diferentes análisis en función del momento de medida. En concreto,

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

podemos distinguir tres tipos de análisis en función del momento de medida con el que se correspondan las puntuaciones utilizadas: (a) tanto la puntuación de la variable dependiente como la puntuación de las variables predictoras se corresponden con el postratamiento; (b) las variables predictoras corresponden al postratamiento mientras que la puntuación de la variable dependiente se corresponde con el seguimiento y (c) tanto la puntuación de la variable dependiente como la puntuación de las variables predictoras se corresponden con el seguimiento.

Empezamos comentando los análisis de regresión en los que tanto la variable dependiente como las variables predictoras se corresponden con el postratamiento.

11.8.1 Análisis global de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en el postratamiento

En este análisis se estudió como variable dependiente los *síntomas del trastorno de ansiedad generalizada*, medida a través del CPA en el postratamiento. Las medidas de los procesos cognitivos que hemos utilizado como variables predictoras, y las puntuaciones de los cuatro factores del CALPAS, también se corresponden con el postratamiento.

El análisis dio lugar a un modelo significativo que explicó el 62% de la varianza de los síntomas de ansiedad generalizada. En la Tabla 22 se pueden observar estos resultados, presentaron una relación estadísticamente significativa y positiva las manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre, es decir, las estrategias de evitación y control como forma de afrontamiento y la búsqueda de asesoramiento de terceros para asegurar tranquilidad, y las estrategias de trabajo consensuado entre paciente y terapeuta. También fue un predictor significativo el compromiso del paciente. Así, los predictores de aquellas personas que experimentan mejorías en el trastorno de ansiedad generalizada en el postratamiento son una disminución en las manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre, un mayor

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

compromiso del paciente con el tratamiento y un menor número de estrategias de trabajo consensuado entre terapeuta y paciente.

Tabla 22

Análisis de regresión para el trastorno de ansiedad generalizada (CPA) como variable dependiente en el postratamiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento

	<i>B</i>	<i>Error típico</i>	β	<i>t</i>
CP	-5.65	1.16	-.79	-4.89***
IUB	.31	.10	.39	3.21**
ETC	1.41	.49	.46	2.87**

Nota. CP = compromiso del paciente; IUB = Manifestaciones de Intolerancia a la Incertidumbre; ETC = Estrategias de trabajo consensuado; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

11.8.2 Análisis global de la variable preocupación rasgo en el postratamiento

Se llevó a cabo el estudio de la *preocupación rasgo* como variable dependiente, medida a través del PSWQ, en el postratamiento. Las medidas de procesos cognitivos utilizadas como variables predictoras y las puntuaciones de los cuatro factores del CALPAS, también se corresponden con el postratamiento.

El análisis de regresión reveló un modelo significativo que explicó el 43% de la varianza de preocupación rasgo. Los resultados se exponen en la Tabla 23, donde se observa como variable predictora la parte A del Índice de Intolerancia a la Incertidumbre, a saber, tolerancia o aceptación de la incertidumbre. También resultó ser un predictor significativo la parte B del Índice de Intolerancia a la Incertidumbre, que se corresponde con las estrategias de evitación y control como forma de afrontamiento y la búsqueda de asesoramiento de terceros para asegurar tranquilidad, en lo que a situaciones de incertidumbre se refiere. Por lo tanto, las mejorías presentadas en preocupación rasgo en el postratamiento fueron relacionadas con una mayor tolerancia y aceptación de la

incertidumbre y por una mayor evitación y control como estrategias de afrontamiento, además de la búsqueda de asesoramiento en terceros, en situaciones de incertidumbre.

Tabla 23

Análisis de regresión para la preocupación rasgo (PSWQ) como variable dependiente en el postratamiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento

	B	Error típico	β	t
IUB	-.56	.15	-.94	-3.73**
IUA	.53	.23	.57	2.28*

Nota. IUB = Manifestaciones de Intolerancia a la Incertidumbre; IUA = Tolerancia o aceptación de la Incertidumbre; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

11.8.3 Análisis global de los síntomas de Depresión en el postratamiento

En este análisis se estudió como variable dependiente los *síntomas de depresión*, medidos a través del BDI-II en el postratamiento. Las medidas de procesos cognitivos utilizadas como variables predictoras y las puntuaciones los cuatro factores del CALPAS también se corresponden con el postratamiento.

Se encontró un modelo significativo que explica el 56% de la varianza en los síntomas de depresión. En la Tabla 24 se detallan los resultados. Se encontró como variable predictora la parte A del Índice de Intolerancia a la Incertidumbre, a saber, tolerancia o aceptación de la incertidumbre y la capacidad de trabajo del paciente. De tal manera que, las mejorías encontradas en los síntomas de depresión en el postratamiento fueron predichas por una mayor tolerancia o aceptación de la incertidumbre y una mayor capacidad del trabajo del paciente.

Tabla 24

Análisis de regresión para síntomas de depresión (BDI-II) como variable dependiente en el postratamiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento

	B	Error típico	β	t
IUA	.50	.11	.59	4.41***
CTP	-.32	.12	-.37	-2.73*

Nota. IUA = Tolerancia o aceptación de la Incertidumbre; CTP = capacidad de trabajo del paciente; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

11.8.4 Análisis global del nivel de adaptación en el postratamiento

En este análisis se estudió como variable dependiente el *nivel de adaptación*, medido a través de la Escala de Adaptación, en el postratamiento. Las medidas de procesos cognitivos utilizadas como variables predictoras y las puntuaciones los cuatro factores del CALPAS, también se corresponden con el postratamiento.

El análisis de regresión dio como resultado un modelo estadísticamente significativo que explica el 70% de la varianza del nivel de adaptación. En la Tabla 25 se puede ver que como variable predictora del nivel de adaptación aparecieron las creencias sobre la preocupación y la tolerancia o aceptación de la incertidumbre. Además, se consideraron también predictoras las variables capacidad de trabajo del paciente, compromiso del paciente. En conclusión, el aumento del nivel de adaptación encontrado en el postratamiento se relacionó con una disminución de las creencias sobre la preocupación y una mayor tolerancia de la incertidumbre. Además, fueron predictores de esta mejoría una mayor capacidad de trabajo del paciente y un mayor compromiso del paciente.

Tabla 25

Análisis de regresión para adaptación como variable dependiente en el postratamiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento

	<i>B</i>	<i>Error típico</i>	β	<i>t</i>
PP	.17	.05	.51	3.10**
IUA	.17	.09	.33	1.99
CTP	-.12	.06	-.23	-2.11*
CP	-.46	.14	-.36	-3.19**
CPT	.81	.44	.21	1.85

Nota. PP =Creencias sobre la preocupación; IUA = Tolerancia o aceptación de la incertidumbre; CTP = capacidad de trabajo del paciente; CP= compromiso del paciente; CPT = Comprensión y participación del terapeuta ; * $p \leq .05$;** $p \leq .01$;*** $p \leq .001$

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

11.8.5 Análisis global de la variable psicopatología general en el postratamiento.

También hemos analizado como variable dependiente la *psicopatología general*, mediada a través de la escala SA-45, en el postratamiento. Las medidas de los procesos cognitivos utilizados como variables predictoras, así como las puntuaciones en los cuatro factores del CALPAS también se corresponden con el postratamiento.

El resultado fue un modelo estadísticamente significativo que explicó el 69% de la varianza en psicopatología general. En la Tabla 26 se observa que las variables predictoras de psicopatología general resultaron ser la evitación cognitiva y la parte B del Índice de Intolerancia a la incertidumbre, es decir, la evitación y el control como estrategias de afrontamiento, además de la búsqueda de asesoramiento en terceros, en situaciones de incertidumbre. Así, la disminución de los síntomas de psicopatología general en el postratamiento se relacionaron con una disminución de la evitación cognitiva y también una disminución en la evitación y el control como estrategias de afrontamiento, además de la búsqueda de asesoramiento en terceros, en situaciones de incertidumbre.

Tabla 26

Análisis de regresión para psicopatología general (SA-45) como variable dependiente en el postratamiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento

	<i>B</i>	<i>Error típico</i>	β	<i>t</i>
CEC	.79	.22	.45	3.57***
IUB	.79	.21	.47	3.74***

Nota. CEC =Cuestionario de Evitación Cognitiva; IUB = Manifestaciones de Intolerancia a la Incertidumbre; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

También quisimos realizar análisis de regresión utilizando las puntuaciones del postratamiento de las variables criterio, junto con las puntuaciones en el seguimiento de

las variables dependientes. A continuación, se detallan los resultados obtenidos en estos análisis.

11.8.6 Análisis global de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en el seguimiento.

En este análisis se estudió como variable dependiente *los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada*, medida a través del CPA en el seguimiento. Sin embargo, las medidas de los procesos cognitivos utilizados como variables predictoras y las puntuaciones en los cuatro factores del CALPAS se corresponden con el postratamiento.

De estos análisis resultó un modelo estadísticamente significativo que explicó un 31% de la varianza de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada. En la Tabla 27 se comprueba sólo resultó ser predictor la capacidad del trabajo del paciente. Por lo tanto, las mejorías encontradas en el trastorno de ansiedad generalizada en el seguimiento se asociaron a una mayor capacidad de trabajo del paciente en el postratamiento.

Tabla 27

Análisis de regresión para el trastorno de ansiedad generalizada (CPA) como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento

	<i>B</i>	<i>Error típico</i>	β	<i>t</i>
CTP	-.40	.13	-.50	-3.13**
ETC	.55	.31	.28	1.75

Nota. CTP = capacidad de trabajo del paciente; ETC = Estrategias de trabajo consensuado; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

11.8.7 Análisis global de la variable preocupación rasgo en el seguimiento

Se analizó como variable dependiente la *preocupación rasgo*, medida a través del PSWQ en el seguimiento. En este caso, las medidas de las variables predictoras utilizadas se corresponden con el postratamiento.

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Los resultados revelaron un modelo significativo que explicó un 33% de la varianza de preocupación rasgo. En relación con las variables predictoras, en la Tabla 28 se aprecia una relación significativa con la capacidad del trabajo del paciente. De tal manera que, al igual que el trastorno de ansiedad generalizada, las mejorías experimentadas en preocupación en el seguimiento fueron predichas por una mayor capacidad de trabajo del paciente en el postratamiento.

Tabla 28

Análisis de regresión para la preocupación rasgo (PSWQ) como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento

	B	Error típico	β	t
CTP	-.25	.09	-.45	-2.74**
CP	1.0	.51	.33	1.96

Nota. CTP = capacidad de trabajo del paciente; CP = compromiso del paciente;

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

11.8.8 Análisis global de la variable psicopatología general en el seguimiento

En este análisis se estudió como variable dependiente la *psicopatología general*, medida a través del cuestionario SA-45, en el seguimiento. Las medidas de los procesos cognitivos utilizados como variables predictoras, así como las puntuaciones en los cuatro factores del CALPAS se corresponden con el postratamiento.

El análisis dio lugar a un modelo significativo que explicó el 33% de la varianza de psicopatología general. En la Tabla 29 se puede observar que el compromiso del paciente con el tratamiento apareció como única variable predictora. En este caso, las mejorías encontradas en los síntomas de psicopatología general en el seguimiento se asociaron a un bajo compromiso del paciente con el tratamiento.

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Tabla 29

Análisis de regresión para psicopatología general (SA-45) como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del postratamiento

	<i>B</i>	<i>Error típico</i>	β	<i>t</i>
CP	3.84	1.58	.40	2.43*

Nota. CP = compromiso del paciente; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Por último, comentaremos los resultados obtenidos para los análisis de regresión en los que las puntuaciones utilizadas, tanto de la variable dependiente, como de las variables predictoras se corresponden con el seguimiento.

11.8.9 Análisis global de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en el seguimiento.

En este análisis se estudió como variable dependiente la variable *síntomas del trastorno de ansiedad generalizada*, en el seguimiento. En este caso las medidas de los procesos cognitivos utilizados como variables predictoras, así como las puntuaciones en los cuatro factores del CALPAS también se corresponden con el seguimiento.

El análisis dio lugar a un modelo significativo que explicó el 91% de la varianza de los síntomas de ansiedad generalizada. En la Tabla 30 se pueden ver las relaciones encontradas con las variables predictoras. Aparecieron relaciones significativas con creencias sobre la preocupación, evitación cognitiva, manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre, la tolerancia o aceptación de la incertidumbre y la capacidad de trabajo del paciente. Por lo tanto, las mejorías en el trastorno de ansiedad generalizada en el seguimiento se relacionaron con un aumento de las creencias sobre la preocupación, una disminución de la evitación cognitiva, una mayor tolerancia a la incertidumbre y una mayor evitación y control como estrategias de afrontamiento, además de la búsqueda de

asesoramiento en terceros, en situaciones de incertidumbre. Además, estas mejorías se relacionaron con una mayor capacidad de trabajo del paciente en el seguimiento.

Tabla 30

Análisis de regresión para el trastorno de ansiedad generalizada (CPA) como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del seguimiento

	B	Error típico	β	t
PP	-.27	.12	-.36	-2.27*
CEC	.49	.07	.80	6.59***
IUB	-.39	.10	-.72	-3.79***
IUA	1.24	.20	1.23	6.24***
CTP	-.25	.06	-.30	-4.46***

Nota. PP =Creencias sobre la preocupación; CEC =Cuestionario de Evitación Cognitiva; IUB = Manifestaciones de Intolerancia a la Incertidumbre; IUA = Tolerancia o aceptación de la Incertidumbre; CTP = capacidad de trabajo del paciente; * p < .05 ;** p < .01;***p < .001

11.8.10 Análisis global de la variable preocupación rasgo en el seguimiento.

En este análisis se estudió como variable dependiente la *preocupación rasgo* medida a través del PSWQ, en el seguimiento. Las medidas de los procesos cognitivos utilizados como variables predictoras, así como los cuatro factores del CALPAS también se corresponden con el seguimiento.

Se obtuvo un modelo significativo que explicó el 89% de la varianza de preocupación rasgo. En la Tabla 31 se aprecia que resultaron variables predictoras las creencias sobre la preocupación, la evitación cognitiva, la tolerancia o aceptación de la incertidumbre, la capacidad de trabajo del paciente, el compromiso del paciente y las estrategias de trabajo consensuado. Así, la disminución de la preocupación encontrada en el seguimiento se asoció con un aumento de las creencias sobre la preocupación, una disminución de la evitación cognitiva y una mayor tolerancia a la incertidumbre. Además, las mejorías en preocupación se relacionaron con una mayor capacidad de trabajo del

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

paciente, más estrategias de trabajo consensuado entre paciente y terapeuta y un menor compromiso del paciente en el seguimiento.

Tabla 31

Análisis de regresión para la preocupación rasgo (PSWQ) como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del seguimiento

	<i>B</i>	<i>Error típico</i>	β	<i>t</i>
PP	-.39	.08	-.77	-4.82***
CEC	.20	.04	.48	4.82***
IUA	.78	.09	1.15	8.63***
CTP	-.11	.04	-.20	-2.79**
CP	.96	.31	.31	3.16**
ETC	-.36	.13	-.28	-2.92**

Nota. PSWQ = Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania; PP = Creencias sobre la preocupación; CEC = Cuestionario de Evitación Cognitiva; IUA = Tolerancia o aceptación de la Incertidumbre; CTP = capacidad de trabajo del paciente; CP = compromiso del paciente; ETC = Estrategias de trabajo consensuado; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

11.8.11 Análisis global de la variable depresión en el seguimiento.

En este análisis se estudió como variable dependiente los *síntomas de depresión*, medidos a través del BDI-II, en el seguimiento. Las medidas de los procesos cognitivos utilizados como variables predictoras, así como las puntuaciones en los cuatro factores del CALPAS, también se corresponden con el seguimiento.

El resultado ha sido un modelo significativo que explicó un 83% de la varianza de depresión. En la Tabla 32 se detalla la relación de variables predictoras encontradas. La variable síntomas de depresión mantuvo relaciones significativas con orientación negativa al problema, creencias sobre la preocupación e intolerancia a la incertidumbre. De esta manera que, en el seguimiento las mejorías en depresión se relacionaron con una menor orientación negativa al problema, una disminución de las creencias sobre la preocupación y una mayor tolerancia a la incertidumbre. También se asoció con una mayor evitación y control como estrategias de afrontamiento, además de la búsqueda de asesoramiento en terceros, en situaciones de incertidumbre en el seguimiento.

Tabla 32

Análisis de regresión para síntomas de depresión (BDI-II) como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del seguimiento

	B	Error típico	β	t
ONP	.97	.14	1.04	6.92***
PP	.21	.08	.41	2.53*
IUB	-.38	.08	-1.05	-4.82***
IUA	.27	.15	.39	1.83

Nota. ONP = Orientación Negativa al Problema; PP = Creencias sobre la preocupación; IUB = Manifestaciones de Intolerancia a la Incertidumbre IUA = Tolerancia o aceptación de la Incertidumbre; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

11.8.12 Análisis global de la variable nivel de adaptación en el seguimiento

En este análisis se estudió como variable dependiente el *nivel de adaptación*, medido a través de la Escala de Adaptación en el seguimiento. Las variables utilizadas como variables predictoras también se corresponden con el seguimiento.

Se obtuvo un modelo significativo que explicó un 77% de la varianza del nivel de adaptación en los participantes. En la Tabla 33 se aprecia que resultaron variables predictoras la orientación negativa al problema, evitación cognitiva y creencias sobre la preocupación. Según los resultados, el aumento del nivel de adaptación encontrado en el seguimiento fue predicho por una disminución en la orientación negativa al problema y la evitación cognitiva. También se relacionó con un aumento de las creencias sobre la preocupación medidas en el seguimiento.

Tabla 33

Análisis de regresión para adaptación como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del seguimiento

	B	Error típico	β	t
ONP	.44	.11	.69	4.13***
PP	-.12	.06	-.36	-2.26*
CEC	.14	.04	.48	3.14**

Nota. ONP = Orientación Negativa al Problema; PP = Creencias sobre la preocupación; CEC = Cuestionario de Evitación Cognitiva; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

11.8.13 Análisis global de la variable psicopatología general en el seguimiento.

En este análisis se estudió como variable dependiente los *síntomas de psicopatología general*, medidos a través del cuestionario SA-45 en el seguimiento. Las medidas de los procesos cognitivos utilizados como variables predictoras, así como las puntuaciones en los cuatro factores del CALPAS también se corresponden con el seguimiento.

El análisis dio lugar a un modelo significativo que explicó el 63% de la varianza en psicopatología general. En la Tabla 34 se observa que la psicopatología general sólo fue predicha por las creencias sobre la preocupación. Las mejoras encontradas en los síntomas de psicopatología general en el seguimiento se relacionaron con una disminución de las creencias sobre la preocupación registradas en el seguimiento.

Tabla 34

Análisis de regresión para psicopatología general (SA-45) como variable dependiente en el seguimiento, siendo las variables independientes las de procesos cognitivos y los cuatro factores de la alianza terapéutica (CALPAS) del seguimiento

	<i>B</i>	<i>Error típico</i>	β	<i>t</i>
PP	1.16	.20	.73	5.86***

Nota. PP = Creencias sobre la preocupación; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Una vez expuestos los resultados obtenidos en los análisis globales podemos hacer un resumen de las variables consideradas dependientes.

En cuanto a los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, medidos en el postratamiento, las variables predictoras resultaron ser las manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre y las estrategias de trabajo consensuado. Además, presento una relación significativa y negativa con el compromiso del paciente, todas estas variables correspondían al postratamiento. Cuando se utilizan las puntuaciones en el seguimiento de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada encontramos relaciones

significativas con capacidad de trabajo del paciente, esta última de valencia negativa, medidas en el postratamiento. Asimismo, resultaron relaciones significativas y positivas con evitación cognitiva, tolerancia a la incertidumbre correspondientes al seguimiento. También aparecieron relaciones significativas y negativas con creencias sobre la preocupación, manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre y capacidad de trabajo del paciente.

La preocupación rasgo en el postratamiento, analizada como variable dependiente presentó una relación significativa con tolerancia a la incertidumbre y también con manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre, en este caso de valencia negativa, correspondientes ambas al postratamiento. Las puntuaciones de seguimiento de preocupación rasgo aparecieron relacionadas en sentido negativo con la capacidad de trabajo del paciente en el postratamiento. Por último, fueron variables predictoras la evitación cognitiva, la tolerancia a la incertidumbre y el compromiso del paciente. Además, presentaron una relación significativa y negativa las creencias sobre la preocupación, la capacidad de trabajo del paciente y las estrategias de trabajo consensuado correspondientes al seguimiento. en el seguimiento.

El análisis de los síntomas de depresión como variable dependiente no mostró relaciones significativas cuando se toman medidas de seguimiento para los síntomas de depresión y de postratamiento para las variables predictoras. En el postratamiento los síntomas de depresión presentaron una relación significativa con tolerancia a la incertidumbre y también con capacidad de trabajo del paciente en sentido negativo, cuando ambas variables predictoras se corresponden con el postratamiento. En el seguimiento los síntomas de depresión son predichos por orientación negativa al problema, creencias sobre la preocupación y tolerancia a la incertidumbre medidas en el

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

seguimiento. Asimismo, se encontró relación significativa y negativa con las manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre en el seguimiento.

El nivel de adaptación considerado como variable dependiente no reveló relaciones significativas en el seguimiento cuando las variables predictoras utilizadas se correspondieron también con el seguimiento. En el postratamiento aparecieron relaciones significativas entre el nivel de adaptación y creencias sobre la preocupación y tolerancia a la incertidumbre. Además, presentó relaciones significativas y negativas con capacidad de trabajo del paciente y compromiso del paciente. El nivel de adaptación en el seguimiento se relacionó con orientación negativa al problema, y evitación cognitiva medidas en el postratamiento. También resultó ser significativa la relación con creencias sobre la preocupación, pero con valencia negativa.

Por último, el análisis de los síntomas en psicopatología general en el postratamiento mostró relaciones significativas con evitación cognitiva y manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre. En el seguimiento los síntomas de psicopatología general sólo se relacionaron con compromiso del paciente en el postratamiento y con creencias sobre la preocupación en el seguimiento.

11.9 ANCOVAS

Una vez hemos conocido las variables que predicen las puntuaciones en las variables psicopatológicas y el nivel de adaptación quisimos conocer que parte del efecto es producido por el tratamiento y que parte se produce por variables extrañas. Para ello realizamos ANCOVAS tomando como variable dependiente el *nivel de adaptación*, y las variables psicopatológicas: *síntomas en el trastorno de ansiedad generalizada*, *preocupación rasgo*, *depresión*, y *psicopatología general*. Como covariables se han utilizado capacidad de trabajo del paciente, compromiso del paciente con el tratamiento,

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

estrategias de trabajo consensuado y comprensión y participación del terapeuta además de las puntuaciones en las variables psicopatológicas y nivel de adaptación en el postratamiento.

En la Tabla 35 se observa que, en las medidas de postratamiento, sólo apareció como significativa la puntuación en psicopatología general en el postratamiento cuando se toma como covariable el compromiso del paciente.

Tabla 35

Análisis de covarianza tomando como variables dependiente las variables psicopatológicas en el postratamiento y como covariable el compromiso del paciente

VD	GE M(DT)	GC M(DT)	F (1,27)	Sig.	η^2	P
CPA	43.6 (21.3)	54.7 (12.7)	0.9	.362	.03	.15
PSWQ	61.8(4.5)	54.8(17.2)	3.5	.070	.12	.44
BDI	12.5(11.8)	21.6(11.5)	0.9	.343	.03	.15
ADA	14.9(7.2)	20.5(6.8)	3.2	.087	.11	.40
SA45	30.1(2.6)	67.3(35.8)	8.2	.008	.23	.78

Nota. CPA = Cuestionario de Preocupación y Ansiedad ; PSWQ = Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania; BDI = Inventario de Depresión de Beck-II; ADA = Escala de Adaptación; SA45 = Cuestionario SA-45 (psicopatología general)

En la relación con las covariables capacidad de trabajo del paciente y estrategias de trabajo consensuado en la Tabla 36 se puede ver que cuando son evaluadas las puntuaciones obtenidas en el seguimiento, el nivel de adaptación resultó ser significativo.

Tabla 36

Análisis de covarianza tomando como variables dependiente las variables psicopatológicas en el seguimiento y como covariables capacidad de trabajo del paciente y estrategias de trabajo consensuado

VD	GE M(DT)	GC M(DT)	F (1,27)	Sig.	η^2	P
CPA	23.2(13.8)	27.2(8.7)	0.5	.502	.02	.10
PSWQ	28.7(9.4)	29.1(5.9)	0.9	.371	.03	.14
BDI	8.0(10.6)	2.6(1.1)	3.5	.074	.11	.43
ADA	14.4(6.8)	10.3(2,1)	10.9	.003	.29	.89
SA45	44.7(34.2)	45.0(23.9)	0.0	.940	.00	.05

Nota. CPA = Cuestionario de Preocupación y Ansiedad ; PSWQ = Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania; BDI = Inventario de Depresión de Beck-II; ADA = Escala de Adaptación; SA-45 = Cuestionario SA-45 (psicopatología general)

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Por último, en la Tabla 37 se puede ver los resultados del análisis de las puntuaciones en las variables psicopatológicas y el nivel de adaptación en el seguimiento, utilizando como covariable la puntuación de dichas variables en el postratamiento. Se observa que fueron las puntuaciones en depresión y nivel de adaptación las que presentaron relación con sus puntuaciones en el seguimiento.

Tabla 37
Análisis de covarianza tomando como variables dependiente las variables psicopatológicas en el seguimiento y como covariable postratamiento

VD	GE M(DT)	GC M(DT)	F (1,27)	Sig.	η^2	P
CPA	23.2(13.8)	27.2(8.7)	0.7	.413	.03	.13
PSWQ	28.7(9.4)	29.1(5.9)	0.4	.537	.06	.09
BDI	8.0(10.6)	2.6(1.1)	5.1	.033	.16	.58
ADA	14.4(6.8)	10.3(2.1)	5.2	.031	.17	.59
SA45	44.7(34.2)	45.0(23.9)	0.0	.967	.00	.05

Nota. CPA = Cuestionario de Preocupación y Ansiedad ; PSWQ = Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania; BDI = Inventario de Depresión de Beck-II; ADA = Escala de Adaptación; SA45 = Cuestionario SA-45 (psicopatología general)

11.10 Análisis de la satisfacción con el tratamiento y nivel de adaptación

Tras analizar las variables psicopatológicas y los procesos cognitivos quisimos hacer un análisis global de la satisfacción con el tratamiento informada por los participantes, al igual que los cambios producidos en el nivel de adaptación vital a lo largo de todo el tratamiento.

La evaluación cuantitativa del nivel de aceptación del programa se llevó a cabo a través del Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (Larsen et al., 1979; tomado de Echeburúa y Corral, 1998). En la Tabla 38 se observa que en general más de la mitad de los participantes están convencidos de que el programa ha cubierto sus necesidades y es lo que necesitaban. También más de la mitad se han sentido muy satisfechos con la ayuda recibida. Es más, casi la totalidad de la muestra de participantes recomendarían el programa a un/a

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

amigo/a y volverían al mismo si necesitaran ayuda de nuevo. Como era de esperar en vista de las respuestas registradas, la gran mayoría, además, califica de excelente el servicio recibido, y consideran de utilidad lo que han aprendido para hacer frente a sus problemas. Por lo tanto, las valoraciones hacia el programa fueron positivas, los participantes consideraron que es útil y que cubrió las necesidades que tenían en ese momento.

Tabla 38
Porcentaje total en respuestas al Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento

1.- ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?			
EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA
81.0%	14.2%	4.8%	--
2.- ¿Encontró la ayuda que buscaba?			
NO	SI, PARCIALMENTE	SI, EN GENERAL	SI, TOTALMENTE
--	4.8%	42.8%	52.4%
3.- ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho mis necesidades?			
TOTALMENTE	EN GENERAL	PARCIALMENTE	NINGUNA
61.9%	33.3%	4.8%	
4.- Si un amigo/a necesitara una ayuda similar ¿le recomendaría nuestro programa?			
NO	PROBABLEMENTE	PROBABLEMENTE	SÍ
--	NO	SI	
	--	4.8%	95.2%
5.- ¿En qué medida está satisfecho/a con la ayuda recibida?			
MUCHÍSIMO	MUCHO	BASTANTE	POCO
66.7%	28.5%	4.8%	--
6.- ¿Le ha ayudado el programa que ha recibido a hacer frente de manera más eficaz a sus problemas?			
MUCHO	BASTANTE	POCO	NADA
71.4%	23.8%	4.8%	--
7.- En conjunto, ¿en qué medida está satisfecho con el programa recibido?			
MUCHO	BASTANTE	POCO	NADA
71.4%	23.8%	4.8%	--
8.- Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?			
NO	PROBABLEMENTE	PROBABLEMENTE	SÍ
--	NO	SI	
	4.8%	14.2%	81.0%

Recordemos que el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento está compuesto por ocho ítems con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos. El rango de puntuaciones oscila entre 8 y 32 puntos (a mayor puntuación, mayor satisfacción). Una puntuación media superior a 30 en el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (Larsen et al., 1979) indica un nivel de satisfacción alto. En la Tabla

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

39 podemos observar que la puntuación total se aproximó a 30. El grado de acuerdo entre los pacientes fue elevado dado que hubo una variabilidad muy pequeña en las puntuaciones. Esta puntuación global es, asimismo, consistente con cada uno de los ítems que incluye la escala. Todas las puntuaciones se encontraron por encima de 3.5 puntos en una escala de 1-4. Si bien en la muestra total la puntuación global se aproxima a 30, las puntuaciones globales del grupo experimental y grupo control resultaron ser más bajas.

Tabla 39
Puntuaciones de la muestra total al Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento

	M	DT
1. ¿Cómo calificarías la calidad del servicio que has recibido?	3.7	0,54
2. ¿Has encontrado la clase de servicio que buscabas?	3.5	0,60
3. ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho tus necesidades?	3.6	0,59
4. Si una amiga necesitara una ayuda similar, ¿le recomendarías nuestro programa?	3.9	0,43
5. ¿En qué medida estás satisfecha con el tipo de ayuda recibida?	3.6	0,58
6. ¿Crees que los servicios que has recibido te van a ayudar a hacer frente más eficazmente a tus problemas	3.6	0,53
7. En conjunto, ¿en qué medida estás satisfecha con el servicio que has recibido?	3.6	0,92
8. Si tuvieras que buscar ayuda otra vez, ¿volverías a nuestro programa?	3.6	0,91
Puntuación Global de la muestra total	29.3	4,6
Puntuación global en el grupo control (GC) (gl= 1,17)	22.1	1.8
Puntuación global en el grupo experimental (GE) (gl= 1,14)	23.5	3.9

Para medir el grado de deterioro que sufren en su vida las personas como consecuencia de padecer el trastorno de ansiedad generalizada, hemos utilizado la Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1987; Echeburúa et al., 2000). Consta de seis áreas que son : trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relaciones de pareja, vida familiar y una escala de deterioro global. Cada área se puntúa con una escala tipo Likert que va del 1 al 6, donde a mayor puntuación, mayor inadaptación. En la Tabla 40 se pueden ver los porcentajes de respuesta para cada escala en el pretratamiento y el postratamiento, así como la media y la desviación típica. En el pretratamiento todas las áreas recibieron una puntuación media superior a 3.6, en una escala de 1-6, no sobrepasando el 4.6 de media.

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Por lo tanto, informaron de una inadaptación que oscila entre "poca" y "bastante". La puntuación más alta de 4.6 fue para la escala de deterioro global. Las puntuaciones más bajas fueron para relaciones de pareja y vida familiar con 3.6 de media. También resultaron bastante deterioradas el área de trabajo y/o estudios y el tiempo libre. Aunque la puntuación en cada área fue un poco más baja, las personas informaron que en general, su vida se encontraba bastante deteriorada a causa de este trastorno. También se observa como se produjo una disminución general en las puntuaciones después del tratamiento en todas las áreas.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Tabla 40*Porcentaje de respuestas de la muestra total a la Escala de Adaptación***Trabajo y/o estudios.** A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o los estudios se ha visto afectado

NADA	CASI NANA	POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO	M	DT
13.0	2.0	30.3	24.2	24,2	18.2	4.2	1.2
22.2	3.7	29.6	29.6	3.7	11.1	3.2	1.6

Vida social. A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (mis relaciones de amistad con otras personas), se ha visto afectada

NADA	CASI NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO	M	DT
	12.1	33.3	30.3	12.1	12.1	3.8	1.2
22.2	18.5	25.9	25.9	3.7	7.4	2.9	1.5

Tiempo libre. A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectada

NADA	CASI NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO	M	DT
	12.1	18.2	30.3	21.2	18.2	4.1	1.2
29.6%	11.1	33.3	14.8	7.4	7.4	2.8	1.6

Relaciones de pareja. A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja(o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada

NADA	CASI NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO	M	DT
12.1	15.2	21.2	18.8	15.2	18.2	3.6	1.6
33.3	14.8	25.9	14.8	7.4	7.4	2.7	1.6

Vida familiar. A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada

NADA	CASI NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO	M	DT
12.1	6.1	30.3	18.2	24.2	9.1	3.6	1.5
25.9	14.9	29.6	14.8	14.8	3.7	2.9	1.5

Escala Global. A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada

NADA	CASI NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO	M	DT
	3.0	15.2	30.3	24.2	27.3	4.6	1.1
14.8	11.1	18.5	37.0	7.4	11.1	3.4	1.6

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 29/06/2017 18:43:38

GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

29/06/2017 18:46:24

MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

29/06/2017 19:01:43

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

07/07/2017 18:09:19

La comprobación del efecto principal del tratamiento en el nivel de inadaptación informado fue realizado mediante MANOVAS. Se consideraron como variables dependientes las puntuaciones obtenidas en las diferentes áreas de la Escala de Adaptación, y como variables independientes los tres momentos de medida: el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. En la Tabla 41 vemos que aparecieron diferencias significativas en todas las áreas de la escala. Los resultados de los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni, nos indican que en todas las áreas el nivel de adaptación informado aumentó después del tratamiento. Además, en general apareció un nivel de adaptación mayor en el seguimiento comparado con el postratamiento excepto para la escala de trabajo y/o estudios. En este caso los tamaños de efecto fueron medios en la mayoría de las áreas, salvo en la referente a vida familiar que presentó un tamaño de efecto grande. Como es de esperar, en la escala global las puntuaciones del pretratamiento fueron mayores que las encontradas en el seguimiento. Los tamaños efecto son grandes, de hecho, mucho mayores que los encontrados entre el pretratamiento y el postratamiento, o entre el postratamiento y el seguimiento. A modo de resumen podemos decir que en general, las diferencias encontradas en el nivel de adaptación se presentaron en el seguimiento. En el caso de la escala referida al trabajo y/o estudios estas diferencias se dan en el postratamiento y luego desaparecen.

Tabla 41
Escala de Adaptación

	Pre(1)		Pos(2)		Seg(3)		<i>F</i> (1,32)	<i>p</i>	Bonferroni	Pre-Pos	Pos-Seg	Pre-Seg
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>				<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>
EA1	4.2	1.2	3.0	1.6	2.2	.84	58.8	.001	1 >2,3	.85	.62	1.9
EA2	3.8	1.2	2.8	1.4	1.8	1.1	48.4	.001	1,2 > 3	.76	.79	1.7
EA3	4.1	1.2	2.8	1.5	2.1	1.0	46.2	.001	1,2 > 3	.96	.55	1.8
EA4	3.6	1.6	2.7	1.5	1.9	.90	23.2	.001	1,2 > 3	.58	.64	1.3
EA5	3.6	1.4	2.9	1.5	1.9	.90	28.5	.001	1,2 > 3	.48	.81	1.4
EA6	4.6	1.1	3.3	1.5	2.1	.97	79.83	.001	1,2 > 3	.99	.95	2.4

Nota. EA1= Trabajo y/o estudios; EA2 = Vida social; EA3= Tiempo libre, EA4= Relaciones de pareja; EA5= Vida familiar, EA6 = Escala global; *d* = Tamaño del efecto *d* de Cohen (pequeños: 0.20-0.30, medios 0.50 y grandes 0.80).

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

En la Figura 29 se puede observar de manera más clara la disminución que se produjo en cada una de las áreas de la Escala de Adaptación, desde el primer momento de medida antes del tratamiento hasta el seguimiento.

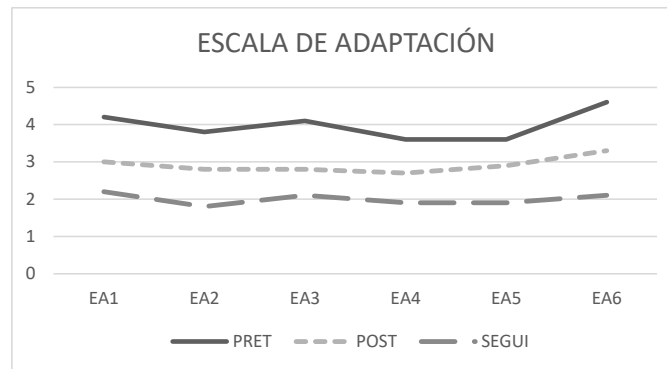


Figura 29. Comparación de medias entre el pre, el post tratamiento y el seguimiento en la Escala de Adaptación. N = 33

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

12 Discusión

En este trabajo se parte de un modelo teórico, empírico y con implicaciones terapéuticas del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), denominado Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MII) (Dugas y Robichaud, 2007). Este modelo propone que el trastorno de ansiedad generalizada se origina y mantiene debido a la relación jerárquica que establecen las siguientes variables de procesos cognitivos: intolerancia a la incertidumbre, tendencia a subestimar la utilidad de la preocupación, orientación negativa al problema y evitación cognitiva (Dugas y Robichaud, 2007), donde la intolerancia a la incertidumbre es el factor de vulnerabilidad cognitiva relacionada con la etiología y mantenimiento de TAG, referida esta última a un patrón cognitivo de creencias y actitudes que: (1) cuando están presentes aumentan el riesgo de que se desarrolle un trastorno emocional (Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, et al., 1997); (2) tiene el status de un factor de riesgo causal puesto que contribuye a la etiología del trastorno emocional directa o indirectamente a través de procesos secundarios (Riskind y Alloy, 2006); y (3) es un constructo disposicional pero cambiante en el sentido de que puede modificarse con intervención, por ejemplo con psicoterapia (Ingram, Miranda, y Segal, 2006). De manera más específica, “las vulnerabilidades cognitivas son características parecidas a los rasgos estables de personalidad que interactúan con el estrés significativo de vida confiriéndole responsabilidad en los trastornos emocionales” (Reardon y Williams, 2007, p. 626).

El trastorno de ansiedad generalizada, en su desarrollo histórico, ha generado muchas y diversas controversias además de problemas nosológicos que persisten en la actualidad (Heiden, van der Methorst, Muris, van der Molen y Rijnmond, 2011). Por todo

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

ello ha presentado problemas en la evaluación y en su fiabilidad diagnóstica que, de alguna manera, ha conllevado a una significativa escasez de investigación en comparación con otros trastornos de ansiedad (Dugas, 2000; 2010). Este escaso reconocimiento lleva a que, a pesar de los tratamientos cognitivo conductuales eficaces existentes, sólo el 9.10% de los pacientes recibe tratamiento en atención primaria, y el 41% de los pacientes no reciben ningún tratamiento actual (Latorre *et al.*, 2012). Todo ello hace necesario un diagnóstico fiable y exacto de estos pacientes en atención primaria para iniciar un tratamiento eficaz y eficiente, pero tanto en atención primaria como secundaria, el TAG sigue siendo un trastorno muy poco reconocido en la práctica clínica (Beesdo *et al.*, 2009).

Dada la alta prevalencia del TAG, la relativa percepción de normalidad de sus síntomas y los problemas diagnósticos, se puede considerar un trastorno poco diagnosticado y tratado en los servicios de salud de atención primaria y secundaria, aunque podría conceptualizarse como el trastorno de ansiedad “más básico”, pues la investigación de la naturaleza y comprensión del TAG podría tener implicaciones para la comprensión de todos los trastornos de ansiedad y para aspectos favorables de la ansiedad como emoción (Rapee, 1991, p. 1) o como señalan otros autores, que el TAG es considerado como el trastorno emocional más básico “porque se compone de las características de la preocupación crónica y el afecto negativo, que están presentes en diversos grados en todos los trastornos emocionales” (Brown, Chorpita, y Barlow, 1998, p. 188). Desde una perspectiva complementaria se ha planteado como una dimensión transdiagnóstica, más que como una entidad diagnóstica concreta (Marcus, Sawaqdeh y Kwon, 2014). La intolerancia a la incertidumbre, propia del trastorno de ansiedad generalizada, parece ser un factor de vulnerabilidad cognitiva transdiagnóstica (Carleton,

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

2016a) que va asociado a otra serie de factores tales como la sensibilidad a la ansiedad y la rumia. A la intolerancia a la incertidumbre se la ha considerado un mediador en la relación entre neuroticismo y síntomas de preocupación, depresión, ansiedad social y trastorno obsesivo-compulsivo (van der Heiden et al., 2010).

El objetivo general de este trabajo fue conocer y evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual y metacognitivo en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. El análisis de datos mostró unos resultados que nos permiten confirmar la *hipótesis 1*, es decir, antes del tratamiento no hubo diferencias estadísticamente significativas en variables sociodemográficas y en el uso de medicamentos entre el grupo control de lista de espera (GCLE) y el grupo experimental (GE). Se comprobó por tanto la existencia homogeneidad de varianzas entre ambos grupos en cuanto a variables psicopatológicas, de procesos cognitivos y nivel de adaptación. Tampoco se observaron diferencias entre ambos grupos en variables sociodemográficas y la ingesta de psicofármacos.

En relación con el primer objetivo específico, conocer y evaluar la eficacia del tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo, los resultados obtenidos confirman las hipótesis. Respecto a la *hipótesis 2*, que se refiere a las mejoras registradas en el GE después del tratamiento, se mostró una mejora estadísticamente significativa en los síntomas cognitivos y somáticos del trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos psicopatológicos a excepción de los síntomas de ansiedad fóbica, evaluada en el SA-45. El GCLE transcurrido el tiempo en lista de espera de 3.5 meses presentó una disminución en los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, depresión, preocupación rasgo y una pequeña mejora en el nivel de adaptación. A pesar de estos resultados, contrarios a

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

nuestra hipótesis de partida, donde se observan cambios en las variables mencionadas sin haberse sometido a tratamiento, estos cambios tuvieron un tamaño del efecto menor a los obtenidos por el grupo experimental. Una posible explicación para estos cambios en la sintomatología, y a pesar de que no se encontró diferencias entre el GE y GCLE en el pretratamiento en la ingesta de antidepresivos, puede ser el uso de Venlafaxina durante ese tiempo, dado que este componente es un inhibidor de la recaptación de la serotonina y noradrenalina que es empleado para pacientes con depresión y pacientes con TAG. Debido a que no hubo un seguimiento del tipo de antidepresivos que tomaban los participantes durante el programa no se puede constatar que esta sea la causa. La *hipótesis 3* fue confirmada, pues, el GCLE tras recibir el tratamiento presentó mejoras estadísticamente significativas en los síntomas cognitivos y somáticos del trastorno de ansiedad generalizada y otras variables psicopatológicas evaluadas, con tamaños de efecto grandes, con valores de η^2 altos que oscilaron entre .27 y .82.

Nuestros resultados van en la línea de los últimos meta-análisis publicados en relación con la eficacia de la terapia cognitiva en el abordaje de la preocupación en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (Hanrahan et al., 2013). Una vez más se ha demostrado que la terapia cognitiva es un tratamiento eficaz para la preocupación excesiva del trastorno de ansiedad generalizada. Por consiguiente, el factor de vulnerabilidad cognitiva de intolerancia a la incertidumbre, tal y como apunta la *hipótesis 4*, se redujo considerablemente tras el tratamiento tanto en el GE como en el GCLE.

En los últimos tiempos la intolerancia a la incertidumbre ha recibido considerable atención como un factor robusto y de vulnerabilidad común o transdiagnóstica implicada en múltiples trastornos psicológicos (Renjan et al., 2016; Shihata et al., 2016). Esto le

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

otorga al Tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo la posibilidad de ser utilizado en el tratamiento de la mayoría de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Carleton et al, 2012; Carleton et al., 2010; Carleton et al., 2013; Sternheim, et al., 2011).

Además de lo expuesto anteriormente, la capacidad transdiagnóstica del tratamiento cognitivo-conductual y metacognitivo a la que hace referencia la *hipótesis 5* fue confirmada por los resultados. En el caso del GCLE tras el tratamiento se produjo una disminución en los síntomas de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Por su parte, en el GE se produjo una mejora en la mayoría de los síntomas referidos a los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Por lo tanto, podemos decir que después del tratamiento se ha reducido un 90% la sintomatología relacionada con los trastornos emocionales.

La *hipótesis 6*, que sostiene que las ganancias terapéuticas GE y el GCLE se mantendrán en la fase de seguimiento realizado a los seis meses fue confirmada. El análisis de resultados reveló que el Tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo produjo ganancias terapéuticas en la muestra total a los seis meses de seguimiento en la gran mayoría de variables estudiadas, excepto en ansiedad fóbica y obsesión-compulsión. Este mantenimiento de las ganancias a los seis meses en los síntomas de ansiedad y preocupación coincide con los resultados encontrados en meta-análisis anteriores donde incluso estas ganancias se mantiene un año después (Covin et al., 2008). Esto supone que los pacientes una vez terminado el tratamiento han continuado aplicando las habilidades y técnicas entrenadas en terapia. El hecho de que los síntomas en ansiedad fóbica y obsesión-compulsión no se beneficien de las ganancias terapéuticas del tratamiento puede

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

ser explicado por las teorías sobre la etiología del trastorno de ansiedad generalizada que mantienen algunos autores. En este sentido los trastornos de ansiedad y depresivos constituirían un “síndrome neurótico general” donde la ansiedad generalizada parece tener una relación más estrecha con la depresión que con los restantes trastornos de ansiedad. Esto explica que aparezca un beneficio mayor del tratamiento en síntomas de trastornos del estado de ánimo que en síntomas de otros trastornos de ansiedad (Barlow, Allen y Choate, 2004). Aunque ambos trastornos comparten la intolerancia a la incertidumbre, también son frecuentes en ellos las conductas de evitación que no fueron objeto de tratamiento, aunque si la evitación cognitiva.

El segundo objetivo específico fue conocer y evaluar las variables predictoras que intervienen en el mantenimiento de las ganancias terapéuticas en el postratamiento y el seguimiento a los seis meses. El análisis de las relaciones existentes entre las puntuaciones en trastorno de ansiedad generalizada, preocupación rasgo, depresión, adaptación y psicopatología general con los cuatro factores de la Escala de Alianza Terapéutica (Marmar et al., 1989), confirmaron la *hipótesis 7*. Se ha comprobado como las puntuaciones en la Escala de Alianza Terapéutica están relacionadas con las mejoras encontradas en los síntomas de las variables psicopatológicas y el nivel de adaptación tanto en el postratamiento como en el seguimiento. En virtud de los resultados podemos decir que la alianza terapéutica evaluada por el CALPAS ha sido un determinante importante de los cambios que se establecen tras el tratamiento en la mayoría de variables. Ahora bien, esta influencia no la ejerce toda la escala, sólo algunos factores presentaron relación con la disminución de las puntuaciones en las variables estudiadas. En el caso de la comprensión y participación del terapeuta no presentó relación con ninguna variable. El único factor

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

que está presente en las mejoras de todas las variables psicopatológicas, a excepción de la psicopatología general y el nivel de adaptación fue la capacidad de trabajo del paciente. Es importante señalar que en función de los resultados parece ser que en este estudio haya sido más importante la capacidad de comprensión y participación del propio paciente que la actitud y calidad profesional del terapeuta. Por lo tanto, el que el programa se haya administrado por terapeutas diferentes no parece ser una variable que influya de manera negativa en las ganancias terapéuticas obtenidas. Otros factores como el compromiso del paciente y estrategias de trabajo consensuado no establecieron un patrón de relación claro al mantener relaciones tanto positivas como negativas con las variables psicopatológicas. Por ejemplo, las estrategias de trabajo consensuado aparecieron como importantes para la disminución en los síntomas de preocupación rasgo. El hecho de conocer los objetivos de la terapia y como se va a llevar a cabo, al igual que comprender como el paciente puede ser ayudado por el tratamiento, supone adquirir seguridad y certeza respecto a un acontecimiento futuro. En este sentido, el trabajo conjunto y la disminución de la incertidumbre hacia el tratamiento puede ser una explicación de la disminución en preocupación.

Dentro de este segundo objetivo también quisimos analizar la relación entre los procesos cognitivos y las variables psicopatológicas. Los resultados obtenidos confirman la *hipótesis 8*, la disminución en los procesos cognitivos promovió mejoras estadísticamente significativas en las variables de trastornos emocionales en el postratamiento y en el seguimiento a los seis meses.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

En general, las relaciones positivas que se dieron entre evitación cognitiva y tolerancia a la incertidumbre con los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y la preocupación rasgo, coinciden con hallazgos anteriores que confirman la implicación de las cuatro variables de proceso en la ansiedad generalizada (González et al., 2004). La tolerancia o aceptación a la incertidumbre fue el proceso cognitivo que presentó relaciones positivas con la mayoría de variables psicopatológicas (excepto psicopatología general). Esto va en consonancia con las investigaciones del grupo de Dugas et al., (2005) que apuntan a que de los cuatro procesos cognitivos es la intolerancia a la incertidumbre el que está más implicado en el trastorno de ansiedad generalizada. La relación que se establece entre la preocupación en el postratamiento y la tolerancia o aceptación a la incertidumbre confirmó resultados anteriores obtenidos con la TCC. Las reducciones en intolerancia a la incertidumbre provocaron reducciones en la preocupación en personas diagnosticadas de trastorno de ansiedad generalizada (Bomyea et al., 2015). También se confirmó la implicación de la evitación cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. Los miedos que sufren las personas con ansiedad generalizada son menos tangibles, orientados hacia el futuro, y poseen una débil probabilidad de concretarse, esto hace que la evitación que aparece sea principalmente de tipo cognitivo (Holmes et al., 2014). La disminución de la evitación cognitiva predijo mejoras en los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y la preocupación rasgo. El proceso de orientación negativa al problema no se relacionó con los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y la preocupación. Sin embargo, la relación positiva que resultó entre este proceso cognitivo y la disminución en depresión en el seguimiento es acorde a resultados anteriores que señalan a la orientación negativa al problema como predictor de la depresión en población adulta (González et al., 2004).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Asimismo, hubo una relación positiva entre la orientación negativa al problema y el nivel de adaptación que puede ser explicada por la propia definición de este proceso cognitivo. Así, es lógico pensar que: un aumento de confianza en la capacidad para resolver problemas; dejar de percibir los problemas como amenazas; una disminución en la frustración al enfrentarse a un problema y no ser pesimistas acerca del resultado de sus esfuerzos para resolver problemas, puede tener una relación directa con el aumento del nivel de adaptación en la vida cotidiana (Koerner y Dugas, 2006).

El tercer objetivo específico fue conocer y evaluar el efecto de las covariables relacionadas con la alianza terapéutica en la mejora de los trastornos emocionales y el nivel de adaptación global del paciente. En las medidas de postratamiento apareció como significativa la puntuación en psicopatología general cuando se toma como covariable el compromiso del paciente con la terapia. Por lo tanto, la disminución en psicopatología en el postratamiento no se produce por la influencia del compromiso del paciente con el tratamiento, sino por otros factores activos de tratamiento. En el seguimiento resultó ser significativo el nivel de adaptación del paciente cuando se toma como covariable la capacidad de trabajo del paciente y las estrategias de trabajo consensuado. El aumento del nivel de adaptación que presentaron los pacientes en el seguimiento no está relacionado con su capacidad de trabajo y las estrategias de trabajo consensuado utilizadas, sino por otros factores activos del tratamiento. Cuando las variables utilizadas como covariables son las puntuaciones en las variables psicopatológicas y el nivel de adaptación en el postratamiento, resultaron significativas las puntuaciones en depresión y nivel de adaptación en el seguimiento. En los síntomas de depresión y el nivel de adaptación en el

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

seguimiento a los seis meses hubo una ganancia terapéutica significativa respecto al postratamiento.

Los análisis correspondientes al deterioro en el nivel de adaptación vital que padecen los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada confirmaron la *hipótesis 9*, después del tratamiento los participantes presentaron diferencias significativas en las áreas personal, social, familiar, laboral y global de la Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1987; Echeburúa et al., 2000). Se produjo una mejora en el nivel de adaptación en todas las áreas y esta mejora se mantuvo en el seguimiento a los seis meses. Uno de los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada es precisamente un deterioro importante en las áreas del funcionamiento como consecuencia de los síntomas de ansiedad y preocupación (DSM-5, 2013). En esta línea, el aumento del nivel de adaptación puede ser atribuido a la disminución en los síntomas de ansiedad y preocupación que hemos encontrados después del tratamiento y en el seguimiento a los seis meses. La disminución de la preocupación disfuncional que implica aislamiento social, falta de aprendizaje y extrapolación a otras situaciones de la vida y un patrón de incapacidad general (Bruhn, 1990) puede ser una clara causa de la mejora del nivel de adaptación en todas las áreas. Esta mejora en el nivel de adaptación del paciente también es explicada por los cambios producidos en los procesos cognitivos que están implicados en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada. Esta relación aparece confirmada en los análisis de regresión. Así, en el postratamiento fue la disminución de las creencias sobre la preocupación y el aumento en la tolerancia o aceptación de la incertidumbre los procesos que en mayor medida influyeron en el aumento del nivel de adaptación del paciente. En el seguimiento fue la disminución de la

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

orientación negativa al problema además de una disminución de la evitación cognitiva los que se relacionaron con la mejora en el nivel de adaptación

Otro factor predictivo que hemos tenido en cuenta ha sido la satisfacción de los participantes con el tratamiento. Los resultados obtenidos tras analizar las respuestas de los participantes al Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (Larsen et al., 1979) confirmaron la *hipótesis 10*, una vez finalizado el tratamiento los participantes se sintieron satisfechos con el programa de intervención recibido. En general, la mayoría calificó de excelente el servicio recibido, lo consideraron útil y capaz de cubrir sus necesidades. Además, casi la totalidad de los participantes recomendarían el programa a un amigo y no dudarían en volver al mismo si necesitaran ayuda de nuevo. La explicación más plausible reside en las ganancias terapéuticas que han experimentado los pacientes tanto en el postratamiento como en el seguimiento a los seis meses. Esta alta satisfacción con el programa se explica debido a la mejora en los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos comórbidos además del aumento del nivel de adaptación vital que han experimentado los pacientes.

En cuanto a la metodología es de interés destacar, que algunos de los instrumentos utilizados en este trabajo habían sido validados con anterioridad en la población canaria por González (2011). Es el caso del Cuestionario de Preocupación y Ansiedad, el Inventario de Intolerancia a la incertidumbre, el Cuestionario de Evitación Cognitiva, el Cuestionario de Orientación Negativa al Problema y la adaptación española al cuestionario ¿Por qué preocuparse? También es importante haber contado en nuestro trabajo con un grupo control en lista de espera. Esto confiere a la investigación mayor

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

potencia ya que permite comparar las medidas de postratamiento de los dos grupos, y no contar exclusivamente con los resultados anteriores y posteriores al tratamiento de un sólo grupo.

Los resultados expuestos deben ser interpretados en función de las limitaciones de este trabajo. Entre las principales limitaciones se encuentra el pequeño tamaño de la muestra que restringe en gran medida la generalización de los resultados obtenidos. Al respecto señalar que en cuanto a la obtención de la muestra nos encontramos con una importante dificultad que influyó en su tamaño. Las expectativas en cuanto al número de pacientes que podían ser remitidos a nuestro programa de intervención eran altas, pues contábamos con la colaboración de seis unidades de salud mental de la isla. Sin embargo, en el momento de la intervención varias de las unidades que habían aceptado el acuerdo no colaboraron. Esto provocó que el número de pacientes remitidos fuera bastante menor al esperado. Otra dificultad que influyó en el tamaño de la muestra fue el número de abandonos. Durante la intervención un 21.1% de los pacientes abandonó. Estos abandonos estuvieron relacionados con problemas de disponibilidad y distancia. En algunos casos los pacientes venían desde el norte de la isla y tenían problemas con los traslados lo que provocó su abandono. La imposibilidad de compatibilizar el horario laboral con el programa de intervención fue otra de las causas frecuente de abandono. En futuras investigaciones sería importante controlar, en la medida de lo posible, las variables extrañas que puedan estar relacionadas con la adherencia al tratamiento. Otra limitación importante ha sido el número de abandonos en el seguimiento, pues solo un 36.37% finalizó el programa de intervención, mientras que un 63.63% no lo finalizó. Este nivel de abandono en el seguimiento evidencia importantes carencias del programa de intervención. En este sentido habría sido

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

necesario haber establecido un seguimiento más exhaustivo de los pacientes después del tratamiento o implementar un programa de ganancias terapéuticas. Una manera de mantener este compromiso con el tratamiento hubiera podido ser a través de llamadas telefónicas periódicas y así mantener un vínculo. Además, los terapeutas deberían haber dedicado más tiempo a explicar la importancia que conlleva la colaboración de los pacientes en el seguimiento, de cara a la investigación.

También se han producido limitaciones en cuanto al procedimiento. En el caso de las escalas ADIS-IV y CIDI los terapeutas tuvieron problemas para recoger esta información de sus pacientes y finalmente no se digitalizó. Tampoco se hizo un registro exhaustivo del tratamiento farmacológico que seguían los pacientes, o por al menos, el componente químico del mismo. Esto provocó que no se pueda constatar con seguridad algunas mejoras en los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en ausencia de tratamiento. Una posible explicación a los errores en el procedimiento puede ser el tiempo de formación de los terapeutas que en ese momento eran alumnos de máster de Psicología Clínica y de la Salud. Dadas las características y cronicidad del trastorno de ansiedad generalizada es posible que hubiera sido conveniente que contaran con más horas de formación además de una formación más específica en relación con el trastorno de ansiedad generalizada y las herramientas a utilizar en el programa. Estudios futuros en los que se aborden estas limitaciones permitirán un análisis más exhaustivo de la eficacia del Tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

13 Conclusiones

A partir de los datos obtenidos en el presente trabajo se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El Tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo produjo una mejora estadísticamente significativa en los síntomas cognitivos, somáticos y conductuales del trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos psicopatológicos entre el pre y el postratamiento tanto en el GE como en el GCLE.
2. El GCLE presentó una disminución de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, los síntomas de depresión, preocupación rasgo y una pequeña mejora en el nivel de adaptación vital en ausencia de tratamiento. Estos cambios tuvieron un tamaño del efecto menor a los obtenidos por el GE.
3. El factor de vulnerabilidad cognitiva de intolerancia a la incertidumbre se redujo considerablemente tras el tratamiento.
4. El Tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo a través de un proceso transdiagnóstico produjo una disminución en los trastornos de ansiedad y de estado de ánimo.
5. Las ganancias terapéuticas producidas por el programa de intervención se mantuvieron a los seis meses en la mayoría de variables estudiadas a excepción de ansiedad fóbica y obsesión compulsión.
6. Las puntuaciones en la Escala de Alianza Terapéutica se relacionaron con las mejoras encontradas en los síntomas de las variables psicopatológicas y el nivel de adaptación tanto en el postratamiento como en el seguimiento.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

7. La disminución en los procesos cognitivos promovió mejoras estadísticamente significativas en las variables de trastornos emocionales en el postratamiento y en el seguimiento a los seis meses.
8. Una vez finalizado el tratamiento los participantes se sintieron satisfechos con el programa de intervención recibido.
9. Después del tratamiento los participantes presentaron diferencias significativas en las áreas personal, social, familiar, laboral y global de la Escala de Adaptación.

A pesar de las limitaciones, este estudio del Tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo para el trastorno de ansiedad generalizada ha permitido demostrar la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento de la preocupación y la ansiedad. Además, su eficacia en la disminución de la intolerancia a la incertidumbre representa una aportación importante al enfoque transdiagnóstico y de transterapia en psicología. Los programas de intervención que se derivan de un modelo teórico concreto rara vez modifican de manera exclusiva los procesos implicados en ese modelo. Esto ha propiciado un reciente interés en detectar factores de transterapia que han sido definidos como aquellos que: (a) son modificados directa o indirectamente y (b) más asociados con la mejora de los síntomas que un tratamiento fiable. En este sentido, se han encontrado resultados consistentes para considerar a la intolerancia a la incertidumbre como un proceso transdiagnóstico y de transterapia (McEvoy, y Erceg-Hurn, 2016). Esta característica transdiagnóstica de la intolerancia a la incertidumbre aparece en un reciente meta-análisis en el que se encontró que la vulnerabilidad que subyace a la depresión y ansiedad puede compartir un núcleo común de intolerancia a la incertidumbre y como consecuencia un miedo fundamental a lo desconocido (Hong y Cheung, 2015). Asimismo,

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

cuando la intolerancia a la incertidumbre es tratada en personas con ansiedad social, trastorno de pánico o trastorno de ansiedad generalizada a través de un tratamiento cognitivo-conductual transdiagnóstico, no sólo se produce una mejora en la intolerancia a la incertidumbre. La disminución en las medidas de intolerancia a la incertidumbre predijo en mayor medida las ganancias del tratamiento que los síntomas específicos del diagnóstico (Talkovsky y Norton, 2016). Por todo lo expuesto, aunque es necesario más investigación al respecto, el Tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo propuesto en este trabajo es un programa de intervención que podría aplicarse a un amplio rango de trastornos diferentes. En suma, adquiere una especial utilidad en el caso de aquellas intervenciones cuyo propósito es aplicar un mismo tratamiento a distintos trastornos psicopatológicos. Esta característica transdiagnóstica también posibilita que sea un tratamiento particularmente útil en la prevención y promoción de la salud, y sobre todo, en intervención con población infanto-juvenil, donde los procesos psicopatológicos están menos diferenciados.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

14 Referencias bibliográficas

- Aikens, D. E., Hazlett-Stevens, H. y Craske, M. G. (2001). Issues of measurement and mechanism in meta-analyses: comment on Westen and Morrison (2001). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 904–907.
- Albarracín, G., Rovira, J., Carreras, L. y Rejas, J. (2008). Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36 (3), 165-176.
- Aldao, A., Mennin, D. S., Linardatos, E. y 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.
- Alimehdi, M., Ehteshamzadeh, P., Naderi, F., Eftekharsaadi, Z. y Pasha, R. (2016). The effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Intolerance of Uncertainty and Anxiety Sensitivity among Individuals with Generalized Anxiety Disorder. *Asian Social Science*, 12(4), 179.
- Allgulander, C. (2012). Generalized anxiety disorder: a review of recent findings. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 4(2), 88-91.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand*, 109, 21-27.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Autor.

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2ª Ed.). Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª Ed.). Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª Ed., rev.). Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª Ed.). Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª Ed., rev.). Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª Ed.). Washington, DC: Autor.

Anderson, R. E., Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Prosser, S. y Kenardy, J. (2012). Working alliance in online cognitive behavior therapy for anxiety disorders in youth: comparison with clinic delivery and its role in predicting outcome. *Journal of medical Internet research*, 14(3), e88.

Andrews, V. H. y Borkovec, T. D. (1988). The differential effects of inductions of worry, somatic anxiety, and depression on emotional experience. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 21-26.

Appelhans, B. M. y Luecken, L. J. (2006). Heart Rate Variability as an Index of Regulated Emotional Responding. *Review of General Psychology*, 10, 229-240.

Bacow, T. L., Pincus, D. B., Ehrenreich, J. T. y Brody, L. R. (2009). The Metacognitions Questionnaire for Children: Development and validation in a clinical sample of

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 727-736.

Bacow, T. L., May, J. E., Brody, L. R., & Pincus, D. B. (2010). Are there specific metacognitive processes associated with anxiety disorders in youth. *Psychology research and behavior management*, 3, 81-90.

Bados, A. (2015). *Trastorno de Ansiedad Generalizada: Guía para el terapeuta*. Barcelona: Ediciones Síntesis.

Barger, S. D. y Sydeman, S. J. (2005). Does generalized anxiety disorder predict coronary heart disease risk factors independently of major depressive disorder? *Journal of Affective Disorders*, 88, 87-91.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Londres: Guilford.

Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.

Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R. y Ellard, K. K. (2014). The nature, Diagnosis and Treatment of Neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344 –365.

Barlow, D. H. y Kennedy, K. A. (2016). New approaches to diagnosis and treatment in anxiety and related emotional disorders: A focus on temperament. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 57(1), 8.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (2ª Ed.). New York: Guilford Press.

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beesdo, K., Knappe, S. y Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
- Behar, E. y Borkovec, T. D. (2010). Treatment considerations in generalized anxiety disorder. *Resolving treatment complications*, 185-208.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A. et al (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150, 1792-1798.
- Bomyea, J., Ramsawh, H., Ball, T. M., Taylor, C. T., Paulus, M. P., Lang, A. J. y Stein, M. B. (2015). Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 33, 90-94.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinski, T. y DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Borkovec, T. D., Abel, J. L. y Newman, H. (1995). The effects of therapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 479-483.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Borkovec, T. D., y Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotional topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Borkovec, T. D. y Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 37–42.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M. y Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En R.G. Heimberg, C. L. Turk y D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77 -108). Nueva York: Guilford.
- Boschen, M. J. (2008). Publication trends in individual anxiety disorders: 1980-2015. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 570-575.
- Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of clinical psychology*, 69(6), 630-645.
- Brosan L., Hoppitt L., Sillence A., Shelfer L. y Mackintosh B. (2011). Cognitive bias modification for attention and interpretation reduces trait and state anxiety study in a clinically anxious population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 258–264.
- Brown, S. L., Teufel, J. A., Birch, D. A. y Kancherla, V. (2006). Gender, Age, and Behavior Differences in Early Adolescent Worry. *Journal of School Health*, 76, 430-437.
- Brown, T. A., Barlow, D. H. y Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1272-1280.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Brown, T. A., DiNardo, P. A. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interviews schedule for DSM-IV*. Albany, Nueva York: Graywind.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of abnormal psychology, 107*(2), 179.
- Brown, T. A., DiNardo, P. A., Lehman, C. L. y Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49–58.
- Brown, T. A., O’Leary, T. A., y Barlow, D. H. (2001). Generalized anxiety disorder. In: D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual* (3ª Ed., pp. 154–208). New York: Guilford Press.
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*, 256–271.
- Bruce, S.E., Yonkers, K.A., Otto, M.W., Eisen, J.L., Weisberg, R.B., Pagano, M., ... y Keller, M.B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry 162*, 1179–1187.
- Bruhn, J. G. (1990). The two sides of worry. *Southern medical journal, 83*(5), 557-562.
- Buhr, K. y Dugas, M. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 931-946.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Buhr, K. y Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 222–236.
- Butler, G., Wells, A., y Dewick, H. (1995). Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 44 – 55.
- Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(8), 937-947.
- Carleton, R. N., Sharpe, D. y Asmundson, G. J. (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2307-2316.
- Caballero, L., Bobes, J., Vilardaga, I. y Rejas, J. (2009). Clinical prevalence and reason for visit of patients with generalized anxiety disorder seen in the psychiatry outpatient clinics in Spain. Results of the LIGANDO study. *Actas Españolas Psiquiatría*, 37, 17-20.
- Carleton, R. N., Gosselin, P. y Asmundson, G. J. G. (2010). The intolerance of uncertainty index: Replication and extension with an English sample. *Psychological Assessment*, 22, 396-406.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., y Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 468–479.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Carleton, R. N., Fetzner, M. G., Hackl, J. L. y McEvoy, P. (2013). Intolerance of uncertainty as a contributor to fear and avoidance symptoms of panic attacks. *Cognitive behaviour therapy*, 42(4), 328-341.
- Chappa, H. J. (2003). *Distimia y otras depresiones crónicas. Tratamiento psicofarmacológico y Cognitivo social*. Buenos Aires: Ed. Méd Panamericana.
- Cisler, J. M. y Koster, E. H. (2010). Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clinical psychology review*, 30(2), 203-216.
- Cía, A. H. (2007). Trastorno de Ansiedad Generalizada: Actualización Diagnóstica y Terapéutica, y Comentarios Sobre el artículo "A Review of Basic and Applied Research on Generalized Anxiety Disorder". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), 29-33.
- Clark, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: Possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 29–34.
- Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman y J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 71–89). Hillside, NJ: Erlbaum.
- Clark, D. M. (1996). Panic disorder: From theory to therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 318– 344). New York: Guilford.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Clerkin, E. M. y Teachman, B. A. (2011). Training interpretation biases among individuals with symptoms of obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 337-343.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L., y Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and non anxious controls. *Behaviour research and therapy*, 27(4), 397-402.
- Craske, M. G. y Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry*. Oxford University Press.
- Cohen, J. (1988). The effect size index: d. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2, 284-288.
- Coleman, S.L., Pieterfesa, A. S., Holaway, R. M., Coles, M. E. y Heimberg, R.G. (2011). Content and correlates of checking related to symptoms of obsessive compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 25, 293–301.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M. y Dozois, D. J. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of anxiety disorders*, 22(1), 108-116.
- Culpepper, L. (2002). Use of algorithms to treat anxiety in primary care. *The Journal of clinical psychiatry*, 64, 30-33.
- Davison, M. L, Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E. y Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4, 259-276.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Degnan, K. A., Almas, A. N. y Fox, N. A. (2010). Temperament and the environment in the etiology of anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 497–517.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. y Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Di Nardo, P., O'Brien, G., Barlow, D., Waddell, M. y Blanchard, E. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1070-1074.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L)*. Albany, NY: Graywind Publication.
- DiNardo, P. A., Brown, E. L., Lawton, J. K. y Barlow, D. H. (1995). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Lifetime Version: Description and initial evidence for diagnostic reliability*. Paper presented at The Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Washington, D.C.
- Donovan, C. L., Holmes, M. C. y Farrell, L. J. (2016). Investigation of the cognitive variables associated with worry in children with generalized anxiety disorder and their parents. *Journal of affective disorders*, 192, 1-7.
- 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. y Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593-606.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Lachance, S. y Provencher, M. L. (1998). R. (1995). *The "Worry and anxiety questionnaire": Initial validation in non-clinical and clinical*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

samples. Comunicación presentada en la Reunión Anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy. Washington, DC Dugas, M., Gagnon, F., Ladouceur, R. y Freeston, M, 15-6.

Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. y Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy, 36(2)*, 215-226.

Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langolis, 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(4)*, 821.

Dugas, M. J., Schwartz, A. y Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 835-842.

Dugas, M. J. y Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*, 61–68.

Dugas, M. J., Marchand, A. y 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.

Dugas, M. J. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Dugas, M. J., Anderson, K., Deschenes, S. y Donegan, F. (2010). Generalized anxiety disorder publications. Where do we stand a decade later? *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 780-784.
- Durham, R. C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treliving, L. R. y Fenton, G. W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 165(3), 315-323.
- Eagleson, C., Hayes, S., Mathews, A., Perman, G. y Hirsch, C. R. (2016). The power of positive thinking: Pathological worry is reduced by thought replacement in Generalized Anxiety Disorder. *Behaviour research and therapy*, 78, 13-18.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). "Escala de adaptación". Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (107), 325-340.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Ellis, D. M. y Hudson, J. E. (2010). The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 151-16.
- Eysenck, M. W. y Eysenck, W. (2007). Four-Factor Theory and the Anxiety Disorders. *Ansiedad y Estrés*, 13 (2-3), 283-289.
- Fava, M., Rankin, M. A., Wright, E. C., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., Pava, J. y Rosenbaum, J. F. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive psychiatry*, 41(2), 97-102.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Fergus, T. A. y Wu, K. D. (2010). Do symptoms of generalized anxiety and obsessive-compulsive disorder share cognitive processes? *Cognitive Therapy and Research*, 34(2), 168-176.
- Fergus, T. A. y Wu, K. D. (2011). Searching for specificity between cognitive vulnerabilities and mood and anxiety symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(4), 446-458.
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., Wu, K. D. y McGrath, P. B. (2015). Examining the symptom level specificity of negative problem orientation in a clinical sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44, 153- 161.
- Fialko, L., Bolton, D. y Perrin, S. (2012). Applicability of a cognitive model of worry to children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 50(5), 341-349.
- Fischer, J. y Corcoran, K. (1996). *Measures for Clinical Practice*. Nueva York: The Free Press.
- Fourtounas, A., y Thomas, S. J. (2016). Cognitive factors predicting checking, procrastination and other maladaptive behaviours: Prospective versus Inhibitory Intolerance of Uncertainty. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 30-35.
- Fox, E., Russo, R. y Georgiou, G. (2005). Anxiety modulates the degree of attentive resources required to process emotional faces. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 5, 396-404.
- Freud, S. (1926). Angustia, dolor y duelo. *Inhibición, síntoma y angustia*, 20, 158-161.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Frick, P. J. y Silverthorn, P. (2001). Psychopathology in children. In P. B. Sutker y H. E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (3ª ed., pp. 881-920). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Gana, K., Martin, B., y Canouet, M. (2001). Worry and anxiety: Is there a causal relationship? *Psychopathology*, 34(5), 221-229.
- Gaston, L. y Ring, J. M. (1992). Preliminary results on the inventory of therapeutic strategies. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(2), 135-146.
- García-Campayo, Caballero, Pérez y López, (2012) Prevalencia y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada recién diagnosticado en los servicios de atención primaria: El estudio GADAP. *Actas Español de Psiquiatría*, 40(3), 105-13.
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., ... y Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 8.
- García del Pozo, J., Abajo Iglesias, F. J. D., Carvajal García-Pando, A., Montero Corominas, D., Madurga Sanz, M. y García del Pozo, V. (2004). Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Revista Española de Salud Pública*, 78(3), 379-387.
- Gentes, E. L., y Ruscio, A. M. (2011). A metaanalysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 31, 923-933.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- González, M., Peñate, W., Bethencourt, J. M. y Rovella, A. (2004). La predicción del trastorno de ansiedad generalizada en función de variables de proceso. *Psicología y Salud, 14*, 179-188.
- González, M., Rovella, A., y Rausch, L. (2015). Vulnerabilidad Cognitiva y relación con situaciones ambiguas en adolescentes. En V.A. Martínez-Nuñez, P. Godoy Ponce, M.A. Piñeda, M.B. Fantín, M. Cuello Pagnone, L. Bower, N. de Andrea, E. González, N. Katzer y E. Lucero Morales (Comps.). *Avances y Desafíos para la Psicología*. San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- González, M., Ibáñez, I, García, L., Luna, L. y Rovella, A. (2016). El “Cuestionario de Preocupación y Ansiedad” como instrumento de cribado para el trastorno de ansiedad generalizada: resultados de la sensibilidad y especificidad. *Avances 2016 en psicología clínica y de la salud, Actas VIII Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud "Retos actuales de la Psicología Clínica y de la salud"*, 88.
- González de Rivera, J. L. y De las Cuevas, C. (1988). *Versión española del cuestionario SCL-90-R*. Tenerife: Universidad de la Laguna (policopiado).
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdiere, A., Routhier, S. y Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 1427-1439.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H. y Otto, M. W. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(4), 291-306.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Gould, R. A., Safren, S. A., Washington, D. O. y Otto, M.W. (2004). A meta-analytic review of cognitive-behavioral treatments. In: R.G. Heimberg, C. A., Turk, y D. S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: advances in research and practice*. New York: Guilford Press.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., June Ruan, W. y Huang, B. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 1-9.
- Gregory, A. M., Van der Ende, J., Willis, T. A. y Verhulst, F. C. (2008). Parent-reported sleep problems during development and self-reported anxiety/depression, attention problems, and aggressive behavior later in life. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 162(4), 330-335.
- Guelfi, J. D. (1993). Comorbidity of anxiety-depression and its treatment. *L'Encephale*, 19, 397-404.
- Hamilton, M. A. X. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology*, 32(1), 50-55.
- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W. y Davey, G. C. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 120-132.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Hasegawa, A., Yoshida, T., Hattori, Y., Nishimura, H., Morimoto, H. y Tanno Y. (2015)
 Depressive rumination and social problem solving in Japanese university students.
Journal of Cognitive Psychotherapy, 29, 134–152.
- Hazlett, R. L., McLeod, D. R. y Hoehn-Saric, R. (1994). Muscle tension in generalized
 anxiety disorder: Elevated muscle tonus or agitated movement?
Psychophysiology, 31, 189-195.
- Hearn, C. S., Donovan, C. L., Spence, S. H., March, S. y Holmes, M. C. (2016). What’s
 the Worry with Social Anxiety? Comparing Cognitive Processes in Children with
 Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder. *Child Psychiatry &
 Human Development*, 1-10.
- Heiden, C., van der Methorst, G., Muris, P. y Van der Molen, H. T. (2011). Generalized
 anxiety disorder: Clinical presentation, diagnostic features, and guidelines for
 clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 58-73.
- Hettema, J. M., Prescott C. A., Myers J. M., Neale, M. C. y Kendler, K.S. (2005). The
 structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men
 and women. *Archives of General Psychiatry*, 62, 182–189.
- Hirsch, C. R., Hayes, S., Mathews, A., Perman, G. y Borkovec T. D. (2012). The extent
 and nature of imagery during worry and positive thinking in generalized anxiety
 disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 235–243.
- Hirsch, C. R. y Mathews, A. (2012). A cognitive model of pathological worry. *Behaviour
 research and therapy*, 50(10), 636-646.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Hirsch, C. R., Mathews, A., Lequertier, B., Perman, G. y Hayes, S. (2013). Characteristics of worry in generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44 , 388 – 395.
- Hoffman, D. L., Dukes, E. M. y Wittchen, H. U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 25(1), 72-90.
- Holaway, R., Heimberg, R. y Coles, M. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 158-174.
- Hollander, E. y Simeon, D. (2004). *Guía de trastornos de ansiedad*. Madrid: Elsevier.
- Holmes T. y Rahe. R (1967). The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.*, 11, 213-218.
- Holmes, M. C., Donovan, C. L., Farrell, L. J. y March, S. (2014). The efficacy of a group-based, disorder-specific treatment program for childhood GAD–A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 61, 122-135.
- Holowka, D. W., Dugas, M. J., Francis, K. y Laugesen, N. (2000, November). Measuring beliefs about worry: A psychometric evaluation of the Why Worry-II Questionnaire. In *Poster presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy*, New Orleans, LA.
- Holwerda, T. J., Schoevers, R. A., Dekker, J., Deeg, D. J., Jonker, C. y Beekman, A. T. (2007). The relationship between generalized anxiety disorder, depression and mortality in old age. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(3), 241-249.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Hong, R. Y. y Cheung, M. W. L. (2015). The structure of cognitive vulnerabilities to depression and anxiety: Evidence for a common core etiologic process based on a meta-analytic review. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 892-912.
- Hoyer, V. J., Krause, P., Hofler, M., Beesdo, K. y Wittchen, H. U. (1998). Recognition of generalized anxiety disorder and depression and its predictors in primary care. *MMW Fortschritte der Medizin*, 143, 26-35.
- Hunt, C., Issakidis, C. y Andrews, G. (2002). DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 32, 649-659.
- Ibáñez, I., González, M., Fernández-Valdés, A., López-Curbelo, M., Rodríguez, M. y García, C. D. (2000). El cuestionario de preocupación y ansiedad: un instrumento para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada. *Ansiedad y Estrés*, 6: 203-221.
- Ibáñez, I, García, L., González, M., Fumero, M. y Borges, N. (2016). Propiedades diagnósticas de la Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7). *Avances 2016 en psicología clínica y de la salud, Actas VIII Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud "Retos actuales de la Psicología Clínica y de la salud"*, 88.
- Ingram, R. E., Miranda, J. y Segal, Z. (2006). Cognitive vulnerability to depression. *Cognitive vulnerability to emotional disorders*, 63-91.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W., ...y Rice, J. A. (1998). Major depressive disorder: a prospective study of residual

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *Journal of affective disorders*, 50(2), 97-108.

Kagan, J. y Snidman, N. (1999). Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1536–1541.

Kapczinski, F., dos Santos Souza, J. J., Batista Miralha da Cunha, A. A. y Schmitt, R. R. (2003). Antidepressants for generalised anxiety disorder (GAD). *The Cochrane Library*.

Katon, W., Lin, E. H. B. y Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29, 147-155.

Kaufman, J. y Charney, D. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 12(S1), 69-76.

Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S. y Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of general psychiatry*, 54(4), 337-343.

Keller, M. B. (2006). Social anxiety disorder clinical course and outcome: Review of Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP) findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 14–19.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., y Eaves, L. J. (1992). Generalized anxiety disorder in women. A population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 49(4), 267-272.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Kessler, D., Lloyd, K., Lewis, G., y Gray, D. P. (1999). Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *British Medical Journal*, 318, 436–39.
- Kessler, R. C. (1994). The national comorbidity survey of the United States. *International Review of Psychiatry*, 6(4), 365-376.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Demler, O., Jin, R. y Walters, E. E. (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K. y Wittchen, H. U. (2009). Epidemiology of anxiety disorders. In *Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment* (pp. 21-35). Springer Berlin Heidelberg.
- Koerner, N., Hedayati, M. y Dugas, M. J. (2004, September). Intolerance of uncertainty and the processing of ambiguous and emotionally-evocative pictures. In *Poster presented at the European Conference of Behavioural and Cognitive Psychotherapy* (Vol. 11).
- Koerner, N. y Dugas, M. J. (2006). A cognitive model of generalized anxiety disorder: The role of intolerance of uncertainty. In G. C. L. Davey y A. Wells (Eds.), *Worry*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

and its psychological disorders: *Theory, assessment and treatment*. (pp. 201–216). Chichester: Wiley.

Krohne, H. W. (ed). (1993): "Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. M. Ziedner y N. S. Endler (eds.), *Handbook of coping: theory, research, and application*. John Wiley and Sons, New York. 381-409.

Krohne, H. W. y Egloff, B. (2005). Vigilant and avoidant coping: Theory and measurement. *Stress and emotion*, 17, 97-120.

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

Lang (2002). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J.U.H. Shilen (ed.), *Research in psychotherapy*, 3, 90-102. Washington: American Psychological Association.

Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. y Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.

Latorre Postigo, J. M., Navarro Bravo, B., Parra Delgado, M., Salguero, J. M., Mae Wood, C. y Cano Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en atención primaria: un problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 37-45.

LeDoux, J. (1996). Emotional networks and motor control: a fearful view. *Progress in brain research*, 107, 437-446.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Lewis-Fernández, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske, M. G., ... y Liao, B. (2010). Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(2), 212-229.
- Lieb, R., Becker, E. y Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 445-452.
- Lind, C. y Boschen, M. J. (2009). Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1047-1052.
- Loeppke R, Taitel M, Haufle V, et al. (2009). Health and productivity as a business strategy: a multiemployer study. *J Occup Environ Med*, 51(4), 411-28.
- Lunch, L. y Öst, L. (2001). Attentional bias, self-consciousness and perfectionism in social phobia before and after cognitive-behaviour therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 4-16.
- MacLeod, C. y Mathews, A. (1991). Biased cognitive operations in anxiety: Accessibility of information or assignment of processing priorities. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 599-610.
- Mahoney, A. E., Hobbs, M. J., Newby, J. M., Williams, A. D., Sunderland, M., y Andrews, G. (2016). The Worry Behaviors Inventory: Assessing the behavioral avoidance associated with generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 203, 256-264.
- Mannuzza, S., Fyer, A. J., Martin, L. Y., Gallops, M. S., Endicott, J., Gorman, I. M., Liebowitz, M. R. y Klein, D. F. (1989). Reliability of anxiety assessment: I. Diagnostic agreement. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1093-1101.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. y Shafraan, R. (2009). Conceptual foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy; An International Quarterly*, 231,13-27.
- Marcus, D. K., Sawaqdeh, A., y Kwon, P. (2014). The latent structure of generalized anxiety disorder in midlife adults. *Psychiatry Research*, 215, 366-371.
- Marjan, M. P., Mendieta, D., Muñoz, M. A., Díaz, A. y Cortés, F. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud Mental*, 37, 509-516.
- Marks, I. M. y Lader, M. (1973). Anxiety states (anxiety neurosis): A review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 3-16.
- Marmar, C., Gaston L., Gallagher, D. y Thompson L. (1989) Alliance and outcome in late life depression. *Journal of Nervous and Mental disease*, 177, 464-472.
- Marziali, E. (1984).Three viewpoints on the therapeutic alliance scales: Similarities, differences and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 417-423.
- Massion, A. O., Warshaw, M. G. y Keller, M. B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(4), 600.
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 455-468.
- Mathews, A. y MaeLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Matthews, G. y Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behavior modification*, 24(1), 69-93.
- McEvoy, P. M. y Mahoney, A. E. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior therapy*, 43(3), 533-545.
- McEvoy, P. M. y Erceg-Hurn, D. M. (2016). The search for universal transdiagnostic and trans-therapy change processes: Evidence for intolerance of uncertainty. *Journal of anxiety disorders*, 41, 96-107.
- McKay, D. (2005). Studies in Cognitive Processing During Worry. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 359-376.
- McNally, R. (1995). Automaticity and the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 747-754.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 17-29.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. y Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 85-90.
- Metzger, R. L., Miller, M. L., Cohen, M., Sofka, M. y Borkovec, T. D. (1990). Worry changes decision making: the effect of negative thoughts on cognitive processing. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 78-88.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionary. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487-495.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Mineka, S., Watson, D. y Clark, L. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B. J., Polanczyk, G. y Poulton, R. (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological medicine*, 40(06), 899-909.
- Mogg, K., Mathews, A. M. y Weinman, J. (1989). Selective processing of threat cues in anxiety states: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 317-323.
- Mogg, K., Mathews, A., Eysenck, M. y May, J. (1991). Biased cognitive operations in anxiety: Artefact, processing priorities or attentional search? *Behavior Research and Therapy*, 29, 459-467.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of conditioning and problem solving. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Muris, P., Meesters, C. y Gobel, M. (2001). Reliability, validity, and normative data of the Penn State Worry questionnaire in 8–12-yrold children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 63–72.
- Muris, P., Debipersad, S. y Mayer, B. (2014). Searching for danger: on the link between worry and threat-related confirmation bias in children. *Journal of child and family studies*, 23(3), 604-609.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (Eds.). (2016). *A guide to treatments that work* (4ª Ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Newby, J. M., Mackenzie, A., Williams, A. D., McIntyre, K., Watts, S., Wong, N., Andrews, G., (2013). Internet cognitive behavioural therapy for mixed anxiety and

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

depression: a randomized controlled trial and evidence of effectiveness in primary care. *Psychology Medical*, 43 (12), 2635–2648.

Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T. et al. (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(2), 215-233.

Newman, M. G., y Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a Contrast Avoidance Model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31, 371–382.

Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., y Castonguay, L. G. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual review of clinical psychology*, 9, 275-297.

Newman, S. C. y Bland, R. C. (2006). A population based family study of DSM-III generalized anxiety disorder. *Psychol Med.*, 36, 1275–1281.

Nickerson, R. S. (1998). Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of general psychology*, 2(2), 175.

Norton, G. R., Cox, B. J., Asmundson, G. J. G y Maser. J. D. (1995). The growth of research on anxiety disorders during the 1980s. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 75-85.

Norton, P. J., Hayes, S. A. y Hope, D. A. (2004). Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 20, 198-202.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Norton, P. J. y Hope, D. A. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 79-9.
- Noyes, R., Woodman, C., Garvey, M. J., Cook, B. L., Suelzer, M., Clancy, J. y Anderson, D. J. (1992). Generalized anxiety disorder vs. panic disorder: Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 369–379.
- Noyes, R. Jr., Carney, C. P., Hillis, S. L., Jones, L. E. y Langbehn, D. R. (2005). Prevalence and correlates of illness worry in the general population. *Psychosomatics*, 46(6), 529–539.
- Nuevo, R., Montorio, L., Márquez, M., Izal, M. y Losada, A. (2004). Análisis del fenómeno de la preocupación en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 337-355.
- Nutt, D. J. (2001). Neurobiological mechanisms in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 11), 22-27.
- Nutt, D., Argyropoulos, S., Hood, S. y Potokar, J. (2006). Generalized anxiety disorder: A comorbid disease. *European Neuropsychopharmacology*, 16, S109-S118.
- Öhman, A. (2008). Fear and anxiety. En Lewis, M., Haviland -jones, J. y Feldman, L. (Comps.), *Handbook of emotions* (709 - 729). New York: The Guilford Press.
- Oligari, A., Citterio, A., Zanoni, A., Fagnani, C. Patriarca, V., Cirrincione, R. et al, (2006). Genetic and environment influences on anxiety dimensions in Italian twins evaluated with the SCARED questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 760-777.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Porges, S. W. (1992). Autonomic regulation and attention. En B. A. Campbell, H. Hayne y R. Richardson (Eds.), *Attention and information processing in infants and adults* (pp. 201-223). Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Pluess, M., Conrad, A. y Wilhelm, F. H. (2009) Muscle tension in generalized anxiety disorder: A critical review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1–11.
- Rachman, S. (1998). *Anxiety*. East Sussex, UK: Psychology Press Ltd.
- Ramsawh, H. J., Raffa, S. D., Edelen, M. O., Rende, R. y Keller, M. B. (2009). Anxiety in middle adulthood: effects of age and time on the 14-year course of panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 39, 615–624.
- Rapee, R. M. (1991a). Psychological factors involved in generalized anxiety. En R. M. Rapee y D. H. Barlow (Eds.). *Chronic anxiety. Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression* (pp. 76-94), Nueva York. Guilford Press.
- Rapee, R. M. (1991b). Generalized Anxiety Disorder: A Review of Clinical Features and Theoretical Concepts. *Clinical Psychology Review*, 11, 419-440.
- Rapee, R. M. y Barlow, D. H. (1991). Preface. En R. M. Rapee y D. H. Barlow (Ed.). *Chronic anxiety. Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression* (pp. v-vi). Nueva York: Guilford Press.
- Reardon, J. M. y Williams, N. L. (2007). The specificity of cognitive vulnerabilities to emotional disorders: Anxiety sensitivity, looming vulnerability and explanatory style. *Journal of anxiety disorders*, 21(5), 625-643.
- Renjan, V., McEvoy, P. M., Handley, A. K. y Fursland, A. (2016). Stomaching uncertainty: Relationships among intolerance of uncertainty, eating disorder

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

pathology, and comorbid emotional symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 41, 88-95.

Resnic, P. (2007). Modelos Conceptuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada: Más allá de los criterios diagnósticos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1).

Rettew, D. C., Stanger, C., McKee, L., Doyle, A. y Hudziak, J. J. (2006). Interactions between child and parent temperament and child behavior problems. *Comprehensive Psychiatry*, 47(5), 412-420.

Rice, D. P. y Miller, L. S. (1998). Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *The British Journal of Psychiatry*.

Richards, D., Richardson, T., Timulak, L. y McElvaney, J. (2015). The efficacy of internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interventions*, 2(3), 272-282.

Rickels, K., y Rynn, M. A. (2001). What is generalized anxiety disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl. 11), 4-12.

Riskind, J. H., Beck, A. T., Brown, G. y Steer, R. A. (1987). Taking the measure of anxiety and depression: Validity of reconstructed Hamilton Scales. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 474-479.

Riskind, J. H. y Alloy, L. B. (2006). Cognitive vulnerability to psychological disorders: Overview of theory, design, and methods. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7), 705-725.

Roberts, R., Attkinsson, C. y Mendias, R. (1984). Assessing the client satisfaction questionnaire in English and Spanish. *Hispanic Journal Behaviour Sciences*, 6, 385-395.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Robichaud, M., Dugas, M. J. y Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 501-516.
- Robichaud, M. y Dugas, M. J. (2005). Negative problem orientation (Part II): construct validity and specificity to worry. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 403–412.
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M y Heimberg, R. G (2007). The reverse of social anxiety is not always the opposite: The reverse-scored items of the Social Interaction Anxiety Scale do not belong. *Behavior Therapy*, 38, 192–206.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M. y Heimberg, R. G. (2008). The factor structure and dimensional scoring of the generalized anxiety disorder questionnaire for DSMIV. *Assessment*, 15, 343–350.
- Rodríguez de Behrends, M., y Brenlla, M. E. (2015). Adaptación para Buenos Aires del Cuestionario de Orientación Negativa a los Problemas (CONP). *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 362-370.
- Roemer, L., Molina, S. y Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 314-319.
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: S. M. Orsillo y L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment* (pp. 213–240). New York: Springer.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Rosellini, A., Boettcher, H., Brown, T. y Barlow, D. H. (2015). A transdiagnostic temperament-phenotype profile approach to emotional disorder classification: an update. *Psychopathology Review*, 2(1), 110-28.
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., ...y Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General hospital psychiatry*, 30(3), 208-225.
- Rutter, L. A., y Brown, T. A. (2015). Reliability and validity of the dimensional features of generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 29, 1-6.
- Samochowiec, J., Hajduk, A., Samochowiec, A., Horodnicki, J., Stepień, G., Grzywacz, A. y Kucharska-Mazur, J. (2004). Association studies of MAO-A, COMT, and 5-HTT genes polymorphisms in patients whit anxiety disorders of the phobic spectrum. *Psychiatry Research*, 128(1), 21-26.
- Sanderson, K., y Andrews, G. (2002). Prevalence and severity of mental health related disability and relationship to diagnosis. *Psychiatric Services*, 53, 80-86.
- Sandín, B. (2010). *Ejercicio físico y salud*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Santed, M. A., Sandín, B., Chorot, P., Olmedo, M. y García-Campayo, J. (2003). The role of negative and positive affectivity on perceived stress-subjective health relationships. *Acta Neuropsychiatrica*, 15, 199- 216.
- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 239-288.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Schneider, L. S. (1996). Pharmacologic considerations in the treatment of late life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4(4), S51-S65.
- Scholten, W. D., Batelaan, N. M., van Balkom, A. J., Wjh Penninx, B., Smit, J. H. y van Oppen, P. (2013). Recurrence of anxiety disorders and its predictors. *Journal of Affective Disorders*, 147, 180-185.
- Schwartz, D. L., Lin, X., Brophy, S. y Bransford, J. D. (1999). Toward the development of flexibly adaptive instructional designs. *Instructional-designtheories and models: A new paradigm of instructional theory*, 2, 183-213.
- Seidah, A., Dugas, M. y Leblanc, R. (2007). El tratamiento cognitivo comportamental del TAG: modelo conceptual y casos clínicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 39-48.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J.V., et al. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 201-210.
- Sexton, K. y Dugas, M. (2008). The Cognitive Avoidance Questionnaire: Validation of the English translation. *Journal of Anxiety Disorders*, 355-370.
- Shihata, S., McEvoy, P. M., Mullan, B. A. y Carleton, R. N. (2016). Intolerance of uncertainty in emotional disorders: What uncertainties remain? *Journal of anxiety disorders*, 41, 115-124.
- Shihata, S., McEvoy, P. M. y Mullan, B. A. (2017). Pathways from uncertainty to anxiety: An evaluation of a hierarchical model of trait and disorder-specific intolerance of

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

uncertainty on anxiety disorder symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 45, 72-79.

Silberg, J. L., Neale, M. C., Rutter, M. L. y Eaves, L. J. (2001). Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 179, 116–121.

Smith, K. E., Hudson, J. L., (2013). Metacognitive beliefs and processes in clinical anxiety in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(5), 590–602.

Spector, P. E., Van Katwyk, P. T., Brannick, M. T. y Chen, P. Y. (1997). When two factors don't reflect two constructs: How item characteristics can produce artifactual factors. *Journal of Management*, 23, 659-677.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

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

Spitzer R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.

Stanley, M. A., Beck, J. G. y Glassco, J. D. (1996). Treatment of generalized anxiety in older adults: A preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behavior therapy*, 27(4), 565-581.

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Stanley, M. A., Beck, J. G., Novy, D. M., Averill, P. M., Swann, A. C., Diefenbach, G. J., & Hopko, D. R. (2003). Cognitive-behavioral treatment of late-life generalized anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(2), 309-318.
- Sternheim, L., Startup, H. y Schmidt, U. (2011). An experimental exploration of behavioral and cognitive-emotional aspects of intolerance of uncertainty in eating disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 806–812.
- Stöber, J., y Borkovec, T. D. (2002). Reduced concreteness of worry in generalized anxiety disorder: Findings from a therapy study. *Cognitive therapy and Research, 26*, 89-96.
- Suárez, L. M., Bennett, S. M., Goldstein, C. R. y Barlow, D. H. (2009). Understanding anxiety disorders from a “triple vulnerabilities” framework. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 153–172). New York, NY: Oxford University Press.
- Święcicki, L. (2015). Therapy of anxiety disorders – the problem of choosing a drug in the primary health care physician’s practice. *Paediat Fam Med, 2*(1), 82-91.
- Tadic, A., Rujescu, D., Szegedi, A., Gigling, I., Singer, P., Moller, H. J., y Dahmen, N. (2003). Association of a MAOA gene variant with generalized anxiety disorder, but not with panic disorder or major depression. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics), 117B*, 1–6.
- Tallis, F., Eysenck, M. W., y Mathews, A. (1992). A questionnaire for measurement of non pathological worry. *Personality and Individual Differences, 13*, 161-168.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Talkovsky, A. M. y Norton, P. J. (2016). Intolerance of uncertainty and transdiagnostic group cognitive behavioral therapy for anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 41, 108-114.
- Taylor, S. (1995a). Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behavior Research and Therapy*, 33, 243-258.
- Taylor, S. (1995b). Issues in the conceptualization and measurement of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 163-174.
- Teachman, B. A. (2005). Information processing and anxiety sensitivity: Cognitive vulnerability to panic reflected in interpretation and memory biases. *Cognitive Therapy and Research*, 29(4), 479-499.
- Thayer, J. F., Friedman, B. H., y Borkovec, T. D. (1996). Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Biological Psychiatry*, 39, 255-266.
- Thayer, J. F., Friedman, B. H., Borkovec, T. D., Johnsen, B. H. y Molina, S. (2000). Phasic heart period reactions to cued threat and non-threat stimuli in generalized anxiety disorder. *Psychophysiology*, 37, 361 - 368.
- Thyer, B. A. (1987). *Treating anxiety disorders: A guide for human service professionals* (Vol. 45). Sage Publications, Inc.
- Tyrer, P., Alexander, J. Remington, M. y Riley, P. (1987). Relationship between neurotic symptoms and neurotic diagnosis: A longitudinal study. *Journals of Affective Disorders*, 13, 13-21.
- van der Heiden, C., Melchior, K., Muris, P., Bouwmeester, S., Bos, A. E. R. y van derMolen, H. T. (2010). A hierarchical model for the relationships between

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 284–289.

Verkhuil, B., Brosschot, J. F., Borkovek, T. D. y Thayer, J. F. (2009). Acute autonomic effects of experimental worry and cognitive problem solving: Why worry about worry? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 439-453.

Versiani, M. y Nardi, A. E. (1997). Dysthymia: Clinical Picture, Comorbidity and Outcome. En A.H. Akiskal y G. Cassano. (eds.), *Dysthymia and the Spectrum of Chronica Depressions*. New York: Guilford.

Weems, C. F., Silverman, W. K. y La Greca, A. M. (2000). What do youth referred for anxiety problems worry about? Worry and its relation to anxiety and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 63–72.

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301–320.

Wells, A. (2006). Cognitive processes, reasoning biases and persecutory delusions: A comparative study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 421-435.

Wells, A., y Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behaviour Research and Therapy*, 33,579–583.

Westen, D., y Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875–899.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Williams, J. B., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J. y Wittchen, H. U. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): II. Multisite test-retest reliability. *Archives of general psychiatry*, 49(8), 630-636.
- Wisocki, P. A., Handen, B. y Morse, C. (1986). The worry scale as a measure of anxiety among homebound and community elderly. *Behavior Therapist*, 5, 91-95.
- Wittchen, H. U., Essau, C.A., y Krieg, J.C. (1991). Anxiety disorders: Similarities and differences of comorbidity in treated and untreated groups. *British Journal of Psychiatry*, 159 (12), 23-33.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. ...y Fratiglioni, L. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Penguin.
- Wolpe, J., (1973). *The practice of Behaviour Therapy*. New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J. (1979). *Neurosis*. Diccionario de Psicología. Madrid: Editorial Ruidrejo.
- Williams, M. O., Mathews, A. y Hirsch, C. R. (2014). Verbal worry facilitates attention to threat in high-worriers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 8-14.
- White, J. A. y Hudson, J. L. (2016). The Metacognitive model of anxiety in children: towards a reliable and valid measure. *Cognitive Therapy and Research*, 40(1), 92-106.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

- Yiend, J. (2010). The effects of emotion on attention: A review of attentional processing of emotional information. *Cognition and Emotion*, 24(1), 3-47.
- Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Massion, A. O., y Keller, M. B. (1996). Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 308- 313.
- Yonkers, K. A., Dyck, I. R., Warshaw, M. G. y Keller, M. B. (2000). Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 176, 544-549.
- Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R. y Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness –Course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17, 173-179.
- Yook, K., Kim, K. H., Suh, S. Y. y Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 623–628.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIOS DE SCREENING

ADIS-IV: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

I. PREGUNTAS INICIALES

1a. ¿Durante los últimos meses, se ha estado preocupando continuamente o ha estado ansioso por varios hechos o actividades de su vida cotidiana?

SÍ..... NO.....

Si responde No, pase a 1b.

¿Por qué cosas se preocupaba?.....

.....

Pase a 2a.

1b. ¿Alguna vez ha permanecido un largo periodo de tiempo en el que continuamente se preocupara o estuviera ansioso por varios hechos o actividades de su vida diaria

SÍ..... NO.....

Si responde NO, pase a 3.

¿Sobre qué cosas se preocupaba?

.....

¿Cuándo tuvo lugar el último episodio?.....

.....

2a. Además de este más actual/último periodo de tiempo en que persistentemente se preocupaba sobre diferentes áreas de su vida, ¿ha habido periodos separados en que ha estado continuamente preocupado/a sobre varios hechos vitales?

SÍ..... NO.....

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Si responde NO, pase a 3.

2b. ¿De modo que previo a este último/más reciente periodo de tiempo en que estuvo preocupado/a por diferentes áreas de su vida, hubo un considerable periodo de tiempo en que no estuvo constantemente preocupado/a

SÍ..... NO.....

2b. ¿Cuánto tiempo separaba esos episodios ¿Cuándo tuvieron lugar esos periodos separados

3. Ahora quisiera preguntarle una serie de cuestiones sobre preocuparse por las siguientes áreas de la vida:

Si el paciente no informa de preocupación presente o pasada persistente (ej., responde NO en 1a y 1b), preguntar sólo sobre áreas de preocupación ACTUALES. Si el paciente comunica preocupación persistente actual o pasada (ej.: SÍ tanta en 1a como 1b), preguntar sobre áreas de preocupación PRESENTES Y PASADAS. En particular, si hay evidencia de episodios diferentes, preguntar por la presencia de episodios discretos de perturbación (ej.: “¿desde que sus preocupaciones comienzan, ha habido periodos de tiempo en que no se ha preocupado por ellas?”). Emplee el espacio de debajo de cada área de preocupación general para registrar el contenido específico de la preocupación del paciente (incluyendo información obtenida previamente de los ítems 1a y 1b). Además con frecuencia será necesario determinar si las áreas de preocupación informadas por el paciente no se relacionan con una co-ocurrencia de un trastorno del Eje I. Si se determina que un área de preocupación puede subsumirse por completo a otro trastorno del Eje I, valorar esta área como “0”. Utilizar los comentarios de la sección para registrar información de utilidad clínica (ej.: datos pertenecientes a los episodios....., coexistencia de un trastorno con el que el área de preocupación se relaciona). Para cada área de preocupación, hacer calificaciones diferentes de exceso (i.e. frecuencia e intensidad) y falta de control percibida, utilizando las escalas y preguntas sugeridas a continuación.

EXCESIVIDAD

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ausencia de preocupación/tensión	Sin	Escasamente preocupado/Poca Tensión		ocasionalmente preocupado/tensión moderada		Frecuentemente preocupado/bastante tensión		Constantemente preocupado/tensión extrema

CONTROLABILIDAD

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Nada/ninguna dificultad	Escasamente/ligeramente dificultad	Ocasionalmente/moderada dificultad	Frecuentemente/marcada dificultad	Constantemente/extrema dificultad
-------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

EXCESIVIDAD: ¿Con qué frecuencia se preocupa/se preocupó por.....?; Si las cosas van/iban bien, ¿aún se preocupa/se preocupó, por.....?; ¿Cuánta tensión y ansiedad le produce/producía preocuparse por.....?

INCONTROLABILIDAD:

¿Encuentra/encontró difícil controlar la preocupación sobre..... en el sentido de que es/era difícil dejar de preocuparse sobre eso? ¿Es/era la preocupación sobre..... difícil de controlar en el sentido de que puede/podría venir a su mente cuando intenta/intentaba centrarse en algo distinto?

	ACTUAL		COMENTARIOS	PASADO	
	EXCESO	CONTROL		EXCESO	CONTROL
a. sucesos menores (puntualidad, reparaciones)					
b. Trabajo/estudios					
c. Familia					
d. Economía					
e. Social/interpersonal					
f. Salud (propia)					
g. Salud (otros significativos)					
h. Comunidad/acontecimientos mundiales					
i. Otra					
j. Otra					

Si no existe evidencia de preocupación excesiva/incontrolable, pase al TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

II. EPISODIO ACTUAL

Si existe evidencia de un episodio concreto pasado, introducir esta sección con la pregunta: Ahora quiero preguntarle una serie de cuestiones sobre este periodo actual de preocupación sobre estas áreas que comenzaron aproximadamente en.....(especificar mes/año).

Enumerar los principales tópicos de preocupación.....

1. Durante los pasados 6 meses, ha estado preocupado por estas preocupaciones la mayoría de los días?

SI..... NO.....

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

2. Durante el mes pasado, en un día normal (medio), ¿qué porcentaje del día se sentía preocupado?

.....

3. En concreto, ¿qué clase de cosas le preocupa que sucedan con respecto a? (preguntar por cada área principal de preocupación)

.....

4. Durante los últimos 6 meses, cuando se preocupaba, ¿ha experimentado con frecuencia.....?

En esos 6 meses, ¿ha estado presente..... la mayor parte de los días? (no registrar los síntomas que se asocian con otras condiciones, tales como pánico, ansiedad social, etc.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
ninguna	algo		moderada		severa		Muy severa	

- a. Inquietud; sentirse nervioso o con los nervios de punta.
- b. Fatigarse con facilidad.
- c. Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco.
- d. Irritabilidad.
- e. Tensión muscular.
- f. Dificultad para caer/permanecer dormido; sueño poco descansado o reparador.

5. ¿De qué modo han interferido en su vida estas preocupaciones y tensión/ansiedad asociadas con ellas (ej. Rutina diaria, trabajo, actividades sociales)?; ¿Cuánto le preocupa tener estas preocupaciones?.....

.....

Grado de interferencia:..... Distrés:.....

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ninguna	algo		moderada		severa		Muy severa	

6. Durante este periodo de tiempo completo en que ha tenido estas preocupaciones y sentimientos de tensión/ansiedad, ¿ha estado tomando con cierta regularidad algún tipo de sustancia (ej.: drogas de abuso, medicación...)?

SÍ:.....
 NO:.....

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Especificar (tipo; cantidad; datos de consumo):.....
.....
.....

7. Durante este periodo actual en que ha estado preocupado y con sentimientos de tensión/ansiedad, ¿ha tenido alguna condición física (ej.: hipertiroidismo)?
Sí:.....
NO:.....

Especificar (tipo; fecha de comienzo/remisión):.....
.....
.....

8a. En este periodo de tiempo actual, en el que estas preocupaciones y síntomas de tensión/ansiedad se convierten en un problema en el que tienen lugar de forma constante, estuvo preocupado por la preocupación o síntomas y los encontró difíciles de controlar, o ellos interferían en su vida de algún modo? (señalar: si el paciente no precisa la fecha de comienzo, intentar averiguar información más específica, como vinculando el comienzo con hechos objetivos de su vida)

Fecha de comienzo:.....Mes.....Año.

b. ¿Puede recordar algo que pudo haber propiciado este problema?.....
.....
.....

c. ¿Estuvo sometido a algún tipo de estrés durante esta época?

SÍ:.....

NO:.....

¿Qué estaba sucediendo en su vida en ese momento?
.....
.....
.....
.....

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

¿Experimentó dificultades o cambios en :

(1) Familia/relaciones?

(2) Trabajo/estudios?

(3) Economía?

(4) Sucesos legales?

(5) Salud (propia/otros)?

9 Además de este periodo de preocupación y tensión/ansiedad, han habido otros periodos separados de tiempo en que hubiera tenido los mismos problemas?

SÍ:..... NO:.....

Si lo ha habido, regresar al apartado de PREGUNTAS INICIALES y preguntar 2b y 2c.

Si no lo ha habido, pasar a o al TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.

GAD-7

A lo largo de las <u>dos últimas semanas</u> , ¿con qué frecuencia te han molestado los siguientes problemas?	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi a diario
Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o notar que se le ponen los nervios de punta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Preocuparse demasiado por varias cosas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Dificultad para relajarse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Estar tan intranquilo/a que le es difícil sentarse y quedarse quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3
Sentirse molesto/a o irritable fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3
Sentirse asustado como si algo horrible fuera a ocurrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

Puntuación ____ Sumar ____ + ____ + ____

Total Columnas

Si marcaste alguno de los problemas, ¿qué grado de dificultad han supuesto estos problemas para cumplir con tu trabajo, hacerte cargo de cosas en casa o llevarte bien con otras personas?

En absoluto difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CPA

1.- ¿Qué asuntos o problemas le preocupan más frecuentemente?

a. _____	d. _____
b. _____	e. _____
c. _____	f. _____

2.- ¿Sus preocupaciones parecen excesivas o exageradas?. (Marque el número correspondiente)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En absoluto				Moderadamente				Totalmente
				excesivas				excesivas

3.- ¿En los últimos seis meses cuántas veces se ha sentido incómodo, molesto por una preocupación excesiva?.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En absoluto				1 ó 2 días				Diariamente

4.- ¿Ha tenido dificultades para controlar sus preocupaciones ?. Por ejemplo, cuando comienza a sentirse preocupado por algo, ¿tiene dificultades para dejar de estarlo?.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En absoluto				Dificultad				Dificultades

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

moderada

severas

5.- ¿Durante los últimos seis meses, ¿en qué medida se ha sentido afectado por las siguientes sensaciones cuando estaba preocupado o ansioso? (Señale el grado de cada sensación según la siguiente escala).

0 1 2 3 4 5 6 7 8
En absoluto Medianamente Totalmente

- _____ - Inquieto, intranquilo, sensible-emocionado o nervioso.
 - _____ - Agotarse con facilidad.
 - _____ - Dificultad para concentrarse, tener la mente en blanco.
 - _____ - Irritabilidad.
 - _____ - Tensión muscular.
 - _____ - Alteraciones del sueño (le cuesta quedarse dormido o tiene un sueño poco reparador).
- 6.- ¿En qué medida la preocupación o la ansiedad interfieren su vida, por ejemplo, su vida familiar, su trabajo, su vida social, etc ?.

0 1 2 3 4 5 6 7 8
En absoluto Medianamente Totalmente

P.S.W.Q.

INSTRUCCIONES

Elija en cada ítem la alternativa que mejor le defina, poniendo el número correspondiente a dicha alternativa y marcando con una equis (X), teniendo en cuenta la siguiente escala:

NADA CARACTERÍSTICO DE MI	POCO CARACTERÍSTICO DE MI	MODERADAMENTE CARACTERÍSTICO DE MI	MUY CARACTERÍSTICO DE MI	EXTREMADAMENTE CARACTERÍSTICO DE MÍ
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1.Si no tengo tiempo para hacer todo, no me preocupop por ello.					
2.Mis preocupaciones me abruman.					
3.No suelo preocuparme por las cosas.					
4.Muchas situaciones me dejan preocupado					
5.Sé que no debería preocuparme por las cosas, pero no puedo evitarlo					
6.Cuando estoy presionado por algo, me preocupo mucho					
7.Siempre estoy preocupado por algo					
8.Me resulta fácil rechazar los pensamientos preocupantes.					
9.Tan pronto como termino una tarea, empiezo a preocuparme por todo lo que me queda por hacer.					
10.Nunca me preocupo por nada.					
11.Cuando no puedo hacer nada más sobre algo que me preocupa, dejo ya de preocuparme					

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

12.Toda mi vida me he preocupado mucho por las cosas.					
13.Me doy cuenta de que siempre estoy preocupándome por cosas.					
14.Una vez que he comenzado a preocuparme por algo, ya no puedo parar					
15.Todo el tiempo estoy preocupado por algo.					
16.Suelo preocuparme por proyectos hasta que están concluidos.					

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

DECLARO:

QUE EI/LA TERAPEUTA....., que proporciona la información, me ha explicado en qué consiste la TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC):

- 1.- Es un procedimiento cognitivo-conductual que permite identificar los pensamientos, las emociones y las conductas que actualmente mantienen algunos problemas psicológicos.
- 2.- La TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL sigue inicialmente de un modelo PSICOEDUCATIVO.
- 3.- La Terapia Cognitivo-Conductual se caracteriza por la importancia y relevancia que se le da al trabajo para casa, o tareas para casa por parte de usted.
- 4.- He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la TERAPEUTA que me ha atendido y me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
- 5.- Los datos personales y de los cuestionarios son **estrictamente confidenciales** y se rigen por la ley de protección de datos vigentes, además de por la Ética Profesional del/la terapeuta y el Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos.
- 6.- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
- 7.- Que el programa que me ofertan está validado empíricamente, y es el que se adecua a mi situación actual.
- 8.- En algún momento las sesiones de terapia serán grabadas en video, pero siempre se aplicarán las consideraciones del punto 5.
- 9.- Este estudio está subvencionado por la Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS) de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, nº proyecto 39/08.
- 10.- Este estudio tiene un informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de la Laguna
- 11.- En cualquier momento se puede poner en contacto con nosotros a los teléfonos 922 31 7465, 622 47 1957 y 622 48 1957

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo los objetivos del programa. Y en tales condiciones CONSIENTO asistir a las sesiones de entrenamiento del programa.

Fdo. EL/LA TERAPEUTA Fdo.: LA PERSONA ARRIBA MENCIONADA

En La Laguna a..... de..... de 2010

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

ANEXO III

CUESTIONARIOS A CUMPLIMENTAR EN CASA

ONP INSTRUCCIONES

Las personas reaccionan de forma diferente cuando se enfrenta a los problemas cotidianos (ej. Problemas de salud, falta de tiempo, discusiones. etc.). Por favor, emplee la siguiente escala para indicar el grado en que los siguientes ítems se corresponden con la forma en que reacciona o piensa cuando se encuentra con problemas. Por favor, rodee el número que mejor se adapte a usted en cada ítems.

NADA CARACTERÍSTICO DE MI	POCO CARACTERÍSTICO DE MI	MODERADAMENTE CARACTERÍSTICO DE MI	MUY CARACTERÍSTICO DE MI	EXTREMADAMENTE CARACTERÍSTICO DE MÍ
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Percibo los problemas como una amenaza para mi bienestar.					
2. Con frecuencia dudo de mi capacidad para resolver problemas.					
3. A menudo, incluso antes de intentar encontrar una solución, me digo a mí mismo que es difícil resolver problemas					
4. Muchas veces mis problemas me parecen insuperables.					
5. Cuando intento resolver un problema, a menudo cuestiono mis capacidades.					
6. Con frecuencia tengo la impresión de que mis problemas no se pueden solucionar.					
7. Incluso cuando consigo encontrar algunas soluciones a mis problemas, dudo de que puedan resolverse con facilidad					
8. Suelo ver los problemas como un peligro.					
9. Mi primera reacción cuando me enfrento a problemas es cuestionar mis capacidades.					
10. A menudo veo mis problemas mayores de los que realmente son.					
11. Aunque mire un problema desde todos los ángulos posibles, me pregunto si la solución que he decidido será eficaz.					
12. Considero los problemas como obstáculos que interfieren en mi funcionamiento.					

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

**PP-II
INSTRUCCIONES**

A continuación aparece una serie de afirmaciones que pueden estar relacionadas con la preocupación. Por favor, recuerde las veces en que se preocupa y marque con una (X) la alternativa que más se ajuste a usted. Para ello tiene cinco alternativas de respuestas con el código que se señala a continuación:

NADA CARACTERÍSTICO DE MI	POCO CARACTERÍSTICO DE MI	MODERADAMENTE CARACTERÍSTICO DE MI	MUY CARACTERÍSTICO DE MI	EXTREMADAMENTE CARACTERÍSTICO DE MÍ
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Si no me preocupo, me volveré descuidado e irresponsable.					
2. Si me preocupo, me molestarán menos los imprevistos.					
3. Me preocupo con el fin de saber qué hacer.					
4. Si me preocupo de antemano, me frustraré menos si sucede algo grave.					
5. El preocuparme me ayuda a planificar mi comportamiento de cara a resolver un problema					
6. El acto de preocuparse en sí mismo puede prevenir que tengan lugar contratiempos.					
7. Si no me preocupase, sería una persona descuidada.					
8. Es preocupándome cuando finalmente emprendo el trabajo que debo hacer.					
9. Me preocupo porque pienso que puede ayudarme a encontrar una solución a mi problema.					
10.El hecho de que me preocupe muestra que soy una persona que cuida de sus asuntos.					
11 Pensar demasiado en cosas positivas puede impedir que sucedan.					
12.El hecho de que me preocupe confirma que soy una persona prudente					
13.Si llega una desgracia, me sentiré menos responsable si me he estado preocupando sobre ello de antemano.					
14. Preocupándome puedo encontrar una mejor manera de hacer las cosas.					
15. Preocuparme me estimula y me vuelve más eficaz.					
16.El preocuparme me incita a la acción.					
17. El acto de preocuparse en sí mismo reduce el riesgo de que algo serio suceda.					
18.Preocupándome, hago ciertas cosas que no haría en otro caso.					
19.El hecho de preocuparme me motiva a hacer las cosas que debo hacer					
20. Mis preocupaciones pueden, por sí mismas, reducir los riesgos de peligro.					
21 .Si me preocupo menos, disminuyo mis oportunidades de encontrar la mejor solución.					
22. El hecho de que yo me preocupe me permitirá sentirme menos culpable si sucede algo grave.					
23, Si me preocupo, cuando tengan lugar eventos negativos estaré menos triste.					
24. Al no preocuparse, uno puede atraer desgracias.					
25. El hecho de que me preocupe demuestra que soy una buena persona.					

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumphA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

**CEC
INSTRUCCIONES**

Las personas reaccionan de forma distinta a determinados tipos de pensamientos. Por favor, utiliza la siguiente escala para indicar hasta qué punto cada una de las siguientes afirmaciones es característica del modo en que tú respondes ante determinados pensamientos. Por favor, rodea el número apropiado (1 a 5)

NADA CARACTERÍSTICO DE MI	POCO CARACTERÍSTICO DE MI	MODERADAMENTE CARACTERÍSTICO DE MI	MUY CARACTERÍSTICO DE MI	EXTREMADAMENTE CARACTERÍSTICO DE MÍ
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Hay cosas en las que prefiero no pensar					
2. Evito determinadas situaciones que me hacen prestar atención a cosas en las que no quiero pensar					
3. Sustituyo imágenes mentales amenazantes por cosas que yo mismo me digo mentalmente					
4. Pienso en las cosas que me preocupan como si fueran a ocurrirle a otra persona					
5. Tengo pensamientos que intento evitar.					
6. Intento no pensar en los aspectos más preocupantes de algunas situaciones para no tener demasiado miedo.					
7. A veces evito las cosas que me pueden disparar pensamientos preocupantes/molestos					
8. Me distraigo para evitar pensar en ciertos temas que me perturban.					
9. Evito las personas que me hacen pensar en cosas en las que no quiero pensar.					
10. A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos.					
11. Pienso en detalles sin importancia para no pensar en cosas importantes que me preocupan.					
12. A veces me meto de lleno/me entrego en una actividad para no pensar en ciertas cosas.					
13. Con tal de evitar pensar en temas que me preocupan, me obligo a pensar en otra cosa.					
14. Hay cosas en las que intento no pensar					
15. No paro de decirme cosas en mi cabeza para evitar visualizar escenarios (una serie de imágenes mentales) que me producen miedo.					
16. A veces evito lugares que me hacen pensar en cosas en las que preferiría no pensar.					
17. Pienso en hechos pasados para no pensar en sucesos futuros que me hacen sentir inseguro/a					
18. Evito comportamientos/actuaciones que me recuerdan cosas en las que prefiero no pensar.					
19. Cuando tengo imágenes mentales que me molestan/preocupan, me digo cosas mentalmente para sustituir las imágenes.					
20. Pienso en muchas cosas sin importancia (irrelevantes, triviales) para no pensar en cosas más importantes					

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

21. A veces me mantengo ocupada/o para impedir que me asalten pensamientos en mi mente.					
22. Evito situaciones que van ligadas a personas que me hacen pensar en cosas desagradables.					
23. En lugar de tener imágenes de sucesos preocupantes en mi cabeza, intento describir los hechos utilizando un monólogo interno (cosas que me digo dentro de mi cabeza)					
24. Aparto de golpe las imágenes mentales relacionadas con situaciones amenazantes para intentar describir la situación utilizando un monólogo interno					
25. Pienso en cosas que preocupan a otras personas en lugar de pensar en mis propias preocupaciones					

**IUI-PARTE-A
INSTRUCCIONES**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que demuestran como las personas pueden reaccionar ante la incertidumbre de la vida. Por favor, lea cada una de las frases atentamente y conteste a cada una de ellas teniendo en cuenta la siguiente escala:

NADA CARACTERÍSTI CO DE MI	POCO CARACTERÍSTI CO DE MI	MODERADAME NTE CARACTERÍSTI CO DE MI	MUY CARACTERÍSTI CO DE MI	EXTREMADAME NTE CARACTERÍSTI CO DE MÍ
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1.- Tengo dificultad para aceptar que el futuro es incierto.					
2.- Encuentro insoportable no tener garantías en la vida.					
3.- Los otros parecen tolerar la incertidumbre mejor que yo.					
4.- Encuentro intolerable que ciertos aspectos de la vida no estén determinados de antemano.					
5.- Tengo dificultad para tolerar la posibilidad de que me pueda ocurrir algo negativo.					
6.- Cuando estoy esperando una noticia importante, se me hace difícil permanecer en la incertidumbre					
7.- Encuentro intolerable tener que lidiar con situaciones impredecibles.					
8.- Realmente no soporto las situaciones en las que desconozco lo que va a pasar.					
9.- (El hecho de) No saber por adelantado qué sucederá, a menudo es inaceptable para mí.					
10.- Las esperas son insoportables para mí cuando no sé lo que va a ocurrir.					
11.- Tengo dificultad para tolerar las incertidumbres de la vida.					
12.- Cuando pienso que algo malo podría producirse, difícilmente puedo mantenerme en la incertidumbre.					
13.- Preferiría saber todo enseguida, en vez de continuar con la incertidumbre.					

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

14.- Se me hace difícil tolerar la posibilidad de que algo inesperado pueda surgir.					
15.- Necesito estar seguro de lo que asumo. Tengo necesidad de certezas sobre lo que emprendo.					

IUI-PARTE-B

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que demuestran como las personas pueden reaccionar ante la incertidumbre de la vida. Por favor, lea cada una de las frases atentamente y conteste a cada una de ellas teniendo en cuenta la siguiente escala:

NADA CARACTERÍSTI CO DE MI	POCO CARACTERÍSTI CO DE MI	MODERADAME NTE CARACTERÍSTI CO DE MI	MUY CARACTERÍSTI CO DE MI	EXTREMADAME NTE CARACTERÍSTI CO DE MÍ
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1.- Prefiero evitar las situaciones inciertas.					
2.- Cuando me encuentro en una situación incierta, tiendo a dudar sobre lo que estoy haciendo.					
3.- Cuando surge un imprevisto, suelo exagerar las posibilidades de que ocurra lo peor.					
4.- Tengo tendencia a querer dirigir a los demás para que no les ocurra nada inesperado.					
5.- Suelo recurrir a los demás para que me apacigüen, cuando no sé lo que va a ocurrir.					
6.- Me preocupo mucho por las incertidumbres de la vida.					
7.- A menudo tengo dudas sobre mí mismo cuando una situación es incierta.					
8.- La posibilidad de que un evento negativo pueda ocurrir me lleva a evitar ciertas actividades.					
9.- Cuando no estoy seguro/a, necesito ser tranquilizado por los demás.					
10.- Debo controlar todo con el propósito de impedir que sobrevengan consecuencias negativas.					
11.- Tiendo a pedir la opinión de los demás cuando estoy inseguro sobre lo que va a pasar.					
12.- Evito las situaciones en las cuales algo no previsto es probable que surja.					
13.- Cuando el resultado de un evento es incierto, a menudo dudo de haber hecho todo lo necesario.					
14.- Cuando un suceso negativo puede llegar a producirse, generalmente sobreestimo la probabilidad de que ocurra.					
15.- Tiendo a preocuparme cuando estoy inseguro/a de lo que va a pasar					
16.- Suelo solicitar la misma información a diversas personas para tranquilizarme sobre lo que va a suceder.					
17.- Las situaciones inciertas me preocupan.					
18.- Cuando no tengo certeza sobre lo que va a pasar, tiendo a controlar todo.					
19.- Cuando desconozco lo que va a suceder, a menudo sobreestimo la probabilidad de que ocurra una desgracia.					

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

20.- Me preocupa pensar que algo inesperado pueda suceder.						
21.- Cuando tengo incertidumbre, tiendo a poner en duda mis capacidades.						
22.- Tiendo a no embarcarme en actividades que impliquen algún grado de incertidumbre.						
23.- Cuando no estoy seguro, tiendo a sobreestimar las posibilidades de que las cosas salgan mal.						
24.- Tiendo a querer controlar las actividades de mis seres queridos, con el fin de disminuir las posibilidades de que algo malo les suceda.						
25.- Incluso cuando es improbable que un hecho negativo ocurra, necesito que me aseguren repetidamente que todo va a ir bien.						
26.- Prefiero desistir de un proyecto, en vez de tener que convivir con la incertidumbre.						
27.- Prefiero controlar todo, con el fin de disminuir las incertidumbres.						
28.- Me preocupa no conocer lo que me depara el futuro.						
29.- Ante una situación incierta, tiendo a exagerar las posibilidades de que las cosas vayan mal.						
30.- A menudo tiendo a poner en duda mis elecciones, cuando no tengo certeza de lo que va a suceder.						

BDI-II
INSTRUCCIONES

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1	(0) No me siento triste habitualmente (1) Me siento triste gran parte del tiempo (2) Me siento triste continuamente (3) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo	12	(0) No he perdido el interés por otras personas o actividades (1) Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades (2) He perdido la mayor parte de mi interés por los demás y por las cosas (3) Me resulta difícil interesarme en algo
2	(0) No estoy desanimado/a sobre mi futuro (1) Me siento más desanimado/a sobre mi futuro que antes (2) No espero que las cosas mejoren (3) Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán	13	(0) Tomo decisiones más o menos como siempre (1) Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre (2) Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre (3) Tengo problemas para tomar cualquier decisión
3	(0) No me siento fracasado (1) He fracasado más de lo que debería (2) Cuando miro hacia atrás, veo fracaso tras fracaso	14	(0) No me siento inútil (1) No me considero tan valioso y útil como solía ser (2) Me siento inútil en comparación con otras personas

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

	(3) Me siento una persona totalmente fracasada		(3) Me siento completamente inútil
4	(0) Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes (1) No disfruto de las cosas tanto como antes (2) Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba (3) No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba	15	(0) Tengo tanta energía como siempre (1) Tengo menos energía de la que solía tener (2) No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas (3) No tengo suficiente energía para hacer nada
5	(0) No me siento especialmente culpable (1) Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho (2) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo (3) Me siento culpable constantemente	16	(0) No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño (1a) Duermo algo más de lo habitual (1b) Duermo algo menos de lo habitual (2a) Duermo mucho más de lo habitual (2b) Duermo mucho menos de lo habitual (3a) Duermo la mayor parte del día (3b) Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
6	(0) No siento que esté siendo castigado/a (1) Siento que puedo ser castigado/a (2) Espero ser castigado/a (3) Siento que estoy siendo castigado/a (4) Quiero que me castiguen	17	(0) No estoy más irritable de lo habitual (1) Estoy más irritable de lo habitual (2) Estoy mucho más irritable de lo habitual (3) Estoy irritable continuamente
7	(0) Siento lo mismo que antes sobre mí mismo/a (1) He perdido confianza en mí mismo/a (2) Estoy decepcionado/a conmigo mismo/a (3) No me gusta	18	(0) No he experimentado ningún cambio en mi apetito (1a) Mi apetito es algo menor de lo habitual (1b) Mi apetito es algo mayor de lo habitual (2a) Mi apetito es mucho menor que antes (2b) Mi apetito es mucho mayor de lo habitual (3a) He perdido completamente el apetito. (3b) Tengo ganas de comer continuamente
8	(0) No me critico o me culpo más que antes (1) Soy más crítico conmigo mismo/a de lo que solía ser (2) Critico todos mis defectos (3) Me culpo por todo lo malo que sucede	19	(0) Puedo concentrarme tan bien como antes (1) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente (2) Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo (3) No puedo concentrarme en nada
9	(0) No tengo ningún pensamiento de suicidio (1) Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo (2) Me gustaría suicidarme (3) Me suicidaría si tuviese la oportunidad	20	(0) No estoy más cansado o fatigado que de costumbre (1) Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

			(2) Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas cosas que antes solía hacer (3) Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer
10	(0) No lloro más de lo que solía hacerlo (1) Lloro más que lo que solía hacerlo (2) Lloro por cualquier cosa (3) Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo	21	(0) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. (1) Estoy menos interesado/a por el sexo de lo que solía estar (2) Estoy mucho menos interesado/a por el sexo ahora (3) He perdido completamente el interés por el sexo
11	(0) No estoy más inquieto o agitado que de costumbre (1) Me siento más inquieto o agitado que de costumbre (2) Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto (3) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo		

SA-45

INSTRUCCIONES

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos *durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy)* rodeando con un círculo el número que corresponda.

Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

Nada en absoluto	Un poco presente	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente
0	1	2	3	4

1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás					
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle					
4. Oír voces que otras personas no oyen					
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas					
6. Tener miedo de repente y sin razón					
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar					
8. Miedo a salir de casa solo/a					
9. Sentirse solo/a					
10. Sentirse triste					
11. No sentir interés por las cosas					
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad					
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos					
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso					

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta					
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien					
17.Sentirse inferior a los demás					
18.Dolores musculares					
19.Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted					
20.Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace					
21.Tener dificultades para tomar decisiones					
22.Sentir miedo a viajar en guagua, metro o tren					
23.Sentir calor o frío de repente					
24.Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo					
25.Que se le quede la mente en blanco					
26.Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo					
27.Sentirse desesperanzado con respecto al futuro					
28.Tener dificultades para concentrarse					
29.Sentirse débil en alguna parte del cuerpo					
30.Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a					
31.Pesadez en los brazos o en las piernas					
32.Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted					
33.Tener pensamientos que no son suyos					
34.Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien					
35.Tener ganas de romper algo					
36.Sentirse muy cohibido/a entre otras personas					
37.Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)					
38.Ataques de terror o pánico					
39.Tener discusiones frecuentes					
40.El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros					
41.Sentirse inquieto/a o intranquilo/a					
42.La sensación de ser un/a inútil o no valer nada					
43.Gritar o tirar cosas					
44.La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara					
45.La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados					

ESCALA DE EVENTOS VITALES ESTRESANTES
INSTRUCCIONES

Señalar la ocurrencia de los eventos que se recogen en los ÚLTIMOS 6 MESES

EVENTOS	SI	NO
1. Muerte de la pareja		
2. Divorcio		
3. Separación		
4. Fin de encarcelamiento		
5. Fallecimiento de un familiar cercano		

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

6. Enfermedad o accidente		
7. Matrimonio		
8. Despido		
9. Reconciliación con la pareja		
10. Jubilación		
11. Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia		
12. Embarazo		
13. Trastornos sexuales		
14. Nuevo miembro de la familia		
15. Reajuste laboral		
16. Cambio en la situación económica		
17. Muerte de un amigo o amiga		
18. Cambio en la orientación profesional		
19. Cambio en la frecuencia de las discusiones con la pareja		
20. Hipoteca		
21. Devolución de un préstamo o amortización de una hipoteca		
22. Cambio de responsabilidades en el trabajo		
23. Hijo o hija que abandona el hogar		
24. Problemas con la justicia		
25. Realización personal incompleta		
26. La pareja consigue o deja un empleo		
27. Comienzo o final de la escolaridad		
28. Cambio en las condiciones de vida		
29. Reajuste en los hábitos personales		
30. Problemas con los superiores		
31. Cambio en los horarios o en las condiciones de trabajo		
32. Cambio de residencia		
33. Cambio de colegio		
34. Cambio en las actividades de ocio		
35. Cambio en la actividad religiosa		
36. Cambio en las actividades sociales		
37. Hipoteca o préstamo de poca importancia		
38. Cambios en los hábitos de sueño		
39. Cambio en la frecuencia de las reuniones familiares		
40. Cambios en los hábitos de la alimentación		
41. Vacaciones		
42. Fiestas navideñas		
43. Infracciones menores de la ley		

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

EI INSTRUCCIONES

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se señalan a continuación.

Trabajo y/o estudios

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o los estudios se ha visto afectado:

1	2	3	4	5	6
NADA	CASI NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO

Vida social

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (mis relaciones de amistad con otras personas), se ha visto afectada:

1	2	3	4	5	6
NADA	CASI NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO

Tiempo libre

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:

1	2	3	4	5	6
NADA	CASINADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO

Relaciones de pareja

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja(o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:

1	2	3	4	5	6
NADA	CASI NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO

Vida familiar

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

1	2	3	4	5	6
NADA	CASINADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO

Escala Global

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

1	2	3	4	5	6
NADA	CASI NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO

ANEXO IV

CALPAS-P INSTRUCCIONES

A continuación hay una lista de preguntas que describen actitudes que pueden tener las personas acerca de su tratamiento o de su terapeuta. Piensa en la sesión **que acabas de completar**. Pon una **equis (X)** en el número que mejor indica el grado en que la pregunta describe tu experiencia.

PACIENTE:.....TERAPEUTA:.....SESIÓN
Nº:.....FECHA:.....

1. ¿Te sentiste tentado/a dejar el tratamiento cuando estabas disgustado/a o desilusionado/a con el tratamiento?	1	2	3	4	5	6	7
2. ¿Te sentías presionado/a por tu terapeuta para hacer cambios antes de que estuvieras preparado/a?							
3. Cuando tu terapeuta comentaba sobre una situación ¿te acordabas de otras situaciones similares de tu vida?							
4. ¿Sentiste que aunque hubieras tenido momentos de duda, confusión o falta de confianza, que el tratamiento en general vale la pena?							
5. Los comentarios de tu terapeuta ¿te llevaron a creer que tu terapeuta hubiera antepuesto sus necesidades a las tuyas?							
6. Cuando se te ocurrieron cosas importantes, ¿con qué frecuencia te las guardaste en vez de compartirlas con tu terapeuta?							
7. ¿Te sentías aceptado/a y respetado/a por tu terapeuta por ser quién eres?							
8. ¿Hasta qué punto contuviste tus sentimientos durante esta sesión?							
9. ¿Encontraste que los comentarios de tu terapeuta no ayudaban; es decir, eran confusos, erróneos o no se aplicaban realmente a ti?							
10. ¿Sentías que estabas trabajando junto con tu terapeuta, que los dos estaban unidos en una lucha para vencer tus problemas?							
11. ¿Qué libertad tenías para hablar de asuntos personales que normalmente te producen vergüenza o te da miedo poner de manifiesto?							
12. Durante esta sesión, ¿cuán dispuesto/a estabas a continuar luchando con tus problemas incluso aunque no podías ver siempre una solución inmediata?							
13. Durante esta sesión, ¿cuán dedicado estaba tu terapeuta a ayudarte a vencer tus dificultades?							
14. ¿Sentías que no estabas de acuerdo con tu terapeuta sobre el tipo de cambios que querías hacer en tu tratamiento?							
15. ¿Hasta qué grado resentías el tiempo, coste, u otras exigencias de tu tratamiento?							
16. ¿Sentías que tu terapeuta comprendía lo que tú esperabas sacar de la sesión?							
17. Durante esta sesión, ¿cuán importante era que buscaras las formas en que tú podrías estar contribuyendo a tus propios problemas?							
18. ¿Con qué frecuencia te encontrabas pensando que este tratamiento no era la mejor forma de conseguir ayuda para tus problemas?							
19. El tratamiento que has recibido en esta sesión ¿se ajustaba a tus ideas sobre lo que ayuda a las personas en tratamiento?							
20. ¿Sentías que trabajabas en contra de tu terapeuta, que no compartías el mismo sentido de cómo proceder para que consiguieras la ayuda que quieres?							
21. ¿Qué grado de confianza sentías de que, a través de tus propios esfuerzos y los de tu terapeuta vas a conseguir el alivio de tus problemas?							
22. ¿Tenías la impresión de que no podías profundizar en tu comprensión de lo que te molesta?							

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

23. ¿Hasta qué punto estabas en desacuerdo con tu terapeuta sobre los asuntos más importantes para trabajar durante esta sesión?									
24. ¿Hasta qué grado tu terapeuta te ayudó a conseguir una comprensión más profunda de tus problemas?									

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

ANEXO V

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO (CST) INSTRUCCIONES

Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro programa contestando algunas preguntas acerca de los servicios que ha recibido. Estamos interesados en sus opiniones sinceras, ya sean positivas o negativas. Por favor, conteste todas las preguntas señalando con una X la respuesta elegida.

1.- ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?

EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA

2.- ¿Encontró la ayuda que buscaba?

NO	SI, PARCIALMENTE	SI, EN GENERAL	SI, TOTALMENTE

3.- ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho mis necesidades?

TOTALMENTE	EN GENERAL	PARCIALMENTE	NINGUNA

4.- Si un amigo/a necesitara una ayuda similar ¿le recomendaría nuestro programa?

NO	PROBABLEMENTE NO	PROBABLEMENTE SI	SÍ

5.- ¿En qué medida está satisfecho/a con la ayuda recibida?

MUCHÍSIMO	MUCHO	BASTANTE	POCO

6.- ¿Le ha ayudado el programa que ha recibido a hacer frente de manera más eficaz a sus problemas?

MUCHO	BASTANTE	POCO	NADA

7.- En conjunto, ¿en qué medida está satisfecho con el programa recibido?

MUCHO	BASTANTE	POCO	NADA

8.- Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?

NO	PROBABLEMENTE NO	PROBABLEMENTE SÍ	SÍ

ANEXO VI

**MANUAL DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL Y METACOGNITIVO
DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

MANUAL DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL Y METACOGNITIVO DEL TAG

TRATAMIENTO PASO A PASO

Dr Manuel González Rodríguez

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS
PSICOLÓGICOS . FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA
(ULL). OCTUBRE DE 2012. © Manuel González Rodríguez

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

ÍNDICE:

Módulo 1: PSICOEDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN CONCIENCIA DE LA PREOCUPACIÓN.

- FORMATO PARA LAS SESIONES DE TERAPIA
- a. Presentación de los Principios de la Terapia Cognitivo-Conductual
 - b. Explicación del diagnóstico del TAG
 - c. Introducción al modelo: Los síntomas del TAG
 - d. Entrenamiento en toma de conciencia de la preocupación

Módulo 2: RECONOCIMIENTO DE LA INCERTIDUMBRE Y EXPOSICIÓN CONDUCTUAL

- *Analogía de la alergia*
- *Analogía de gafas con filtros*
- a. Las manifestaciones de la intolerancia hacia la incertidumbre
- b. Indicaciones al afrontar la incertidumbre

Módulo 3: REEVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DE PREOCUPARSE

- a. Identificación de creencias positivas sobre la utilidad de la preocupación
- b. Estrategias para reevaluar las creencias positivas sobre la preocupación
 1. Role-Play abogado-fiscal
 2. Desafíos específicos para las diferentes creencias hacia la preocupación.
- c. Reevaluación de las Creencias Positivas: ¿Una vida sin preocupación?

Módulo 4: ENTRENAMIENTO EN RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- a. Mejora de la Orientación al problema
 1. *Estrategias para mejorar la orientación al problema*
 2. *Reconocer los problemas antes de que sea demasiado tarde.*
 3. *Ver los problemas como una parte normal de la vida.*
 4. *Ver los problemas como oportunidades en lugar de cómo amenazas*
- b. Aplicación de las habilidades de resolución de problemas
 1. *Definición del problema y Formulación de la Meta*
 2. *Generación de soluciones alternativas*
 3. *Tomar la decisión*
 4. *Implementación de la Solución y Verificación*
- c. Una nota final sobre la resolución de problemas

Módulo 5: EXPOSICIÓN EN IMAGINACIÓN

- a. La Futilidad de la Evitación Cognitiva
 1. *Instrucciones para el experimento del oso blanco.*
- b. Una alternativa a la evitación y neutralización.
- c. Preparar el escenario de exposición.
 1. Identificar el Tema de Exposición: la técnica de la flecha hacia abajo.
 2. Preparar un borrador preliminar del escenario de exposición
 3. Finalizar el escenario.
 4. Grabar el escenario para la exposición repetida.
- d. Llevar a cabo la exposición.
 1. La primera sesión de exposición.
- e. Sesiones de exposición posteriores.

Módulo 6: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

- a. Mantenimiento diario
- b. Identificar situaciones de riesgo.
- c. Preparación para situaciones de riesgo.
- d. Un apunte final.

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

INTRODUCCIÓN

Presentación de los principios de la Terapia Cognitivo Conductual

El presente manual ha sido diseñado como complemento de la terapia cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Como la terapia se sustenta sobre un modelo educativo, el cliente necesitará recordar y aplicar varios principios fundamentales. El manual se divide en distintos objetivos, cada uno de los cuales proporcionan al cliente habilidades para afrontar su preocupación y ansiedad. La terapia que se presenta en el manual ha sido puesta a prueba en dos estudios controlados de manera aleatoria (Dugas et al., 2003; JCCP; Ladouceur et al., JCCP) y los resultados ponen de manifiesto que es eficaz para la mayoría de las personas que padecen de TAG. Con el fin de ayudar al cliente a prepararse para la terapia, existen varios principios básicos sobre la terapia cognitivo-conductual que debería conocer. Los siguientes párrafos presentan y discuten estos principios.

TRATAMIENTO PASO A PASO

A lo largo de este texto, presentaremos una ilustración detallada de nuestro protocolo de tratamiento. Aunque el manual que nosotros empleamos en nuestra práctica clínica tiene una distribución dividida por sesiones, la descripción presentada en este capítulo sigue un formato más flexible. En concreto, como con la visión general del tratamiento (véase capítulo 4), este capítulo se organiza conforme a los distintos módulos de tratamiento. Se anima a los terapeutas a invertir tanto tiempo como sea necesario en cualquier módulo antes de pasar al siguiente. Se proporcionan pautas en cuanto a cuándo determinados módulos puedan ser introducidos con la meta final de proporcionar un manual flexible que pueda ser adaptado a las necesidades individuales de cada cliente. Durante todo el capítulo, se proporcionan ejemplos de modos de presentar el material. Aunque estas formulaciones se basan en nuestra experiencia con clientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), sólo son ejemplos de cómo presentar el material; sin lugar a dudas los terapeutas querrán modificar el texto para adaptarse mejor a su "estilo clínico".

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

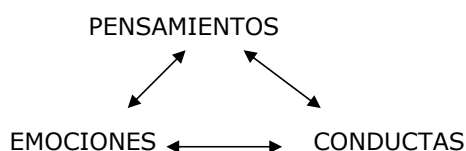
MÓDULO 1: PSICOEDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN CONCIENCIA DE LA PREOCUPACIÓN.

Presentación de los Principios de la Terapia Cognitivo-Conductual

El primer objetivo de nuestro tratamiento es presentar los principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC). Probablemente los clientes no estén seguros de lo que implica, de modo que es importante explicar los principios desde el comienzo. Esto asegura que los clientes tendrán alguna comprensión de lo que se les pide, y el terapeuta estará en una posición de ayudarles a desarrollar expectativas realistas.

Es importante que la presentación de los principios de la TCC no se ofrezca de una forma rígida o autoritaria. En su lugar, debería emplearse el cuestionamiento socrático cada vez que sea posible para fomentar la comprensión (y valoración) de los principios de la TCC. Por ejemplo, a la hora de presentar la relación bidireccional entre pensamientos, emociones y conductas, puede ser particularmente útil el uso de un ejemplo ilustrativo:

Terapeuta: Uno de los principios guía de la TCC es que hay una fuerte relación entre el modo en que pensamos (nuestros pensamientos), el modo en que nos sentimos (nuestras emociones), y lo que hacemos (nuestras conductas). Generalmente representamos esta relación con un triángulo:



Terapeuta: Cada uno de estos tres factores influye en los otros dos. Por ejemplo, supongamos que tienes miedo a los perros. Si estás andando por la calle y de repente ves un perro, ¿qué es lo que probablemente piensas? (Aquí, el énfasis está en conseguir que los clientes participen, y que proporcionen ellos mismos las respuestas.)

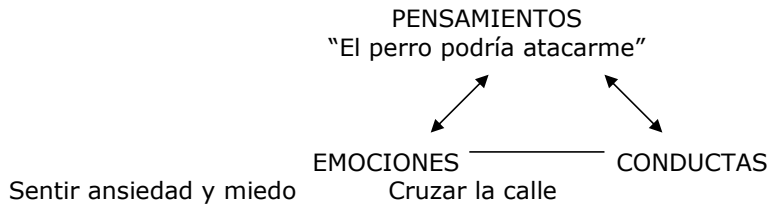
Cliente: Puede que piense: "¡Oh!, hay un perro. ¡Podría atacarme!"

Terapeuta: Correcto. Y ¿cómo eso influirá en cómo te sientas y lo que hagas?

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Ciente: Bien, probablemente me encuentre temeroso y ansioso, y además de la vuelta y camine hacia otro lado o cruce la calle.

Terapeuta: Exacto. Tu pensamiento ("podría atacarme") puede dar lugar a que te sientas con miedo y ansiedad, y que evites el perro.



Terapeuta. Ahora, si cruzas la calle y te alejas del perro, ¿qué podrías pensar y sentir?

Ciente: Probablemente me sentiría menos ansioso. Puede que me dijera a mí mismo que me alejé del perro y ya no puede mordirme, de modo que estoy a salvo.

Terapeuta. Correcto. Entonces, tanto tus pensamientos pueden influir en tus conductas y tus emociones, como esa relación puede ir en otras direcciones también. Tus conductas pueden influir en tus pensamientos y emociones, y tus emociones pueden tener un impacto sobre tus pensamientos y conductas. La TCC hace uso de esta relación para ayudarte a comprender tu problema de otro modo, y para ayudarte a estar menos ansioso y preocupado y tener mejor calidad de vida. Esto es, cuando has estado "viviendo" con tu problema durante algún tiempo, puedes haber desarrollado modos de comprender y manejar el problema que en realidad están manteniendo el problema o incluso empeorándolo. La TCC te ayudará a ver tu problema de forma diferente y te enseñará formas nuevas de manejarlo que sean más útiles y efectivas.

La colaboración activa entre el cliente y el terapeuta y completar los ejercicios semanales para casa son también principios importantes a tratar. Los clientes necesitan ser conscientes de que se espera que participen de un modo importante de su propio tratamiento. Si no se esfuerzan, tanto fuera como dentro de la sesión, es poco probable que detecten cualquier notable mejoría en sus síntomas. Aunque esta

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

información es extremadamente importante, puede sonar autoritaria o intimidatorio para los clientes, particularmente al comienzo del tratamiento cuando ellos aún no están seguros de lo que el tratamiento implicará. Una vez más, utilizando el cuestionamiento socrático, la información puede ser presentada de forma no amenazante y puede aumentar la motivación del cliente. Un ejemplo de cómo presentar esto se muestra a continuación:

Terapeuta: Una de las principales características de la TCC es que tanto tú como yo somos considerados expertos. Tú eres un experto cuando traes tu problema concreto, pues el conocimiento que tienes sobre tu problema será muy valioso en el tratamiento. Por otro lado, yo soy un experto en comprender problemas de una forma diferente y en enseñar habilidades que la gente puede utilizar para manejar sus problemas. Esto significa que es muy importante que los dos trabajemos juntos en la sesión. Yo necesitaré que participes en las sesiones porque el trabajo que dediques a tratar tu problema es el que dará lugar al cambio real. ¿Tiene esto sentido? Yo también te iré dando ejercicios que tendrás que hacer en casa durante la semana para que practiques nuevas habilidades o pongas a prueba nuevas ideas. ¿Por qué crees que es importante hacer estos ejercicios?

Cliente: No tengo ni idea. Realmente estoy un poco sorprendido de todo esto. Pensaba que usted iba a arreglar mi problema.

Terapeuta: Realmente, no voy a “resolver” el problema. Eres tú. Yo sólo voy a ayudarte a descubrir nuevas formas de manejar tus problemas, pero eres tú quien será responsable del cambio real.

Este punto es de vital importancia, particularmente en la TCC. Como se mencionó anteriormente, algunos clientes podrían esperar adoptar una postura pasiva, donde casi todo el trabajo lo realice el terapeuta. Si los clientes no manifiestan explícitamente sus expectativas sobre el tratamiento, el terapeuta podría tomarse tiempo en preguntarles qué creen que implicará la terapia. De este modo, cualquier idea preconcebida

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

falsa puede ser disipada lo antes posible. Volviendo a nuestro ejemplo de antes, una posible discusión sobre estos temas podría ser:

Terapeuta: Teniendo presente tu papel en el éxito del tratamiento, ¿por qué piensas que son necesarios los ejercicios fuera de las sesiones? Antes de que me respondas, déjame darte un ejemplo. Vamos a suponer que tú decides que quieres aprender a tocar el piano, así que te matriculas en 12 clases de 1 hora a la semana. ¿Qué sucedería si sólo tocas el piano durante las clases pero no en casa?

Cliente. Probablemente sería un pianista bastante mediocre.

Terapeuta: Probablemente. Pero ¿por qué sucede esto? Cuál es la diferencia entre tocar sólo el piano durante tus clases y practicar lo que has aprendido en el tiempo fuera de las lecciones.

Cliente: Bueno, obviamente, yo tocaría mejor si practicara más.

Terapeuta: Correcto. Cuando aprendes algo nuevo, tanto si es tocar el piano, aprender a conducir, o adquirir nuevos modos de manejar tu ansiedad, es sólo a través de la práctica repetida que mejoras tus habilidades y sentirás confianza mientras las utilizas. En otros términos, sería una pérdida de tiempo si no pusieras todo tu empeño en practicar las habilidades que aprendieras en la sesión. Sin la práctica repetida, no tendrías mucha experiencia con tus habilidades en el "mundo real" y probablemente no te sentirías mucho mejor.

Un método alternativo de presentar la base lógica de los ejercicios para casa es hacerlo en forma de "prescripciones conductuales". Es decir, del mismo modo que un médico receta medicamentos cuando paciente no se siente bien, el terapeuta asigna una "prescripción" semanal para los ejercicios externos a las sesiones.

Como se discutió en el Capítulo 4, el terapeuta debería también dar los pasos apropiados para que el cliente no esté tan temeroso de lo que se le pedirá desde el punto de vista de estos ejercicios. Es una buena idea invertir unos minutos en explicar a los clientes que no se les pedirá que hagan nada a menos que comprendan *por qué* es importante, tengan una buena idea de *cómo* hacerlo, y sepan *qué* esperar. Además, a los clientes

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

siempre se les preguntará si están de acuerdo con los ejercicios indicados. ¿Ven claramente su utilidad? ¿Se sienten capaces de hacerlos? ¿Les parece demasiado abrumador? Si es así, ¿qué pueden hacer que les produzca menos ansiedad, pero que aún así valga la pena? Cuando se desmitifica los ejercicios inter-sesiones de este modo, es más probable que los clientes estén motivados y realmente lleven a cabo los ejercicios.

Aunque la discusión sobre los principios de la TCC podría parecer que se trata de un proceso largo, tiene notables ventajas. Primero, permite al terapeuta asegurarse que los clientes no mantienen expectativas irreales sobre el tratamiento. Segundo, se puede incrementar la motivación del cliente mediante la exposición general de su importancia y su contribución al éxito del tratamiento. La discusión sobre los principios de la TCC también permite a los clientes concienciarse de lo que el tratamiento implicará y lo que se espera de ellos. Como los clientes deben al final determinar si la TCC es adecuada para ellos, esta información es necesaria con el fin de que el cliente pueda tomar una decisión informada. Finalmente, al tomarse tiempo en explicar estos principios, el terapeuta puede también contribuir al establecimiento de una fuerte alianza terapéutica, que puede tener una contribución clave en los resultados positivos del tratamiento.

Formato para las sesiones de terapia

Después de la presentación y discusión de los principios de la TCC, el terapeuta y el cliente deberían acordar un formato para las sesiones de terapia. Por ejemplo, podría acordarse de que las sesiones se dividieran en cuatro partes. La primera parte de cada sesión se dedicaría a la revisión de la tarea asignada durante la semana anterior. En ese momento, cliente y terapeuta discuten la nueva información obtenida al hacer el ejercicio y las conclusiones del cliente. En la segunda parte de cada sesión, el terapeuta presenta información nueva al cliente. Por ejemplo, la información sobre los principios de la TCC fue proporcionada en esta

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

sesión. En la tercera parte de cada sesión, el cliente y el terapeuta discuten cómo la nueva información se relaciona con la preocupación y ansiedad del cliente y cómo se traduce en cambios concretos en la vida del cliente. En la parte final de la sesión, el terapeuta y el cliente acuerdan la nueva tarea para la siguiente semana. La asignación de tarea integraría la nueva información y "empujaría" suavemente al cliente a conseguir un nuevo nivel de mejoría. Al final de cada sesión, el terapeuta proporciona los formularios para la tarea asignada si es que resultan necesarios.

Explicación del diagnóstico del TAG

Uno no puede asumir que un cliente que ha sido diagnosticado de TAG ha recibido una explicación adecuada de lo que conlleva este diagnóstico (a no ser que el clínico que le trata le proporcionase el diagnóstico). Como tal, la psicoeducación debería también incluir una descripción detallada del TAG. Esta información se proporciona para cerciorarnos de que los clientes comprenden su trastorno y para empezar a "normalizar" su experiencia. Entre los elementos que pueden discutirse está el hecho de que el TAG es uno de los trastornos de ansiedad y que su principal característica es la preocupación excesiva sobre múltiples hechos de la vida diaria. La cronicidad del trastorno puede también ser subrayada discutiendo el hecho de que aunque la duración mínima son seis meses para un diagnóstico de TAG (por definición), muchos individuos con TAG no pueden recordar un momento en que no se preocuparan excesivamente. Los síntomas somáticos asociados con el TAG, tales como fatiga, irritabilidad, y tensión muscular, también deberían analizarse. Sin embargo, en sintonía con nuestro objetivo de centrarnos en la preocupación excesiva, estos síntomas son mejor descritos sobre todo como el producto de una preocupación de larga duración.

Dado que la descripción del TAG tiene intención de informar a los clientes sobre sus problemas y de que comiencen a normalizar sus experiencias, debería tomarse algún tiempo para tratar los modelos categoriales y dimensionales de salud mental tal como se relacionan con el TAG. Nuestra posición es que el TAG, como otros trastornos de salud

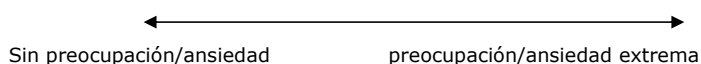
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

mental, se ve mejor desde una perspectiva dimensional. En concreto, creemos que, en su mayor parte, el TAG es una manifestación excesiva de un conjunto de síntomas que todos experimentamos en varios grados de vez en cuando. Un modo de que el terapeuta aborde esto es de la siguiente manera:

Terapeuta: Una forma de considerar el TAG es como un trastorno “todo-o- nada”. En otras palabras, o lo tienes completamente, o no lo tienes en absoluto. Esto se denomina en ocasiones como la perspectiva categorial en salud mental.



Terapeuta: Otra forma de considerar el TAG es como un conjunto de síntomas que pueden situarse en un continuo. Como todo el mundo se preocupa en algún grado, todos estaríamos en ese continuo, aunque en distintos lugares.



Terapeuta: A diferencia del modelo categorial, donde todo el mundo se sitúa en una de las dos “categorías”, el modelo dimensional sitúa a todo el mundo en puntos diferentes de un continuo, estando algunas personas más cerca del extremo “sin preocupación/ansiedad” y otras más próximas al punto “preocupación/ansiedad extrema”. Así que ¿cómo decidimos si alguien tiene TAG? En esencia, dibujamos una línea sobre el continuo que representa nuestra mejor estimación de los síntomas de TAG clínicamente significativos; luego asignamos un diagnóstico de TAG a las personas que sobrepasen esta línea o umbral.



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Terapeuta: ¿Hay una gran diferencia entre los individuos que caen justo un poco a la izquierda de la línea y los que caen sólo un poco a la derecha? Por supuesto, la respuesta es no, pero con el fin de que los profesionales de salud dental tengan un lenguaje común, necesitamos determinar un “umbral clínico” de modo que podamos estar de acuerdo en lo que constituye el diagnóstico de TAG. Al determinar el lugar de la persona sobre el continuo, los clínicos típicamente toman en consideración la severidad de los síntomas además del grado en el que los síntomas les producen malestar o deterioro. En otras palabras, en ausencia de malestar y deterioro una persona con elevados niveles de preocupación y ansiedad probablemente no recibirá el diagnóstico de TAG.

Como se puede haber observado a partir de la descripción del modelo dimensional, el énfasis se sitúa en la universalidad de los síntomas de la ansiedad. Como resultado, asignar un diagnóstico de TAG se convierte en una cuestión de *grado*. Para los clientes que están temerosos de comenzar un tratamiento para un “problema de salud mental”, este tipo de descripción puede ser útil en y por sí misma. Al considerar el TAG como una forma extrema de un fenómeno normal, estos clientes a menudo se sienten menos amenazados ante la perspectiva de recibir ayuda para su preocupación y ansiedad.

Introducción al modelo: Los síntomas del TAG

Como se trató antes, nuestro modelo del TAG se presenta de forma progresiva con el fin de asegurarnos de que los clientes no se sienten abatidos desde el inicio. La primera ilustración gráfica es un modelo básico, donde sólo se presentan los síntomas asociados con el diagnóstico del TAG (ver apéndice 5.1 para el primer modelo). Antes de intentar modificar los síntomas del TAG, los clientes deberían tener una idea clara de lo que son estos síntomas. Esto es especialmente importante en el TAG dado que su principal característica, la preocupación excesiva e incontrolable, es un suceso encubierto (o interno) que no puede ser observado directamente. Al presentar el modelo inicial del TAG, el terapeuta debería avanzar en

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

cada paso, pidiendo ejemplos al cliente durante el camino. Un ejemplo de esta presentación podría ser la que sigue:

Terapeuta: A menudo existe una situación o un disparador que provoca la cadena de síntomas. Esta situación puede ser un suceso, o incluso un el recuerdo de un evento, que conduce a la siguiente fase, la pregunta "¿Qué pasaría si...?". Por ejemplo, tener un encuentro personal difícil, ser consciente de una sensación física, leer un artículo en un periódico, o ver una noticia en la televisión pueden todos desencadenar el ciclo de la preocupación. Las preguntas "¿Qué pasaría si...?" son pensamientos que comienzan con "Qué si..." o equivalentes (por ejemplo, "¿No sería terrible que...?") ¿Puedes pensar en un ejemplo personal?

Cliente: Bueno, ayer mi esposa llegó tarde a casa del trabajo, de modo que empecé a pensar ¿y si tuvo un accidente de coche?

Terapeuta: Magnífico ejemplo. En ese caso, tu esposa que llega tarde del trabajo es la situación o disparador, y esto da lugar al pensamiento "¿y si...?": "¿Y si tuvo un accidente?" Sin embargo, el ciclo no acaba ahí. Una vez te dices eso a ti mismo, ¿no pensaste nada más?

Cliente: Empecé a pensar en toda clase de cosas, como en cómo podrían nuestros niños afrontar si ella estuviera gravemente herida. Al mismo tiempo, estuve pensando en mantener la línea de teléfono desocupada por si la policía llamaba para decirme que ella había sufrido un accidente.

Terapeuta: Alguno de estos pensamientos son *preocupaciones*, y ponen en marcha cuestiones "¿Qué si...?" Por lo general implican una cadena de varios pensamientos como "¿y si no renuevan mi contrato de trabajo?; no sé cómo pagaré todas mis deudas; no tendré dinero de sobra; no seré capaz de salir a flote; no podría mantener mi coche." Tenías tú una cadena de pensamientos similar después de que te dijiste "¿Y si mi esposa se ha visto involucrada en un accidente?"

Con el fin de evitar cualquier malentendido, es importante que el cliente y terapeuta estén de acuerdo en una definición de preocupación. Una definición sencilla y útil que nosotros hemos utilizado es la siguiente: "La preocupación es un proceso de pensamiento que se relaciona con eventos futuros donde hay incertidumbre sobre el resultado, el futuro en el que se

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

piensa es negativo, y esto se acompaña de sentimientos de ansiedad” (Macleod, Williams, y Bekerian, 1991). En esta definición, el énfasis se sitúa en la noción de que la preocupación es un *proceso de pensamiento* que es relativamente distinto de la ansiedad, la cual es una respuesta emocional que por regla general acompaña la preocupación. La definición también pone de relieve la idea de que la preocupación se *orienta al futuro* y se relaciona con la *incertidumbre*. Dado que este último componente (a saber, que la preocupación se relaciona con la incertidumbre), será ampliado con detenimiento durante todo el tratamiento, su introducción al comienzo crea el marco para las siguientes sesiones.

Antes de seguir con los otros pasos del modelo, debería proporcionarse más detalle a la preocupación. En concreto, los terapeutas deberían discutir los tipos de disparadores (esto es, externos e internos) que pueden desencadenar la cadena de preocupación, además de los tipos de preocupaciones (preocupaciones sobre problemas actuales y preocupaciones sobre situaciones hipotéticas). Un ejemplo de esta discusión se expone a continuación:

Terapeuta: Los disparadores para el ciclo de preocupación pueden venir de dos formas. Algunas preocupaciones son generadas por situaciones externas, observables (ej: una discusión con un novio/a, o en su caso, la demora de su esposa en regresar a casa). Otras preocupaciones son desencadenadas por eventos internos, tales como una sensación física u otra preocupación. Por ejemplo, sentimientos de tensión en el pecho podrían disparar preocupaciones sobre problemas de corazón, que podrían a su vez desencadenar preocupaciones sobre aspectos económicos (e.g.: “¿Y si no puedo pagar las facturas del médico?”) En cuanto a las preocupaciones, pueden dividirse en dos tipos: (1) aquellas que se refieren a problemas actuales (el problema ya existe), y (2) las que se refieren a situaciones hipotéticas (el problema no existe aún, y en muchos casos, nunca lo hará). Cuando estaba preocupado porque su esposa tuviera un accidente de coche, estaba experimentando el segundo tipo de preocupación; se estaba preocupando por una situación que realmente no

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

había ocurrido. Sin embargo, si se preocupara por las consecuencias de una discusión con un amigo, estaría experimentando el primer tipo de preocupación; se estaría preocupando por un problema que ya existe. Distinguimos entre estas dos clases de preocupaciones porque, en este tratamiento, empleará diferentes estrategias para tratar cada tipo. ¿Hasta ahora tiene todo esto sentido?

Cliente: Hasta ahora todo va bien. Nunca había pensado que mis preocupaciones pudieran incluirse en diferentes categorías. Eso parece tener sentido, pienso.

Terapeuta: Ahora vamos a regresar a nuestro modelo. Una vez has comenzado un ciclo de preocupación, ¿cómo te sientes físicamente?

Cliente: Un poco tenso. Cuando pensaba en que mi esposa tenía un accidente, tenía un nudo en mi estómago.

Terapeuta: Ese sentimiento de incomodidad emocional es lo que generalmente denominamos *ansiedad*. Para la gente que tiene TAG, la ansiedad a menudo es una consecuencia de la preocupación. En otras palabras, la preocupación crónica, da lugar a la ansiedad, que puede adoptar la forma de síntomas físicos o psicológicos. La tensión muscular y la fatiga son ejemplos de signos físicos de ansiedad, mientras que la irritabilidad y dificultad para concentrarse son ejemplos de señales psicológicas de ansiedad. Ese sentimiento de “nudos en su estómago” es un ejemplo de un sentimiento físico. Es importante tener presente que la preocupación es un tipo de *pensamiento*, mientras que la ansiedad es un tipo de *emoción*. Sabemos que los pensamientos influyen en las emociones y las emociones influyen en los pensamientos, lo que implica que si es capaz de controlar mejor sus pensamientos de preocupación, también se sentirá menos ansioso. Ahora, la parte final de este ciclo se relaciona con algo de lo que hemos hablado cuando discutimos los criterios para el diagnóstico del TAG; en concreto, el hecho de que el TAG es una condición crónica. Si piensa en sus episodios de preocupación, ¿suceden una única vez y por un breve periodo de tiempo?

Cliente. ¡En absoluto! Ellos dan vueltas en mi cabeza casi todos los días, y algunas veces no paran durante horas.

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Terapeuta: ¿Y durante cuanto tiempo ha experimentado esto?

Cliente: Parece como si hubiera sido un preocupado toda mi vida.

Terapeuta: Entonces nadie sabe mejor que tú, que “dar vueltas” continuamente a esas preocupaciones es extenuante, tanto física como mentalmente. En el modelo, este estado se refiere como desmoralización y fatiga, y como sabe, es la consecuencia de meses e incluso años de preocupación y ansiedad.

Entrenamiento en toma de conciencia de la preocupación

Después de que se presenta el primer modelo (y de subrayar la importancia de la preocupación), se introduce la fase siguiente; denominada, entrenamiento en tomar conciencia de la preocupación. Como se mencionó antes, uno debe primero “ver” claramente un síntoma antes de intentar reducirlo. En el caso del TAG, es importante que los clientes se conviertan en expertos en el reconocimiento de sus propias preocupaciones y en clasificarlas en si se trata de un problema actual o de una situación hipotética. Dado que algunos clientes sienten que ya piensan demasiado sobre sus preocupaciones, ocasionalmente el terapeuta podría encontrar alguna “resistencia” al pedir a los clientes que de forma sistemática monitoricen sus preocupaciones. Sin embargo, una vez los clientes comienzan el entrenamiento en toma de conciencia de sus preocupaciones, es común que se den cuenta en un corto periodo de tiempo de lo importante y útil que puede llegar a ser este entrenamiento. El entrenamiento en toma de conciencia de la preocupación es el primer ejercicio que el terapeuta “prescribe” fuera del contexto de las sesiones.

Se pide a los clientes que registren su preocupaciones tres veces al día, en momentos predeterminados, en su Diario de Preocupación (véase apéndice 5.2, para una copia del Diario de Preocupación). En concreto, los clientes registran la fecha y hora en que la preocupación tiene lugar, la descripción de la preocupación, su nivel de ansiedad en ese momento (en una escala de 0 a 8), y el tipo de preocupación (sobre un problema actual o una situación hipotética). Una vez los clientes han completado el ejercicio entre sesiones, el terapeuta les preguntará acerca de lo que descubrieron sobre sus preocupaciones como resultado de completar el

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

diario. De un modo Socrático y utilizando ejemplos de preocupaciones del cliente, deberían cubrirse los siguientes puntos:

- *Los clientes generalmente tienen temas de preocupación recurrentes.* Aunque la mayoría dirá que se preocupan "por todo", muchos clientes tendrán unos pocos temas de preocupación que recurren de forma consistente.
- *Una cadena de preocupación puede durar entre unos minutos o unas horas.* Dado que la meta del tratamiento no es eliminar la preocupación, sino más bien reducirla hasta niveles más manejables, los clientes necesitan ver cuánto de su tiempo invierten en preocuparse. Además, ver cómo una preocupación puede dar lugar a otras muestra el perjudicial ciclo de las cadenas de preocupación.
- *Las preocupaciones implican futuros eventos.* Incluso si una preocupación tiene su raíz en un evento pasado (ej: suspender un examen una semana antes), es típicamente sobre las repercusiones futuras del evento pasado (e.g., ¿cómo afecta esto a mi nota media al final del curso?)
- *Las preocupaciones pueden implicar tanto un problema actual como una situación hipotética.* Un cliente puede preocuparse por un dolor crónico (que es un problema real) y también preocuparse por que el dolor sea una señal de que puede tener una enfermedad seria como cáncer en el futuro (que es una situación hipotética). Esto es generalmente el resultado de una cadena de preocupación, donde un cliente comienza a preocuparse sobre un tópico, por ejemplo un dolor crónico, lo que da lugar a preocuparse por otras cosas, como cáncer.

Aunque es importante asegurarnos de que los clientes comprenden bien la distinción entre ambos tipos de preocupación, debe tenerse cuidado cuando se amplía este tópico. Como los clientes con TAG son propensos a buscar seguridad antes de tomar una decisión, deberían ser animados a

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

clasificar sus preocupaciones incluso si no están seguros de su “perfecta” clasificación. Esta recomendación será más clara cuando se introduzca el segundo módulo de tratamiento.

MÓDULO 2: RECONOCIMIENTO DE LA INCERTIDUMBRE Y EXPOSICIÓN CONDUCTUAL

La intolerancia hacia la incertidumbre es tratada en el segundo módulo de tratamiento y es por tanto el siguiente componente a ser integrado en el modelo del TAG (ver apéndice 5.3 para una copia del modelo que incluye la tolerancia hacia la incertidumbre). Como establecimos en el capítulo 4, desarrollar una mayor tolerancia hacia la incertidumbre es la base sobre la que se sustenta el tratamiento; con lo que, estaría en concordancia con los subsecuentes módulos. Los principales objetivos para el terapeuta en esta etapa son (1) asegurarse de que el cliente comprende el importante papel de la intolerancia hacia la incertidumbre en el desarrollo y mantenimiento de la preocupación y ansiedad excesivas, y (2) animar al cliente para que comience a reconocer y tratar con la incertidumbre en su vida diaria. Existen muchas analogías que el terapeuta puede emplear para integrar la intolerancia hacia la incertidumbre en el modelo del TAG, incluyendo la siguiente:

Terapeuta: Vamos a comenzar ahora a ampliar nuestro modelo inicial del TAG añadiendo “la intolerancia hacia la incertidumbre” en la parte final. La intolerancia hacia la incertidumbre puede ser vista como el combustible para la preocupación. Cuanto mayor sea la intolerancia hacia la incertidumbre, más probable es que la persona comience con preguntas “qué si...” que dan lugar a la preocupación. Así que ¿qué es la intolerancia hacia la incertidumbre?

Analogía de la alergia

Terapeuta: Obviamente, a mucha gente no le gusta la incertidumbre en mayor o menor medida, pero ¿qué queremos decir cuando hablamos sobre ser intolerante hacia la incertidumbre? Un modo de considerar la intolerancia hacia la incertidumbre es como una alergia psicológica. Las

279

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

personas con una alergia, al polen por ejemplo, tendrán una reacción muy fuerte incluso ante una pequeña cantidad de la sustancia. Esto es, pueden empezar a estornudar, toser, y sus ojos ponerse rojos si se exponen a una cantidad mínima de polen. Del mismo modo, la gente que es intolerante hacia la incertidumbre es "alérgica" a la incertidumbre. Incluso cuando existe sólo una pequeña cantidad de incertidumbre, experimentarán una fuerte reacción; es este caso, preocupación y ansiedad excesivas. Por ejemplo, alguien que es intolerante hacia la incertidumbre podría preocuparse mucho por si su avión se estrella porque aunque es poco probable, hay una pequeña posibilidad de que suceda.

Analogía de gafas con filtros

Terapeuta: Otro modo de ver la intolerancia hacia la incertidumbre es considerarla como si se llevaran gafas con filtros especiales. En lugar de llevar "gafas con cristales rosa", la gente con intolerancia hacia la incertidumbre lleva "gafas de incertidumbre". Estas personas miran el mundo a través de sus filtros y ven incertidumbre más a menudo y más rápido que otras personas. Aún cuando hay sólo una pequeña cantidad de incertidumbre en una situación (como la posibilidad de que su avión se estrelle), ellos a verán de forma inmediata y reaccionan a ella. La gente que lleva estas gafas pone gran esfuerzo en buscar incertidumbre en sus ambientes, y si el mundo está "coloreado con incertidumbre", a menudo ellos no ven mucho más. En otras palabras, la gente que es intolerante hacia la incertidumbre es experta en reconocer incertidumbre de modo rápido y en pensar en todas las malas cosas potenciales que pueden derivarse de ella.

Las manifestaciones de la intolerancia hacia la incertidumbre

En la siguiente fase de este módulo del tratamiento, los clientes llegan a familiarizarse con todas las estrategias que emplean para eliminar la incertidumbre en sus vidas. La mayor parte de los clientes no son conscientes de la cantidad de energía que invierten intentando alcanzar la sensación de certidumbre. Por tanto, es importante que el terapeuta les

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

ayude a que sean conscientes de todas sus estrategias conductuales y cognitivas:

Terapeuta: Si sabemos que las personas con TAG son intolerantes hacia la incertidumbre y que hacen todo lo que está en sus manos para alejarla, ¿cómo piensas que afecta esto a sus vidas? O lo que es más importante, si estamos de acuerdo en que tienes dificultades en tolerar la incertidumbre, ¿qué haces tú para manejar las situaciones “inciertas”?

Cliente: No sé. Nunca pienso en ello. Sé que me preocupó mucho por cosas que son inciertas.

Terapeuta: Eso es ciertamente la cosa más obvia que hace la gente cuando es intolerante hacia la incertidumbre: se preocupa. Preocuparse es utilizado con frecuencia por la gente con TAG como un modo de intentar pensar en todos los resultados posibles en una situación incierta de modo que la situación se *sienta* menos incierta y más predecible. ¿Puedes pensar algo más que hagas con el fin de sentir menos incierta?

Cliente: No creo que realmente haya algo más que yo haga.

Terapeuta: No es sorprendente oír que dices eso porque la mayoría de las personas no son conscientes de las cosas que hacen para sentir un poco de certidumbre. Sin embargo, hay, de hecho, muchas cosas que la gente con TAG hace o para aumentar su sensación de certidumbre o para evitar por completo las situaciones inciertas. Por ejemplo, podrían pedir garantías de sus amigos o familiares antes de tomar incluso una decisión poco importante, o podrían aplazar la conclusión de un proyecto hasta el último minuto, de modo que una vez se finalice tengan el menor tiempo posible para preocuparse por él.

TABLA 5.1 Ejemplos de manifestaciones de intolerancia hacia la incertidumbre.

Estrategias de aproximación

1. Querer hacer todo por ti mismo y no delegar tareas en nadie más.

Ej. Hacer todas las labores de la casa por ti mismo porque de otro modo no puedes tener la certeza de que se harán bien.

2. Buscar *mucha* información antes de ir adelante con algo.

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Ej. Documentarse bastante sobre un t3pico; pedir la misma informaci3n a varias personas; y buscar algo (en tiendas) durante un periodo de tiempo amplio antes de elegir un regalo para alguien.

3. Cuestionar una decisi3n que ya has tomado porque no tiene una gran certeza de que era la mejor decisi3n.
4. Buscar tranquilizarse (preguntar a otros cuestiones de modo que ellos le tranquilizar3n/asegurar3n)
5. Revisar y hacer cosas de nuevo porque no se est3 del todo seguro de haberlas hecho correctamente.

Ej. Releer e-mails varias veces antes de enviarlos para estar seguros de que no tienen ning3n error.

6. Sobreproteger a los otros, haciendo cosas por ellos (ej: miembros de la familia y ni3os)

Estrategias de evitaci3n

1. Evitar comprometerse por completo con ciertas cosas.

Ej. No comprometerse en una relaci3n de amistad o rom3ntica porque el resultado es incierto; no funcionar al completo en terapia porque no hay "garant3a" de que funcione.

2. Buscar razones "imaginarias" para no hacer ciertas cosas.

Ej. Buscar excusas para no mudarse del hogar familiar; no hacer ejercicio que conoce que es bueno para ti, cont3ndose a s3 mismo que puede que no seas capaz de soportar las molestias de hacer ejercicio.

3. Demorar (aplazar para m3s tarde lo que podr3as hacer enseguida)

Ej. Aplazar una llamada de tel3fono porque no est3s seguro de c3mo reaccionar3 la persona; retrasar tomar una decisi3n porque no est3s seguro de que sea la decisi3n correcta; no hacer algo porque no est3 seguro sobre tu decisi3n (ej: elegir una pel3cula o un restaurante)

El terapeuta puede luego presentar al cliente un listado de varias manifestaciones de la intolerancia hacia la incertidumbre (ver tabla 5.1) y pedir al cliente que piense sobre ello y registre las que actualmente le ocupan. El terapeuta puede tambi3n pedir al cliente que le proporcione ejemplos personales de manifestaciones de la intolerancia hacia la incertidumbre. Aunque es una buena idea distinguir entre estrategias que representan conductas de aproximaci3n (por ejemplo, b3squeda de consuelo para reducir sentimientos de intolerancia hacia la incertidumbre) y aquellos que representan conductas de evitaci3n (por ejemplo, no comprometerse en una relaci3n porque el resultado es incierto), el terapeuta puede subrayar que ambos tipos de estrategia tienen el mismo efecto. En concreto, los clientes dedican una gran parte de su tiempo y

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

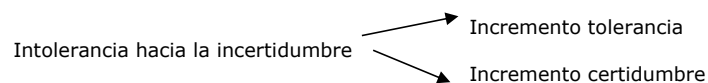
energía en intentar eliminar a toda costa la incertidumbre. Al registrar esta información, los clientes comenzarán a tener una idea mejor de cómo la intolerancia hacia la incertidumbre afecta su modo de afrontar las actividades diarias.

Después de que las manifestaciones de la intolerancia hacia la incertidumbre han sido revisadas, terapeuta y cliente pueden comenzar a discutir modos de hacer frente a la intolerancia hacia la incertidumbre del cliente. En esta etapa del tratamiento, se anima a los clientes a reconocer sus opciones y considerar las implicaciones de cada uno discutiendo los dos componentes del constructo de la intolerancia hacia la incertidumbre:

Terapeuta: Si pensamos en la intolerancia hacia la incertidumbre como la "gasolina" para la preocupación, la cuestión que sigue es: ¿cómo podemos cambiar esto?

Cliente: sí, ciertamente parece ser más fácil decir que hacer.

Terapeuta: Bien, podemos empezar mirando las dos partes del término intolerancia hacia la incertidumbre. Si quieres disminuir tu preocupación y ansiedad, puedes, o incrementar tu tolerancia o incrementar tu certidumbre. ¿Tiene eso sentido?



Terapeuta. ¿Cuál dirías que has estado haciendo hasta ahora?

Cliente: Bien, he intentado incrementar mi certidumbre supongo.

Terapeuta: Y ¿dirías que esa estrategia funciona?

Cliente: Creo que no, puesto que estoy aquí. Todavía me preocupo y tengo ansiedad todo el tiempo.

Terapeuta: Eso es verdad. ¿Por qué piensas que elegir incrementar la certidumbre no es una estrategia efectiva?

Cliente: No lo sé.

Terapeuta: Uno de los motivos es porque la incertidumbre es absolutamente inevitable. Las vidas de todos están cargadas de incertidumbre, y cada día hay algo nuevo que viene que tiene algún grado

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

de incertidumbre. Por ejemplo, no podemos estar seguros de que tendremos buena salud en el futuro incluso si actualmente gozamos de salud. Además, no podemos saber con certeza si siempre tendremos un trabajo o si nuestras relaciones siempre irán bien. No importa cuánto planeemos nuestras vidas, a menudo hay algo inesperado que llega. Así que ¿qué dice eso sobre la estrategia de incrementar la certidumbre?

Ciente. Eso no funciona. Realmente, ahora que pienso en ello, intentar incrementar mi certidumbre supone que yo tendré que seguir haciendo esas cosas todos los días. Supongo que implica que mi única opción es intentar incrementar mi tolerancia.

Terapeuta: Exactamente. Eso quiere decir que necesitamos pensar sobre cómo puedes incrementar tu tolerancia hacia la incertidumbre. El reto, por supuesto, es que incluso si puedes ver la necesidad de incrementar tu tolerancia para la incertidumbre, hay una gran diferencia entre reconocer qué quieres cambiar y lo que cambies.

Ciente. Sí, iba a preguntarle cómo voy a cambiar mi actitud hacia la incertidumbre. Parece como que puede ser difícil de hacer.

Terapeuta. Realmente, con el fin de cambiar una actitud o una creencia, es mejor empezar cambiando una conducta. Vamos a utilizar una analogía. Si estuvieras temeroso de hablar en público porque pensaras que la audiencia podría juzgarte o criticarte, sería probablemente más útil practicar hablar en público que intentar “convencerte” de que la audiencia será indulgente y acrítica. Mediante tus acciones, puedes cambiar tus creencias sobre hablar en público. Lo mismo se mantiene para aprender cómo tolerar la incertidumbre. Actuando “como si” fueras tolerante hacia la incertidumbre, puedes empezar a cambiar tus creencias sobre la incertidumbre. Un buen modo de hacer esto es preguntar: “si fuera tolerante hacia la incertidumbre, ¿qué haría en esta situación?” Desde ahí, puedes empezar a decidir las acciones a tomar para incrementar tu tolerancia para la incertidumbre.

Como un ejercicio para casa, se invita a los clientes a completar al menos un “experimento para tolerar la incertidumbre” en una semana y registrar

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

sus resultados en el formulario Monitorización de la Incertidumbre y la Conducta (apéndice 5.4 para una copia del formulario). Estos ejercicios son diseñados para ayudar a los clientes a desarrollar nuevos modos de manejar la incertidumbre. Como cualquier ejercicio de exposición, los experimentos de tolerar la incertidumbre seguirán una progresión gradual. El primer experimento será relativamente simple y genera sólo un moderado nivel de ansiedad para asegurar el éxito.

Ejemplos de experimentos iniciales son:

- Los clientes envían un e-mail poco importante sin releerlo o comprobar posibles errores de escritura.
- Los clientes que con frecuencia piden consejo/opinión a otros para decisiones básicas (ej, qué hacer para cenar), toman decisiones poco relevantes sin preguntar a nadie para tranquilizarse.
- Los clientes van a un restaurante o al cine sin leer ninguna crítica.
- Los clientes telefonan a un amigo sin pensarlo y le invitan que salga a un encuentro social (un café, una película)

Inicialmente los clientes puede que no manejen los experimentos para tolerar la incertidumbre que se refieren a temas de preocupación importantes. Por ejemplo, si la principal preocupación de un cliente es sobre la seguridad de sus hijos, pedirle que deje de controlarlos cuando juegan fuera de casa puede ser demasiado difícil al principio. Más bien, cuando los clientes se encuentren más cómodos en tolerar la incertidumbre, los ejercicios pueden gradualmente dirigirse a situaciones provocadoras de más ansiedad. De tal modo, los clientes podrían progresar de no comprobar e-mails poco importantes a abstenerse de comprobar e-mails de prioridad moderada a alta a medida que su confianza crece.

Indicaciones para afrontar la incertidumbre

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

El terapeuta puede esperar que los clientes estén bastante ansiosos por dedicarse a estos experimentos conductuales iniciales porque implican comportarse de forma que está en completo contraste con el modo en que los clientes sin lugar a dudas han actuado durante años. Así, el terapeuta puede presentar las siguientes sugerencias o pautas al comienzo:

- *Registrar el experimento:* siempre es una buena idea mantener un registro de los experimentos que haga, de cómo esperaba que salieran y de cómo en realidad fueron. Sin un registro de lo que ha hecho, no será capaz de seguir su progreso y ver todo el trabajo que ha completado.
- *Comienzo pequeño y realista.* La primera vez que intente tolerar la incertidumbre, elija algo que resulte un poco difícil pero no tan difícil como para que sea improbable hacerlo. Cuantos más experimentos complete con éxito, mayor motivación para intentar nuevos ejercicios.
- *Esperar estar ansioso e incómodo.* La primera vez que intentamos cualquier nuevo comportamiento, es normal sentir ansiedad o nervios. Esto no es una señal de que el comportamiento sea inadecuado o que no se podrá hacer. De hecho, si se siente un poco ansioso mientras realiza el ejercicio, se encuentra en el rumbo correcto. Si piensa en cualquier cosa nueva que ha aprendido en su vida, tal como la primera vez que condujo un coche, probablemente estuviera bastante ansioso. Sin embargo, con tiempo y práctica, la incomodidad desapareció.
- *La motivación no precede la acción -la sigue.* Este es un principio extremadamente importante. Muchas personas dicen que les gustaría cambiar sus conductas (e.g., comenzar un régimen, ejercicio, dejar de fumar), pero esperan la motivación antes de comenzar el cambio. El defecto en esta lógica es que "esperar" la motivación es poco probable que sea útil. Una vez comienzas a cambiar tu comportamiento, por ejemplo ir al gimnasio diariamente, tu nueva conducta por sí misma te dará la motivación para

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

continuar. Eso es como decir, cuanto más consigues, tanto más quieres. La misma verdad se mantiene para estos experimentos. No “esperes” la motivación para empezar a tolerar la incertidumbre, simplemente comienza a encarar la incertidumbre y la motivación aparecerá.

MÓDULO 3: REEVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DE PREOCUPARSE

El tercer módulo del tratamiento supone tratar las creencias positivas sobre la utilidad de la preocupación. Como se trabajó en el Capítulo 2 y 4, los individuos con TAG tienden a sobreestimar la utilidad de sus preocupaciones, lo que por último afecta a la adherencia hacia el tratamiento. En concreto, los clientes es menos probable que quieran reducir sus preocupaciones si creen que tiene un propósito funcional. Un modo de introducir este concepto a los clientes es de la siguiente manera:

Terapeuta: Ya hemos tratado cómo la intolerancia hacia la incertidumbre es el combustible de la preocupación y que este es el principal factor que trataremos durante todo el tratamiento. Sin embargo, nosotros también queremos empezar a mirar otros factores que se encuentran implicados en el mantenimiento del ciclo de la preocupación. El primero lo hemos estado introduciendo durante estos días. Esto es, hemos discutido cualquier creencia que pudiera tener sobre la utilidad de preocuparse (ver apéndice 5.5 para una copia del modelo que incluye creencias positivas sobre la preocupación)

Cuando se tratan las creencias positivas sobre la preocupación es importante tomar una actitud crítica de modo que los clientes puedan sentirse relajados para revelar estas creencias. No es infrecuente que los clientes piensen que sus terapeutas desaprobarán cualquier admisión de creencias positivas sobre la preocupación por la inherente “contradicción” en tales creencias (“Quiero preocuparme menos, pero pienso que preocuparse es útil”). Un modo de tomar una actitud no valorativa es normalizar la experiencia de los clientes e ilustrar lo común de tal sistema de creencias:

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Terapeuta: Nuestras creencias sobre la utilidad de ciertas acciones o comportamientos por supuesto tienen un fuerte impacto sobre lo que hacemos. Tiene sentido que sigamos haciendo las cosas que creemos que sirven y dejemos de hacer las que no encontramos útiles. Del mismo modo, cuanto más sintamos que preocuparse es útil, mayor probabilidad de continuar preocupándonos. De hecho, la investigación pone de manifiesto que las personas con TAG difieren de las personas con niveles moderados de preocupación en su tendencia a creer que la preocupación es particularmente útil. ¿Has pensado alguna vez que alguna de tus preocupaciones podría ser útil?

Cliente: No creo. No estaría aquí si lo creyera.

Terapeuta: Bien, eso es cierto de algún modo. Si no estuvieras preocupado por tu preocupación y ansiedad excesivas, no habrías venido a tratamiento. Sin embargo, algunas personas con TAG dirán que aunque no les guste preocuparse, sienten que preocupaciones específicas pueden ser útiles. Por ejemplo, algunas personas dirán que aunque en general ellos se preocupan demasiado y les gustaría preocuparse menos, creen que es bueno preocuparse sobre el trabajo porque les hace mantenerse motivados. ¿Qué opinas de eso?

A menudo hemos encontrado que un buen método para hacer que los clientes hablen cuando llegan a tópicos en los que podrían estar indecisos de revelar (como admitir creencias positivas sobre la preocupación) es formular la cuestión en un formato "otras personas han dicho" como ilustramos antes. En nuestra experiencia, es más probable que los clientes se abran si creen que es un fenómeno común.

Identificación de creencias positivas sobre la utilidad de la preocupación

Con el fin de ayudar a los clientes a identificar sus creencias positivas sobre la preocupación, el terapeuta primero necesitará presentar las creencias que es más típico que mantengan las personas con TAG. Como

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

se afirmó antes, nuestra investigación ha mostrado que por regla general las creencias positivas se agrupan en cinco categorías. Aunque en este momento animamos a que los terapeutas exclusivamente presenten las diferentes categorías de creencia, las siguientes descripciones incluyen una exposición de algunos de los “errores lógicos” que los clientes probablemente cometen a partir de estas creencias. Durante el tratamiento, se recomienda que los clientes primero identifiquen sus propias creencias sobre la preocupación (y generen ejemplos personales de sus propias preocupaciones) antes de introducir cualquier objeción a esas creencias.

1. La creencia de que preocuparse ayuda a encontrar soluciones a los problemas.

Esta categoría incluye creencias de que la preocupación ayuda a resolver problemas y encontrar mejores soluciones, que incrementa la vigilancia o preparación, que contribuye a una reacción mejor pensada o eficiente, y que ayuda a prevenir o evitar problemas. Un ejemplo podría ser: “Es bueno que me preocupe por mis problemas en el trabajo porque asegura que les preste atención y los resuelva eficientemente”. Aunque hay alguna verdad en esto, también hay algunos problemas con esta creencia. Aunque bajos niveles de preocupación pueden, a veces, ser útiles para generar soluciones a los problemas, altos niveles de preocupación realmente interfieren con el proceso de resolución de problemas. Esto es porque la preocupación nos hace ver todos los modos en que nuestras soluciones podrían fracasar. De modo que la preocupación, en muchos casos, realmente hace más difícil resolver problemas.

2. La creencia de que preocuparse ejerce una función motivante que asegura que las cosas se hagan.

Esta es una creencia general entre los clientes con TAG que a menudo creen que preocuparse sobre algo que necesitan hacer les asegurará que será hecho. Ejemplos de esto incluyen: “Si me preocupo acerca de mis calificaciones en el colegio, estudiaré más y lo haré bien”, y “si me

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

preocupo sobre cómo les parece la casa a los otros, será más probable que la mantenga limpia”. El principal problema con esta creencia es que preocuparse se confunde con cuidar. Por ejemplo, “preocuparse sobre mi próximo examen, significa que es importante, así que preocuparme me hará estudiar más”. Sin embargo, si una persona se preocupa menos sobre un examen venidero, esto no quiere decir que de repente estén satisfechos. Más bien, significa que estarán menos ansiosos sobre el examen mientras lo preparan. De hecho, estar muy preocupado por algo a menudo da lugar a inactividad por las reacciones emocionales negativas que se asocian con la preocupación. Esto puede ser particularmente visto con los clientes con TAG, donde una manifestación común de la intolerancia hacia la incertidumbre es posponer o evitar. Como tal, la preocupación realmente podría tener el efecto opuesto del que originalmente se pretendía.

3. La creencia de que preocuparse puede proteger a la persona de emociones negativas.

Esta categoría refleja la noción de que preocuparse “de antemano” sobre un potencial suceso negativo, sentimientos negativos como frustración, tristeza o culpa serán prevenidos por si el evento realmente sucediera. Por ejemplo, “Si me preocupo porque mi marido se lesione en un accidente de coche, seré capaz de manejarlo sin estar desbordado por la pena si sucediera”. Algunos individuos con TAG creen que preocuparse es como “ingresar dinero en un banco”. Creen que si el evento temido tiene lugar, de antemano habrán “invertido” en su reacción negativa, lo que por tanto les permite estar menos afectados por el evento. Algunos de nuestros clientes con TAG nos han contado que “Si algo le sucede a un ser querido y no se han preocupado previamente, se sentirían muy culpables”. Este modo de pensar sitúa a la persona en una posición donde debe preocuparse constantemente, “por si acaso”. Uno de los problema con este tipo de pensamiento es que cuando los hechos negativos ocurren, es poco probable que la personas que se han preocupado por ellos se sientan mejor que las personas que no se han preocupado por ellos. La preocupación no

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

protege a la gente de sentimientos negativos porque nadie se siente preparado cuando un inesperado suceso negativo tiene lugar (e.g., la pérdida repentina de un ser querido, un accidente de coche)

4. La creencia de que preocuparse, en y por sí mismo, puede prevenir resultados negativos.

Esta categoría refleja la creencia de que el acto de preocuparse puede afectar al resultado de los eventos. Específicamente, las preocupaciones de uno son directamente responsables de la no ocurrencia de sucesos negativos o de la ocurrencia de hechos positivos. A este tipo de creencia se la llama a veces *fusión pensamiento-acción*. Por ejemplo, "Siempre me he preocupado por que mi hijo se vea implicado en un grave accidente de tráfico; nunca ha sucedido, de modo que preocuparse debe estar funcionando". Este tipo de pensamiento es, por supuesto, defectuoso desde el punto de vista lógico, ya que la no ocurrencia de un evento podría ser atribuida a varias cosas. Por ejemplo, un individuo podría creer que su avión no chocó porque se preocupó previamente. Sin embargo, podría deberse simplemente a lo remoto de ese evento particular (es poco frecuente que los aviones choquen), la habilidad del piloto, o la claridad del tiempo durante el vuelo. Otro problema con este tipo de creencia es que implica habitualmente *atención selectiva*. Por ejemplo, un cliente podría informar que cuando se preocupa anticipadamente por las presentaciones en el trabajo, las hace bien. Sin embargo, ¿alguna vez ha dejado de preocuparse por una presentación y la ha hecho bien? Opuestamente, ¿Se ha preocupado alguna vez y no la ha hecho bien? Los individuos con este tipo de creencia a menudo descubrirán evidencias que confirman sus creencias e ignorarán cualquier evidencia contraria.

5. La creencia de que preocuparse representa un rasgo de personalidad positivo.

Esto implica la creencia de que el acto de preocuparse muestra que un individuo es cuidadoso, cariñoso o concienzudo. Un ejemplo de esto podría ser "Soy el que más se preocupa en mi familia; si me preocupo menos, mis padres estarán decepcionados conmigo; ellos pensarán que no les

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

atiendo nada". En esta creencia está implícita la asunción de que los individuos que se preocupan menos son menos atentos, cariñosos, o concienzudos. Obviamente esto es falso. De hecho, la mayoría de los que se preocupan mucho probablemente conocen alguien que tiene rasgos de carácter positivo similares en ausencia de preocupación excesiva, contradiciendo de este modo su creencia.

Una vez se presentan las cinco creencias positivas sobre la preocupación, se anima a los clientes a empezar a mirar en sus propias preocupaciones e identificar algunas de estas creencias. Utilizando el formulario de Creencias Positivas sobre la Preocupación (ver apéndice 5.6 para una copia), que puede ser completado fuera de las sesiones, se pide a los clientes que escriban ejemplos para cada creencia personalmente relevante (ellos pueden emplear su Diario de Preocupación para ayudarles a pensar sobre la finalidad que parecen tener determinadas preocupaciones). También pueden utilizar el formulario para identificar cualquier otra creencia que podrían tener sobre la utilidad de la preocupación.

Después de la identificación de las creencias positivas de los clientes sobre la función de sus preocupaciones, el terapeuta trataría porqué es importante identificar estas creencias y potencialmente reevaluarlas:

Terapeuta: Así que, ¿por qué piensas que es una buena idea identificar algunas de las creencias positivas que tienes sobre la utilidad de tus preocupaciones?

Cliente: No sé.

Terapeuta: Como comenté anteriormente, tendemos a seguir haciendo las cosas que sentimos que son útiles. Durante tanto tiempo has sentido que tus preocupaciones son muy útiles, que es poco probable que quieras reducirlas. Es importante que observes las ventajas que obtienes de preocuparte y si de hecho es útil. No estoy diciendo que no exista utilidad en preocuparse. Más bien, me gustaría que viéramos si tus creencias son ciertas mirando la evidencia y decidiendo si preocuparse menos tendría realmente un efecto negativo menor en tu vida. Además, queremos hacer

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

una distinción entre preocuparse ocasionalmente y hacerlo en exceso. Esto es porque cuando hablamos sobre si la preocupación realmente es útil, estamos hablando sobre la utilidad de la preocupación excesiva y todas las conductas que la acompañan (esto es, búsqueda de seguridad, aplazamiento)

Estrategias para reevaluar las creencias positivas sobre la preocupación

En esta fase del tratamiento, el terapeuta traza una fina línea entre desafiar las creencias del cliente y permitir que el cliente las exprese de una manera no crítica. Las creencias positivas sobre la preocupación son a veces difíciles de identificar. Una razón de que esto suceda es que los clientes puede que no sean plenamente conscientes de sus creencias positivas. Algunos clientes podrían decir que aunque ellos saben "intelectualmente" que sus preocupaciones no tienen un propósito útil, sin embargo "sienten" que lo tienen. Otros clientes informan que aunque generalmente creen que sus preocupaciones no son útiles, a veces se preguntan si sus preocupaciones pueden ayudarles para afrontar sus problemas en la vida.

Un segundo motivo para la dificultad en identificar las creencias positivas sobre la preocupación es que los clientes podrían no querer reconocer estas creencias. Como se mencionó antes, muchos clientes se muestran indecisos a la hora de tratar sus creencias positivas sobre la preocupación porque las creencias son inconsistentes con su motivo de consulta. Los clientes a veces creen que es inaceptable ser ambivalente y ver un lado positivo para un comportamiento que les gustaría disminuir. De hecho, algunos clientes han mencionado que no piensan que el terapeuta sea receptivo a estas ideas y se preguntan si la revelación de creencias positivas sobre la preocupación sería interpretada como resistencia al tratamiento. Otros clientes temen que "se desprestigiarán" si admiten tener estas paradójicas creencias. Por estos motivos, es importante que el terapeuta activamente anime al cliente a ser consciente de, y reconocer, sus creencias positivas sobre la preocupación. Un método que hemos

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

encontrado extremadamente útil para alcanzar esta meta es el role-play (juego de roles) abogado-fiscal.

Role-Play abogado-fiscal

En este role-play, primero se pide al cliente que identifique una preocupación concreta, por ejemplo, "Preocuparme por mis hijos refleja que soy un buen padre". Luego se pide al cliente que tome el papel de un abogado quien debe convencer a los miembros de un jurado de que la preocupación es útil. Una vez todos los argumentos han sido agotados, el cliente entonces juega el papel de un fiscal quien debe convencer a los miembros del jurado de que la preocupación no tiene utilidad alguna. Hemos descubierto que este role-play permite que los clientes consideren "las dos caras de la moneda" en un contexto no amenazante. En concreto, debido a que ellos desempeñan diferentes roles, se proporciona a los clientes la oportunidad de que argumenten en contra de sus declaraciones previas sin parecer contradictorios. Consistente con los principios de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002), el terapeuta emplea cuestionamiento socrático para ayudar a los clientes a reconsiderar la utilidad actual de preocuparse cuando juega el papel de fiscal. En este caso, los ejemplos de preguntas incluyen: "¿Hay algo más que hagas que muestre que eres un padre cuidadoso?" "¿Conoces padres "buenos" que no se preocupan excesivamente?" La meta de esta fase del tratamiento es hacer que los clientes comiencen a cuestionarse la utilidad actual de sus preocupaciones con el fin de reducir la ambivalencia e incrementar la motivación para el cambio.

Desafíos específicos para las diferentes creencias hacia la preocupación.

Al ayudar a los clientes a desafiar sus creencias positivas, es importante que el terapeuta aborde las creencias referidas a una preocupación específica y no la creencia general en sí misma. Por ejemplo, un cliente debería preocuparse excesivamente sobre la salud de sus hijos porque cree que esto pone de manifiesto buenas cualidades parentales. En este caso, los desafíos para la creencia serían, "Preocuparse sobre la salud de

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

los hijos demuestra que soy un buen padre”, y no la creencia general “preocuparse representa un rasgo de personalidad positivo”. Con esto en mente, en la tabla 5.2 se presenta una lista de declaraciones desafiantes útil para cada una de estas creencias positivas sobre la preocupación.

Reevaluación de las Creencias Positivas: ¿Una vida sin preocupación?

Uno de las consecuencias de discutir la actual utilidad de preocuparse, y potencialmente cambiar las percepciones de los clientes de modo que no vean por más tiempo el preocuparse como particularmente útil, es que ellos deben ahora considerar alternativas a preocuparse. Relacionadamente, muchos clientes informan sentimientos de dolor cuando se dan cuenta que han pasado años ocupados en el ampliamente infructuoso acto de preocuparse. Como tal, los terapeutas deberían desear discutir estos tópicos siguiendo la reevaluación de las creencias positivas sobre la preocupación.

En términos de alternativas a la preocupación, los siguientes módulos de entrenamiento en resolución de problemas y exposición en imaginación pueden ser presentados como estrategias alternativas (y más orientadas a la acción) para afrontar la adversidad. En particular, siguiendo los desafíos para las creencias de que preocuparse ayuda a resolver problemas y motiva, los terapeutas pueden exponer una nítida distinción entre la actitud pasiva de preocuparse sobre los problemas y la postura activa de ir y resolver los problemas personales. Discutiendo estas alternativas dentro del módulo de creencias positivas sobre la preocupación, el terapeuta puede vincular los módulos siguientes con el actual y así enfatizar el flujo lógico del tratamiento.

Una segunda zona de distinción implica cómo parecería la vida del cliente si se preocupara menos. Es importante que el terapeuta tenga en mente que la mayor parte de los clientes con TAG han sufrido de preocupación crónica y ansiedad durante la mayor parte de sus vidas. Muchos no pueden incluso concebir una vida sin preocupación crónica. Esta discusión puede ser extremadamente emocional, y algunos clientes estarán bastante

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

llorosos, expresando sentimientos de pérdida y frustración por el tiempo perdido. Aunque es útil retomar la discusión cerca del fin del tratamiento, los clientes deberían comenzar a dar alguna idea de cómo les gustaría ocupar su tiempo si no pasaran horas preocupándose. Así, algunas alternativas a la preocupación excesiva podrían incluir tomar clases o pasar más tiempo con la familia o amigos. Como con muchos clientes con trastorno de ansiedad, se consume tanto tiempo con los síntomas ansiosos que los clientes con TAG probablemente no han tenido tiempo o energía para establecer por sí mismos otras metas de tratamiento distintas a reducir el síntoma.

Como apunte final, este módulo de tratamiento, más que cualquier otro, debería ser aplicado de un modo flexible. En concreto, aunque la reevaluación de creencias positivas sobre la preocupación es una parte importante de nuestro protocolo de tratamiento, nuestros hallazgos de investigación (y experiencia clínica) muestran que estas creencias son bastante variables ente los clientes con TAG. Pese al hecho de que la mayoría de los clientes con TAG creen que preocuparse es altamente útil, los terapeutas pueden encontrar individuos que sostienen pocas, si acaso, de estas creencias. Por tanto, el terapeuta no debería asumir que todos los clientes creen que preocuparse tiene un propósito funcional. Sin embargo, dado que las creencias positivas sobre la preocupación pueden interferir con todos los módulos del tratamiento (por ejemplo, un cliente que cree que preocuparse menos es peligroso puede evitar implicarse totalmente en el tratamiento), es crucial que los terapeutas evalúen estas creencias pronto en el tratamiento.

TABLA 5.2 Desafíos para las creencias positivas sobre la utilidad del preocuparse.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

1. Preocuparse ayuda a resolver problemas. Ejemplo: si me preocupo sobre problemas que surjan en el trabajo, podré encontrar mejores soluciones para ellos.

Posibles desafíos.

¿Realmente resuelves tus problemas preocupándote, o sólo das vueltas una y otra vez al problema en tu cabeza?

¿La preocupación hace que resuelvas tus problemas o te pone tan ansioso/a que dejas de resolver problemas o los evitas?

¿Estás confundiendo un pensamiento (preocupación) con una acción (resolver un problema)?

2. La preocupación como una fuerza motivacional. Ejemplo: si me preocupo sobre mi ejecución en el trabajo, estaré motivado hacia el éxito.

Posibles desafíos.

¿Conoces a alguien con éxito en el trabajo y que no sea un preocupado?

¿Estas confundiendo preocupación con cuidadoso? Esto es, ¿es posible querer tener éxito en el trabajo y no preocuparse por ello todo el tiempo?

¿Mejora la preocupación realmente tu ejecución? ¿Hay repercusiones negativas como resultado de tu excesiva preocupación por el trabajo? (Por ejemplo, dificultad para concentrarte, problemas de memoria, ansiedad intensa)

3. La preocupación protege contra emociones negativas. Ejemplo: Si me preocupo por que mi hijo pudiera enfermar seriamente, estaré mejor preparado a nivel emocional si sucediera.

Posibles desafíos:

¿Ha ocurrido algo malo sobre lo que antes te hubieras preocupado? ¿Cómo te sentiste? ¿Se vio amortiguado el dolor o tristeza que causó?

¿Preocuparte por cosas que puede que nunca ocurran realmente incrementa tus emociones negativas aquí y ahora?

4. La preocupación, en y por sí misma, puede prevenir resultados negativos. Ejemplo. Cuando me preocupo por un próximo examen en el colegio, lo hago bien; cuando no me preocupo, no lo hago bien.

Posibles desafíos

¿Alguna vez has hecho un examen flojo aunque te preocupaste por él?

¿Está tu regla sobre la preocupación (esto es, preocupación =mejor resultado; no preocupación =mal resultado) basada en evidencia real o es una asunción? Por ejemplo, ¿es posible que sólo recuerdes los exámenes que hiciste bien cuando te preocupaste, y que olvides aquellos que no hiciste bien cuando te preocupaste?

¿Realmente no te preocupaste cuando no te fue bien en algunos exámenes, o sólo recuerdas lo que apoya tu asunción?

¿Puedes probar esta teoría? Por ejemplo, ¿podrías localizar tu preocupación antes de todos los exámenes y luego mirar tu ejecución en cada examen?

5. La preocupación como un rasgo de personalidad positivo. Ejemplo: El hecho de que me preocupe por mis hijos demuestra que soy un buen y cariñoso padre.

Posibles desafíos:

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

¿Hay algo más que hagas que ponga de manifiesto que eres un buen y cuidadoso padre? ¿La única forma que demuestras cuidado y amor es preocupándote por tus hijos?

¿Conoces otros padre que consideres buenos y cuidadosos pero que no se preocupen en exceso?

¿Has sufrido alguna consecuencia negativa de amigos o familia por tu preocupación excesiva? ¿Ha considerado alguien tu preocupación excesiva como un rasgo de personalidad *negativo*? Por ejemplo, te han llegado a decir tus hijos que les asfixias o cansas demasiado, o tus amigos te han dejado de tomar en serio porque te preocupabas mucho?

6. El coste de la preocupación: Desafíos potenciales para todas las creencias de preocupación.

¿La preocupación excesiva sobre este tópico ha impactado en tus relaciones con tu familia o amigos?

¿La preocupación excesiva ha impactado en tu rendimiento laboral? ¿Encuentras que tardas más tiempo en terminar tareas que otras personas que se preocupan menos?

¿Tu excesiva preocupación ha dado lugar a altos niveles de estrés y fatiga?

¿Cuanto tiempo y esfuerzo inviertes cada vez preocupándote por este tópico?
¿Consigues mejores resultados con tu preocupación (por ejemplo, una mejor relación con tus hijos, ejecución escolar o laboral) en comparación con las personas que se preocupan menos?

MODULO 4: ENTRENAMIENTO EN RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Como se mencionó en el capítulo 4, el módulo de entrenamiento en resolución de problemas se divide en dos fases: 1) mejora de la orientación al problema, y 2) aplicación de habilidades de resolución de problemas. En las siguientes secciones, se presenta cada una de estas fases separadamente; sin embargo, el lector debe tener presente que ambas fases se hallan inexorablemente vinculadas. Por ejemplo, hasta que los clientes no reconocen que sus problemas no son del todo aversivos y amenazantes, es improbable que implementen sus habilidades de resolución de problemas, no importa cuán buenas sean.

Mejora de la Orientación al problema

Al presentar a los clientes el concepto de orientación negativa al problema, deberían introducirse inicialmente dos ideas importantes. Primero, en

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

términos del modelo, un factor adicional está siendo incorporado en nuestra comprensión del TAG y la preocupación excesiva. Segundo, la resolución de problemas es introducida como una práctica alternativa a la preocupación si podemos acordar que preocuparse sobre los problemas no es especialmente útil. Esta segunda idea, de que los clientes pueden “sustituir” la preocupación excesiva con la propia resolución de problema, debería ser subrayada repetidamente durante todo el módulo. La preocupación excesiva sobre los problemas no es una estrategia activa, aunque los clientes inicialmente podrían verla como tal. Por otro lado, el proceso activo de resolución de problemas puede de hecho llevar al cambio en una situación problemática.

Terapeuta: Hemos pasado algún tiempo hablando sobre si la preocupación excesiva es realmente beneficiosa. En algunos casos, hemos encontrado que preocuparse excesivamente puede tener el efecto opuesto al que previamente crees. Por ejemplo, preocuparse excesivamente sobre proyectos del trabajo puede ponerte tan ansioso que más que motivarte a trabajar en ellos, los aplazas para más tarde. De modo que, si preocuparse no es útil, ¿qué opinas que podrías hacer en su lugar?

Cliente: No sé. He estado pensando mucho en eso, y asumo que debería dejar de preocuparme, pero eso es más fácil decirlo que hacerlo ¿Cómo puedo dejar de preocuparme?

Terapeuta: Estás en lo cierto. Sería genial que pudieras cortar la preocupación como el interruptor de la luz, pero eso no es sencillo, ¿verdad? Como seguro que recuerdas, he estado haciéndote clasificar tus preocupaciones en: problemas actuales o sobre situaciones hipotéticas. Ahora vamos a empezar a trabajar en estrategias específicas para cada una de estos tipos de preocupaciones. La primera que introduciré hoy es la resolución de problemas como un modo de tratar nuestras preocupaciones sobre problemas actuales. Así que no vas simplemente a “dejar de preocuparte”, sino que vas a empezar a sustituir la preocupación con una estrategia más productiva.

Cliente: Bien, no soy muy bueno/a en resolver mis problemas.

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Terapeuta: Bien, si eso es cierto, entonces es más importante comenzar a trabajar en esto. Pero lo que dijiste sobre tu capacidad para resolver problemas se relaciona exactamente con lo que discutiremos hoy: la orientación negativa al problema. La orientación negativa al problema es un factor que contribuye a la preocupación excesiva, e interfiere con tu capacidad para resolver problemas en varios niveles (Ver apéndice 5.7 para una copia del modelo que incluye la orientación negativa al problema)

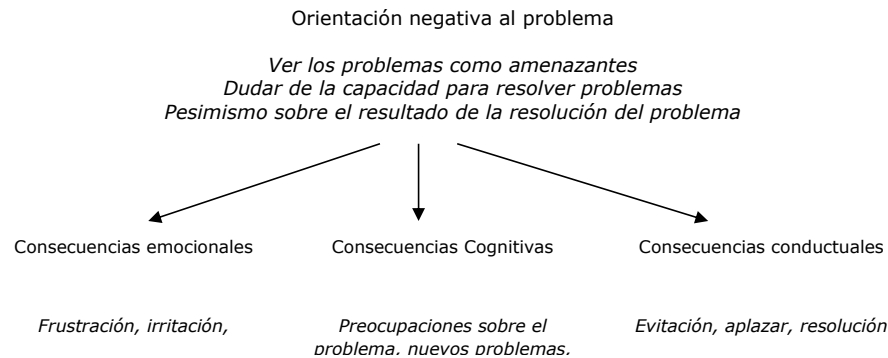
Antes de comenzar una discusión sobre la orientación negativa al problema y su impacto en la resolución del problema y el ciclo de preocupación, es una buena idea para los terapeutas que brevemente traten con los clientes algunos de los hallazgos de las investigaciones en el área. Por ejemplo, es útil para los clientes conocer que hasta la fecha la investigación sugiere que las personas que se preocupan en exceso son tan hábiles en resolver problemas como los que se preocupan menos. Sin embargo, los que se preocupan en exceso tienen una orientación más negativa al problema. En otras palabras, tienen actitudes y creencias más negativas sobre los problemas y resolución de problemas. A continuación ofrecemos una sugerencia para la presentación de la orientación negativa al problema:

Terapeuta: ¿Qué es la orientación negativa al problema? Se refiere al modo en que vemos los problemas, y al modo en que nos vemos a nosotros mismos como solucionadores de problemas. La gente que tiene una orientación negativa al problema tiende a (1) ver los problemas como amenazantes; (2) dudar de su capacidad para resolver problemas; y (3) creer que resolver problemas producirá algo malo no importa qué. En otras palabras, la gente con una orientación negativa se dirá a sí misma: "No me gustan los problemas, no soy bueno resolviéndolos, y cuando intento resolverlos, no funciona." ¿Has pensado alguna vez así?

Cliente: Totalmente. Odio afrontar los problemas y pienso que no soy bueno en resolverlos. Generalmente pido a otras personas consejo sobre cómo manejarlos.

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Terapeuta: Si recuerdas, cuando hablamos al principio sobre la intolerancia hacia la incertidumbre, te dije que hay varios efectos sobre tus pensamientos (i.e., preocupación) y tus conductas (e.g., búsqueda de seguridad). La orientación negativa al problema funciona del mismo modo. Cuando tienes creencias negativas sobre los problemas y tu capacidad de manejarlos, esto tiene un fuerte impacto sobre tus emociones, tus pensamientos y tus conductas.



Al presentar las consecuencias de la orientación negativa al problema, es mejor para los terapeutas animar a los clientes a generar ejemplos mediante cuestionamiento socrático. Esto puede alcanzarse vinculando lógicamente las creencias que subyacen a la negativa orientación al problema con el impacto esperado. Por ejemplo:

Terapeuta: De modo que, si una persona viera los problemas como totalmente amenazantes y creyera que es una mala solucionadora de problemas, ¿cómo crees que probablemente se sentiría cuando le llega un problema?

Cliente: Probablemente bastante rabioso. Odio cuando hay un problema. Yo también me pongo ansioso/a.

Terapeuta: Exactamente, de modo que el efecto emocional para ti es que tienes muchos sentimientos negativos como irritación, enfado, y ansiedad siempre que encuentras un problema.

Al discutir las consecuencias de una orientación negativa, existen varias posibilidades que pueden ser consideradas. En términos de consecuencias

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

conductuales, los clientes tienen una tendencia a evitar o posponer el resolver problemas durante el mayor tiempo posible. Sin embargo, si se deja sin resolver durante el tiempo suficiente, un problema puede generar nuevos problemas. Otras consecuencias conductuales incluyen pedir que otros resuelvan el problema en lugar de afrontarlo personalmente, o resolverlo impulsivamente con el fin de preocuparse por él la menor cantidad de tiempo. La consecuencia negativa de una orientación negativa al problema, sin embargo, es que convierte este constructo en un factor central en el ciclo de la preocupación. Esto puede ser discutido con los clientes de la siguiente manera:

Terapeuta: ¿Qué opinas del impacto que tu negativa orientación hacia los problemas tiene sobre tus pensamientos? ¿Crees que hace que te preocupes más o menos?

Cliente: Hace que me preocupe más.

Terapeuta: ¿Por qué crees es eso?

Cliente: Bueno, si no estoy resolviendo un problema, voy a continuar preocupándome por él.

Terapeuta: Correcto. El tiempo que no estés utilizando una estrategia activa para resolver tus problemas, probablemente vas a continuar preocupándote por ellos. De hecho, si dejas problemas sin resolver durante el tiempo suficiente, pueden generar nuevos problemas. Por otro lado, ¿alguna vez has intentado no pensar en los problemas, esto es, ignorarlos en lugar de preocuparte por ellos?

Cliente. Totalmente. Creo que retrocedo y avanzo entre preocuparme sobre los problemas e ignorarlos.

Terapeuta: Eso lleva a otra consecuencia de la orientación negativa al problema, la cual implica no ser muy bueno reconociendo problemas cuando ellos llegan. Si los ignoras, es menos probable que los veas pronto y los manejes. ¿Estás empezando a ver cómo tu actitud hacia los problemas está teniendo un enorme impacto en tu vida?

En esta etapa del tratamiento, recomendamos que los terapeutas incorporen el papel de la intolerancia hacia la incertidumbre en la

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

discusión. Esto no sólo pondrá de relieve la consistencia de la intolerancia hacia la incertidumbre durante todo el tratamiento, sino también permitirá a los terapeutas normalizar la orientación negativa al problema con respecto al TAG. Es importante que los clientes se den cuenta de que si ellos son intolerantes hacia la incertidumbre, entonces tener creencias negativas sobre los problemas y la resolución de problemas es una consecuencia natural de su intolerancia.

Terapeuta: ¿Por qué piensas que la gente con TAG tiene una negativa orientación al problema? ¿Por qué es más probable que tengas creencias negativas sobre los problemas y la resolución de problemas que alguien que se preocupa menos?

Cliente: No lo sé.

Terapeuta: Una importante razón para la relación entre TAG y orientación negativa al problema tiene que ver con la intolerancia hacia la incertidumbre. Como tratamos antes, la intolerancia hacia la incertidumbre es la gasolina para la preocupación. Incluso una pequeña cantidad de incertidumbre hace que la gente con TAG se preocupe, y tiendan a ver el mundo a través de un filtro donde buscan constantemente situaciones inciertas. Vamos a ver cómo esto se relaciona con los problemas. Antes de nada, ¿Cómo defines tú un problema?

Cliente: Yo diría que un problema es algo que no tiene una solución obvia y que se resolverá mal.

Terapeuta: De modo que un problema es una situación que no tiene una solución obvia y que podría tener un efecto negativo en el futuro. En otras palabras, el resultado de la resolución de problemas es incierto.

Cliente: ya veo... los problemas son inciertos, y hacen que resalte mi intolerancia hacia la incertidumbre.

Terapeuta: Correcto. Si lo miramos de este modo, tiene sentido que encuentres los problemas amenazantes. Al mismo tiempo de todas formas, has estado trabajando en cambiar la intolerancia llevando a cabo repetidamente experimentos de tolerancia hacia la incertidumbre. Un buen modo de ver la resolución de problemas es como si fuera otro de esos experimentos.

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Ciente: Pero ¿cómo se supone que cambio mi orientación negativa hacia el problema? ¿Tendré sólo que usar pensamiento positivo?

Terapeuta: Eso es una gran pregunta. La respuesta a eso es no. Vamos a empezar ahora a tratar modos para cambiar tu negativa orientación al problema, pero eso no significa sólo “pensar positivo”. En su lugar, supone aprender a ser más realista, flexible, y equilibrado/a en tu pensamiento mediante el reconocimiento tanto los aspectos positivos como los negativos de las situaciones.

Estrategias para mejorar la orientación al problema

Aunque existen distintas estrategias diferentes que pueden emplearse para ayudar a los clientes a que mejoren su orientación al problema, por lo general nosotros nos centramos en tres de estas estrategias. En concreto, creemos que es beneficioso ayudar a los clientes a (1) reconocer los problemas antes de que sea demasiado tarde; (2) ver que los problemas son una parte normal de la vida; y (3) ver los problemas como oportunidades en vez de como amenazas. Para consulta de otras estrategias terapéuticas adicionales el lector puede remitirse al trabajo de D’Zurilla y Nezu (1999) sobre terapia de resolución de problemas.

Reconocer los problemas antes de que sea demasiado tarde.

Una de las consecuencias de encontrar aversivos los problemas es la tendencia a evitar reconocer los problemas cuando surgen en la vida diaria. A menudo, los problemas pueden empezar siendo pequeños y es sólo cuando se les ignora que empiezan a crecer y se vuelven más serios y complejos. Por ejemplo, un cliente podría haber tenido un malentendido con un colega en el trabajo. Si lo deja sin resolver, el colega podría comenzar a tener rencor y creer que el cliente es una persona egoísta y despreocupada. El colega podría entonces comenzar a contar a otros compañeros de trabajo del problema, haciendo de este modo el problema más complejo al implicar a otras personas en la situación. A partir de este ejemplo, es evidente que si el problema hubiera sido tratado

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

inmediatamente, probablemente hubiera sido fácilmente resuelto. En su lugar, al ignorar o fallar en ver el problema, evoluciona hacia una “pequeña crisis” en el trabajo, con varias personas implicadas. Este ejemplo claramente muestra la importancia de tratar los problemas tan pronto como surjan. Con el fin de ayudar a los clientes a mejorar su capacidad para reconocer los problemas cuando aparecen, recomendamos emplear dos estrategias: (1) utilizar las emociones de uno como señales, y (2) desarrollar una lista de problemas recurrentes.

En términos de la primera estrategia, un obstáculo común al identificar los problemas es la tendencia que muchas personas tienen de interpretar sus emociones negativas como el problema. Por ejemplo, muchos clientes identifican su problema como frustración o estrés. Sin embargo, estas emociones no son el problema (desde el punto de vista de la teoría de resolución de problemas). En su lugar, es probable que sean el producto de la actual situación problemática. Por ejemplo, si una persona tiene muchos informes que hacer en el trabajo y está muy ansiosa y estresada por eso, el problema no es que esté estresada. En su lugar, el problema es que tiene que completar los informes; su ansiedad y estrés son debidos al hecho de que tiene un problema particular. Con esto en mente, los clientes pueden comenzar a utilizar sus emociones como una señal de que existe un problema en su contexto social:

Terapeuta: La primera estrategia es utilizar tus emociones como señales. Tus sentimientos negativos pueden ser utilizados para permitirte saber que podría haber un problema. Cuando te estás sintiendo ansioso/a o estresado/a, o desmoralizado/a, puedes preguntarte a ti mismo/a: “¿Existe un problema que no estoy viendo que me produce estas emociones?” Nuestras emociones, cuando estamos atentas a ellas, pueden ser muy útiles para ayudarnos a reconocer problemas. Esta estrategia tiene dos ventajas. La primera, te permitirá reconocer tus problemas más rápidamente y potencialmente evitar que un pequeño problema se convierta en un gran problema. Segundo, te ayudará a ver tus emociones negativas desde una perspectiva más “positiva”. En este caso, tienen una importante función como un sistema de detección temprano.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

La segunda estrategia es animar al cliente a escribir un listado de problemas recurrentes. Es común para casi todo el mundo que ciertos problemas vienen una y otra vez. Ejemplos de problemas recurrentes incluyen dificultades con un compañero de trabajo y problemas económicos a final de mes. Sin embargo, cada vez que el problema vuelve, la mayoría de nosotros tiene la tendencia a reaccionar a ellos con sorpresa y malestar, como si estuvieran ocurriendo por primera vez. Escribiendo una lista de problemas recurrentes, los clientes serán más capaces de reconocerlos rápidamente cuando surjan. Además, los sentimientos acompañantes de sorpresa y desagrado es menos probable que se desarrollen simplemente porque el problema es esperado. Esta segunda estrategia puede ser incorporada como un ejercicio para casa con el que se pide a los clientes que mantengan la lista accesible en todo momento con el fin de ser más capaces de reconocer los problemas de forma rápida y reaccionar a ellos con menos rabia y molestia.

Ver los problemas como una parte normal de la vida.

No debería ser sorprendente que los individuos con una orientación negativa al problema tengan una tendencia a sentir resentimiento cuando desarrollan problemas. Una de las razones para esto es que a menudo verán los problemas como anormales (“Si planeo todo y reduzco toda la incertidumbre en mi vida, no deberían surgir ningún problema. No es normal para mí que vengan problemas de forma inesperada”). Sin embargo, una de las dificultades de creer que los problemas son anormales es que el individuo invertirá mucha energía intentando evitar problemas en lugar de resolverlos. Como el intentar eliminar la incertidumbre, esto es un ejercicio de futilidad. Tener que resolver problemas es una parte normal e inevitable de la vida. Como tal, los terapeutas deberían ocupar algún tiempo discutiendo este tema con los clientes. La meta es permitirles ver que todo el mundo tiene problemas de diferente grado en sus vidas:

Terapeuta: Tener que resolver problemas es una parte normal e inevitable de la vida. Intenta encontrar a alguien que no tenga problemas

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

y llegarás a la misma conclusión. Si una persona cree que es anormal tener problemas, esa persona pasará más tiempo sintiéndose enfadado por el problema que intentando resolverlo. Es mucho más útil poner esa energía en resolver el problema, superándolo, y no preocupándose más por él. Para algunas personas, la razón por la que sienten que los problemas no son normales es porque atribuyen su problema a incompetencia o deficiencias personales. Por ejemplo, si crees que tienes problemas porque en cierto modo eres imperfecto (“No lo tengo cuando viene a llevarse bien con la gente”), tenderás a ver tus problemas como si fueran anormales. Sin embargo, es importante recordar que todos nosotros tenemos problemas sin importar lo inteligente, sociable atractivos o habilidoso que podamos ser. Podría parecer que alguna persona no tiene problemas, pero esto es probablemente porque los resuelve rápida y eficientemente. Al no atribuir tus problemas a “quien eres”, sino al hecho de que eres un ser humano (y todos nosotros tenemos problemas de tiempo en tiempo), serás más capaz de ver tus problemas como una parte normal de tu vida y de empezar a resolverlos más eficientemente.

Ver los problemas como oportunidades en lugar de cómo amenazas

Esta estrategia final para tratar una orientación negativa al problema es extremadamente importante para conseguir que los clientes dirijan su atención *hacia* sus problemas. No es un secreto que cuando una situación es vista como enteramente aversiva, no es probable que uno se acerque. En nuestras vidas diarias, tenemos una tendencia a evitar amenazas y acercarse a las oportunidades. La meta de esta estrategia de tratamiento es ayudar a los clientes a llegar a ser más flexibles al pensar en los problemas. En concreto, se anima a los clientes a que vean parte de las oportunidades que existen al resolver problemas más que a centrarse por completo en los aspectos negativos. Es importante señalar, sin embargo, que esto no significa que los componentes amenazantes de un problema sean ignorados. A nadie divierte resolver problemas, pero si existe una oportunidad o reto en una situación problemática, entonces es más

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Estoy realmente nervioso/a antes de ir a una entrevista. ¿Cuál es la amenaza en esta situación? Bien, puede que no lo haga bien durante la entrevista y no consiga el trabajo. Quién sabe, podría incluso ponerme en un total ridículo. ¿Cuál es la oportunidad para mí en esta situación? Quizá necesito aprender a mostrar a los demás lo que soy capaz de hacer. Las entrevistas no son fáciles, pero sería más importante si pudiera aprender a venderme. Esa es una habilidad que necesitaré muchas veces en mi vida. Creo que podría intentar mirar esto como una oportunidad para conseguir experiencia en entrevistas y ser mejor cada vez.

Ejemplo 2: La enfermedad de un ser querido. La reacción inicial a esta situación podría ser: "Alguien cercano a mí está sufriendo una seria enfermedad que requiere un caro tratamiento. ¿Por qué tiene que ocurrir esto a nuestra familia? Es horrible tener que gastar tanto dinero en esta medicación. Un día no seremos capaces de permitirnoslo por más tiempo. Esto es muy injusto". Un modo de pensamiento más flexible sería:

Me siento triste y frustrado/a por todo este asunto. ¿Cuál es la amenaza en esta situación? Bien, la enfermedad podría empeorar y ¿quién sabe a qué podría dar lugar? Incluso si la medicación funciona, no seremos capaces de permitirnosla mucho más tiempo. ¿Cuál es la oportunidad para mí en esta situación? Es ciertamente difícil ver cómo la enfermedad puede ser una oportunidad. Supongo que podría ver esta situación como una oportunidad para demostrar que realmente me preocupo/soy responsable. Podría ayudar lo más posible e intentar ser un modelo de esperanza y fortaleza. Aunque estoy realmente estresado/a, contemplo esto como una oportunidad para ser fuerte para alguien a quien quiero.

Los terapeutas pueden utilizar los dos ejemplos previos para ayudar a los clientes a identificar oportunidades dentro de la variedad de situaciones problemáticas. Una vez más, es importante que los clientes no estén bajo la impresión de que ellos simplemente necesitan "pensar positivo". En su lugar, el objetivo es intentar encontrar un reto u oportunidad en una situación que era vista previamente como totalmente amenazante.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

En este punto puede implementarse un ejercicio en casa para ayudar a los clientes a identificar las oportunidades en las situaciones problema. Por ejemplo, se puede pedir a los clientes que miren en su Diario de preocupaciones e identifiquen cualquier problema actual no resuelto que esté haciendo que se preocupen, luego intentar pensar sobre (y registrar) los desafíos u oportunidades presentes en al menos un problema con la meta última de percibirlo como menos amenazante. Una vez los clientes han integrado alguna flexibilidad al pensar en sus problemas, los terapeutas pueden pasar a la siguiente fase del entrenamiento en resolución de problemas.

Aplicación de las habilidades de resolución de problemas

Aunque ya hemos discutido cómo las habilidades de resolución de problemas parecen estar bastante poco relacionadas con el TAG, esto no significa que los clientes con TAG tengan una buena *capacidad* para resolver problemas. Como se mencionó previamente, está claro que su orientación negativa al problema interfiere con el uso correcto de sus habilidades para resolver problemas, lo cual disminuye considerablemente su capacidad para resolver problemas. De forma relacionada, debido a que la orientación negativa al problema de uno puede interferir en diferentes modos en la aplicación adecuada de cada habilidad de resolución de problemas, es importante que la orientación se dirija tanto a ella misma al contexto de cada habilidad. Además, aunque las habilidades para resolver problemas de los clientes con TAG no parecen ser extremadamente pobres, tampoco son particularmente fuertes. Esto es, incluso cuando sus habilidades son similares a las de la población general, parece que la mayoría no son especialmente hábiles en trabajar de forma efectiva a través de los pasos de la resolución de problemas. Por tanto, aunque nuestro modelo identifica la orientación negativa al problema como el principal factor de la resolución de problemas implicado en el TAG, nuestro tratamiento incluye el entrenamiento comprehensivo en resolver problemas, que incluye la revisión y práctica de cada habilidad para resolver problemas.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Una cosa que hemos consistentemente percibido en el tratamiento es que, aunque los clientes con TAG están deseosos de trabajar en cada paso del proceso de resolución del problema, a menudo tienen dificultad para completar una etapa y pasar a la siguiente. Esto es probablemente debido a su deseo de certidumbre y de la solución "perfecta". De tal modo, la meta de esta fase del tratamiento no sólo es ayudar a los clientes a refinar sus habilidades para resolver problemas, sino también animarles a tolerar la incertidumbre moviéndose por el proceso a pesar de la incertidumbre inherente en cada etapa (esto es, definición del problema y formulación de la meta, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones, e implementación y verificación de la solución).

Definición del problema y Formulación de la Meta

Antes de intentar resolver un problema, uno debe primero definirlo adecuadamente. Aunque esto podría parecer obvio, nuestra experiencia clínica nos ha enseñado que muchas personas definen sus problemas en términos vagos y confusos. Además, hemos observado que muchos de nuestros clientes no "separan" sus problemas, de modo que su definición del problema incluye varios problemas de golpe. De algún modo, este es el paso más importante para resolver problemas de forma efectiva, puesto que un problema pobremente definido puede tener un impacto negativo sobre todas las etapas restantes. Por ejemplo, si una persona recibe más expedientes sobre los que trabajar en su trabajo que los que pueda resolver, una definición enferma del problema sería: "Mi jefe es un hombre egoísta que abusa de mí". Si el problema es definido de este modo, se hace difícil pensar en una meta para resolver el problema ("¿Cómo puedo hacer que mi jefe sea más sensible y cariñoso/benefactor?") y los pasos restantes estarán debilitados también. En este caso, una definición del problema más apropiada sería: "Mi jefe me da más expedientes sobre los que trabajar de los que yo puedo sacar." Cuando el problema se define de este modo, las metas resultantes y soluciones potenciales son más claras y más alcanzables (por ejemplo, "Mi metas es aligerar mi cantidad de trabajo").

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Con el fin de definir efectivamente un problema, puede considerarse las siguientes pautas. Una buena definición del problema debería:

- Ser definido en lenguaje claro y concreto.
- Estar compuesto de hechos, no asunciones.
- Responder tres cuestiones:
 - ¿Cuál es la situación?
 - ¿Cómo me gustaría que fuera la situación?
 - ¿Cuál es el obstáculo que interfiere con la consecución de la situación deseada?
- Centrarse en el conflicto central, a saber, la discrepancia entre la situación actual y la ideal. Cuando un problema está bajo nuestro control directo, las consecuencias emocionales no deberían ser consideradas el problema principal. En situaciones donde uno tiene poco o ningún control, el manejo de la emoción puede ser el problema central (por ejemplo, "¿Cómo afronto la enfermedad de mi esposo/a?")
- No ser demasiado limitado en su alcance. Por ejemplo, un problema definido como "¿Cómo puedo escribir cinco informes en una hora?" es de un alcance limitado y, de tal modo, sólo hace posible una o dos soluciones. De forma alternativa, un problema definido como "¿Cómo puedo yo completar mis informes más eficientemente?" permite una mayor variedad de soluciones.

Un punto a señalar sobre la etapa de definición del problema es que a menudo puede requerir reajustes a lo largo del proceso de resolución del problema. Por ejemplo, una definición del problema proporcionada por el cliente puede inicialmente incluir más de un problema. Este tipo de error es bastante común, y ocasionalmente pasará desapercibido por el terapeuta al echar una primera mirada a la definición del problema. Sin embargo, si las dificultades se presentan en etapas subsecuentes del proceso de resolver problema como resultado de una pobre definición del problema, el terapeuta y el cliente deberían regresar a la etapa inicial y ajustar la definición como sea necesario.

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Al formular metas, es importante mantener en mente las siguientes tres pautas. Primero, las metas deben ser *claras, concisas, y definidas en términos concretos*. Cuando las metas son definidas en términos vagos o poco claros, puede ser difícil saber no sólo cómo alcanzarlos, sino también si han sido alcanzados. Por ejemplo, si mi meta es "ser feliz", es difícil saber si lo he alcanzado (esto es, "¿Con qué frecuencia quiero ser feliz? ¿Cómo de feliz debería ser"?). La segunda pauta es que las metas deberían ser *realistas y alcanzables*. La resolución de problema es más efectiva cuando la probabilidad de alcanzar una meta (y resolver el problema) es alta. Si las metas son irreales, los clientes tenderán a frustrarse y sentirse molestos. La pauta final es ser consciente de la línea del tiempo para alcanzar una meta en concreto. Dependiendo del problema, los clientes deberían desarrollar metas a corto o largo plazo. Aunque no es sorprendente que algunas metas lleven más tiempo alcanzarlas que otras, es importante que los clientes esperen esto de modo que no experimenten sentimientos de malestar. Además, puede ser útil establecer metas a corto plazo incluso cuando la meta final es a largo plazo. Puede ser bastante desmotivante invertir esfuerzo en una situación cuando no se espera ningún resultado durante un periodo de tiempo amplio. Por ejemplo, si alguien ha decidido cambiar su nivel de forma física y ha fijado cierto peso y porcentaje de grasa corporal como su meta última, sería buena idea para ella fijar objetivos intermedios con el fin de mantenerse motivada y llegar a la meta final.

Pese al paso de la definición del problema, en donde se anima a los clientes a asegurar que incluyan sólo un problema en la definición, en esta etapa es aceptable tener más de una meta. Sin embargo, esto es concretamente en referencia al tiempo en que se espera lograr la meta, lo que supone que uno puede tener tanto metas a corto plazo como a largo plazo para un problema en particular.

Generación de soluciones alternativas

Esta etapa de la resolución de problemas es a menudo denominada "la etapa de la tormenta de ideas". La idea es generar tantas soluciones

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

potenciales para el problema como sea posible, con el fin de incrementar las oportunidades de encontrar la mejor solución. Aunque esto puede parecer una cosa fácil de hacer, en realidad muy pocas personas se toman el tiempo en generar múltiples soluciones antes de tomar una decisión. De hecho, la mayor parte de las personas pensarán sólo una única solución, y luego la aplicarán sin considerar otras posibilidades. Alternativamente, algunas personas vendrán con muchas soluciones; sin embargo, son las mismas soluciones que encontraron en el pasado y que fueron inefectivas o sólo funcionaron a corto plazo. ¿Por qué sucede esto? Existen dos obstáculos básicos al desarrollo de numerosas y variadas soluciones. El primer obstáculo es el *hábito*. Como se señaló antes, tendemos a utilizar soluciones “probadas y reales” cuando resolvemos problemas en nuestra vida diaria. Aunque esto puede ser beneficioso para algunos de nuestros problemas, mantener las mismas estrategias de hábito puede, a veces, impedirnos encontrar una solución mejor. El segundo obstáculo a la generación de soluciones alternativas es el *convencionalismo*. Haciendo cosas de forma convencional, podríamos tener la impresión de que estamos haciendo “lo correcto”, incluso cuando este no sea el caso.

En esta etapa, el modo más efectivo de generar múltiples soluciones creativas es utilizar los tres principios siguientes de la tormenta de ideas:

1. **Principio de aplazamiento de Juicio.** Según este principio, los clientes necesitan suspender cualquier juicio o evaluación de soluciones cuando intenten generarlas. Con el fin de encontrar soluciones variadas, es importante no censurar uno mismo el resultado (e.g., “Oh, esa es una solución tonta; No la consideraré”). Durante la fase subsiguiente de toma de decisiones, las soluciones inapropiadas serán eliminadas, de modo que no es necesario filtrar o eliminar cualquier solución durante esta etapa. Con esto en mente, los clientes son animados a venir con soluciones que podrían considerar “locas”, puesto que estos tipos de soluciones pueden facilitar la generación de otras soluciones originales y no convencionales que podrían ser más apropiadas.

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

2. **Principio de Cantidad.** Desde el punto de vista lógico, es más probable que a los clientes se les ocurra una buena solución para un problema particular si tienen muchas soluciones potenciales para elegir. De tal modo, el segundo principio de la tormenta de ideas establece que cuantas más soluciones pueda pensar un individuo, mejor. Los terapeutas deberían animar la generación de al menos 10 ó 12 soluciones para un problema particular.

3. **Principio de Variedad.** Este principio establece que las soluciones de más calidad están disponibles cuando existe variedad en los tipos de soluciones generadas. Un error que muchas personas cometen es generar múltiples soluciones que reflejen la misma idea general. Por ejemplo, para un problema de "peso", las soluciones como correr, nadar o hacer senderismo son todas soluciones que caen dentro del mismo saco: todas implican actividad física. Si los clientes sólo generan soluciones potenciales que caen dentro del mismo saco, hay poca variedad de elección. Soluciones variadas para un problema de peso podrían incluir hacer footing, modificar la dieta, pasar un fin de semana en un spa. Aunque todas estas soluciones tratan el problema, no reflejan el mismo repertorio.

Aunque el terapeuta debería tener presente el principio de "aplazamiento de juicio" todo el tiempo (y no evaluar negativamente una solución), una vez los clientes completan su lista de soluciones, es buena idea recorrer la lista y discutir los modos de mejorarla. Por ejemplo, el terapeuta y el cliente deberían discutir modos de formular tantas soluciones como sea posible en términos conductuales concretos. "Hacer jooging" es un buen ejemplo de una solución concreta en la que está claro lo que se pedirá al individuo que elija esta solución. Sin embargo, una solución como "desarrollar una autoestima más positiva" es una estrategia mucho menos concreta. Si un cliente elige esta solución, podría tener un problema nuevo, a saber, resolver cómo va a incrementar la autoestima!

Como apunte final, las soluciones creativas y prácticas pueden a veces fundirse combinando dos o más soluciones. Hemos encontrado a menudo que la combinación de dos soluciones mediocres puede crear una solución

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

excelente. Tales modificaciones también pueden ayudar a los clientes a considerar toda solución generada, incluso aquellas que inicialmente parecen locas, irrealistas o absurdas.

Tomar la decisión

Esta etapa implica regresar a la lista de soluciones alternativas y finalmente elegir la *mejor* solución para el problema. Esta etapa puede ser particularmente difícil para clientes con TAG, pues ellos a menudo intentarán encontrar la solución *perfecta*. El problema con este tipo de pensamiento es que puede impedir que los clientes se desplacen en el proceso de resolución del problema. Por tanto, es importante que los terapeutas recuerden a sus clientes que esta etapa es sólo otro paso del proceso de resolver problemas y que no debería ser otro tópico de preocupación excesiva. Más bien, puede ser visto como otro modo de practicar tolerar la incertidumbre.

Con el fin de completar efectivamente esta etapa de resolución del problema, los clientes necesitan mirar las soluciones disponibles y elegir la mejor para su problema particular. Esto se alcanza pidiendo a los clientes que evalúen cada solución y determinen cuál tiene más ventajas y menos desventajas. Los terapeutas pueden guiar al cliente a través de este proceso pidiéndoles que consideren cuatro cuestiones con cada solución alternativa:

1. **¿Resolverá esta solución mi problema?** Una solución que no trata el problema o las metas establecidas probablemente no sea la mejor a elegir.
2. **¿Cuánto tiempo y esfuerzo implica esta solución?** Desde un punto de vista práctico, una solución probablemente no es ideal si supone una cantidad excesiva de tiempo y esfuerzo.
3. **¿Cómo me sentiría si utilizo esta solución?** Cuando elijo una solución, la consecuencia emocional de una solución particular es ciertamente un factor a considerar. Algunas opciones podrían hacer que los clientes se sintieran ansiosos o nerviosos, y otras podrían hacer sentir a los clientes mal sobre ellos mismos.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

4. **¿Cuáles son las consecuencias de esta solución para mí y los otros tanto a corto como a largo plazo?** Una buena solución debería tener más consecuencias positivas que negativas, para uno mismo y los demás, tanto ahora como en el futuro.

Aunque estas cuatro cuestiones son importantes, el terapeuta debería ser consciente de que los clientes no las están utilizando para eliminar todas las soluciones *imperfectas*. Esto es, toda solución tendrá ventajas y desventajas, simplemente porque si existiera una solución que resolviera el problema, requiriera poco tiempo y esfuerzo, hiciera que el cliente se sintiera bien, y no supusiera consecuencias personales o sociales negativas, ya habría sido encontrada. Por tanto, es importante que los clientes se pregunten estas cuatro cuestiones para cada solución potencial, y luego decidir cuál encaja *mejor* con el problema.

Implementación de la Solución y Verificación

La implementación de la solución implica planear cómo llevar a cabo la solución elegida, y luego implementarla. Esta puede ser una etapa muy difícil para los clientes con TAG porque tienden a “activar” su intolerancia hacia la incertidumbre. Específicamente, no existen garantías de que una solución elegida funcionará como se esperaba, y eso puede ser bastante difícil para muchos clientes. Sin embargo, debido a que los clientes habrán tenido experiencias previas de tolerar la incertidumbre, deberían haber desarrollado algún “impulso”, tal que implementar la solución elegida pueda ser vista como otro ejercicio para tolerar la incertidumbre.

Antes de llevar a cabo una solución, los clientes deberían planificar los pasos que implica. Esto no sólo asegura que sabrán qué hacer, sino también incrementará la probabilidad de que lleven realmente a cabo la solución. Los pasos implicados deberían ser concretos y específicos, y dependientes de la complejidad de una solución, también puede establecerse una línea de tiempo para la ejecución de cada paso. Sin embargo, el terapeuta necesita tener presente que la meta no sólo supone saber qué hacer, *isino realmente hacerlo!* En otras palabras, los clientes TAG no deberían ser demasiado meticulosos o buscar excesiva información

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

cuando idean su plan, pues esto podría ser un modo de evitar la implementación real de la solución. En muchos casos, sin embargo, al tomar tiempo para planear los principales pasos que supone la implementación de la solución, es más probable que los clientes la lleven a cabo. Los terapeutas deberían alabar a sus clientes por cualquier movimiento hacia la implementación de sus soluciones, y recordarles que no sólo están trabajando para resolver sus problemas de una manera activa, sino también para incrementar su tolerancia hacia la incertidumbre. La segunda parte de esta etapa final implica la importante tarea de verificar si la solución que se llevó a cabo está funcionando como se había planeado. Como se señaló antes, una de las razones de que los problemas sean tan estresantes es que es imposible predecir exactamente lo que sucederá cuando solución se implemente. Como tal, es necesario evaluar si la solución está o no realmente funcionando, y esto puede lograrse organizando "indicadores" durante el camino. Se anima a los clientes a pensar en algún índice que les permita saber si la solución está funcionando como planificaron. Estos índices pueden ser información observable, como calificaciones más altas si el problema era una pobre ejecución en el colegio, o la comprobación del ánimo de uno siguiente a la implementación de la solución (por ejemplo, "¿Me estoy sintiendo mejor desde que pongo en marcha mi solución?")

Una de las razones principales por las que es importante establecer comprobaciones es para detectar pronto si la solución *no* está funcionando. Incluso con los planes mejor hechos, la solución elegida podría no resolver el problema. Los clientes deberían ser capaces de identificar esto tan pronto como sea posible con el fin de comenzar a corregir la situación. Si una solución es de hecho inefectiva, los clientes pueden comenzar investigando la fuente del problema regresando a etapas anteriores. ¿Se llevó a cabo la solución de forma efectiva? ¿Fue la mejor respuesta a las cuestiones de la toma de decisiones? ¿Fue el problema correctamente identificado? ¿Fue la meta realista y alcanzable? Generalmente los clientes pueden identificar dónde se extravió la resolución al problema avanzando a través de varios pasos. Si, de otra

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

parte, una solución está funcionando, los clientes serían animados a recompensarse por un trabajo bien hecho.

Una nota final sobre la resolución de problemas

Quizá el mayor desafío al introducir la resolución de problemas a los clientes es la tolerancia hacia la incertidumbre requerida por los *terapeutas*. No existe una respuesta perfecta para cualquiera de los pasos de resolución de problemas, y los terapeutas por sí mismos podrían sentirse inicialmente inseguros a lo largo del proceso. Sin embargo, esto puede ser muy beneficioso en sesión, donde existe la oportunidad para los terapeutas de modelar comodidad con la incertidumbre en los distintos pasos. En esta fase del tratamiento, nuestra sugerencia para el método ideal de presentación es utilizar inicialmente un ejemplo de funcionamiento para ilustrar el uso efectivo de todos los pasos de resolución de problemas. Esto puede continuarse con el trabajo colaborativo a través del problema del cliente en sesión, y luego llevar a cabo el cliente la solución elegida. Aunque esto probablemente sea difícil para los clientes porque implica resolver su propio problema, la ayuda del terapeuta permite que esto sea una etapa intermedia que sea menos provocadora de ansiedad (ver Tabla 5.3 para una lista de cuestiones útiles que el terapeuta puede preguntar a los clientes cuando trabajan con el problema). Finalmente, como ejercicio entre sesiones, se debería animar a los clientes a caminar solos a través de los pasos y registrar los resultados de cada paso en la plantilla de Resolución de un problema (ver apéndice 5.8 para una copia del modelo) Una vez los clientes han desarrollado alguna confianza en su capacidad de resolver problemas, el tratamiento puede cambiar al siguiente módulo.

TABLA 5.3 Pasos para una Resolución de Problema Efectiva

1. ¿Cuál es el problema? Esto es, ¿cuál es la situación actual, cómo te gustaría que fuera, y cuál es el obstáculo que está manteniéndote alejado de alcanzar tu situación ideal?
2. ¿Qué meta te gustaría alcanzar? ¿Es realista y alcanzable?
3. ¿Cuáles son todas las posibles soluciones a este problema? Ten presente: a) aplazar cualquier juicio (las soluciones "locas" son todas correctas); b) sacar al menos 10 soluciones; y c) generar soluciones variadas.

319

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

4. ¿Cuál es la mejor solución (ino la perfecta!)? En concreto, qué solución responde mejor las siguientes cuestiones: a) ¿Resolverá esto tu problema? b) ¿Cuánto tiempo y esfuerzo implica esta solución? c) ¿cómo te sentirás si utilizas esta solución? d) ¿Cuáles son las consecuencias de esta solución para ti misma y los demás tanto a corto como a largo plazo?
5. ¿Cómo llevarás a cabo esta solución? Esto es, ¿qué pasos necesitas dar para realmente comenzar a implementar esta solución?
6. ¿Cómo sabrás si esta solución está funcionando? ¿Qué pruebas o indicadores utilizarás que te dirá si tu solución marcha según lo previsto?

MÓDULO 5: EXPOSICIÓN EN IMAGINACIÓN

En este módulo del tratamiento, los clientes aprenden una estrategia específica para manejar sus preocupaciones sobre situaciones hipotéticas. Estos tipos de preocupaciones no son tratables con la resolución de problemas porque la situación temida no ha sucedido (y puede que nunca lo haga); por tanto, cualquier intento de resolver el problema sería improductivo. En su lugar, los clientes aprenden cómo exponerse a una imagen mental de sus miedos con el fin de tratar su tendencia a ocuparse en la evitación cognitiva (tanto implícita como explícita). Este módulo de tratamiento puede ser muy difícil para los clientes porque supone centrarse en pensamientos e imágenes que durante mucho tiempo han intentado fuertemente evitar. Es por tanto extremadamente importante que los terapeutas tomen un tiempo en explicar adecuadamente la base lógica que está detrás este módulo de tratamiento. La lógica para el uso de exposición en imaginación es en cierto modo compleja, y como con cualquier estrategia de tratamiento, los clientes deben comprender totalmente por qué se les está pidiendo hacer algo antes de que realmente lo hagan.

La Futilidad de la Evitación Cognitiva

El primer objetivo es demostrar a los clientes cómo los intentos de evitar pensamientos pueden ser improductivos. Como se mencionó antes, la investigación sobre supresión de pensamiento ha puesto de manifiesto que, en algunos casos, el intentar suprimir un pensamiento puede resultar en un paradójico incremento de ese pensamiento. Como la mayoría de los clientes no son conscientes de este fenómeno, un modo efectivo de ilustrar

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. <i>Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/</i>	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

los efectos de la supresión de pensamiento es pedirles que se ocupen en un experimento del oso blanco.

Instrucciones para el experimento del oso blanco.

Terapeuta: Hoy vamos a hablar sobre la evitación cognitiva, que es la tendencia a intentar evitar ciertos pensamientos. Sin embargo, antes, me gustaría que intentaras un pequeño experimento conmigo. Durante 60 segundos, voy a pedirte que cierres tus ojos y pienses en cualquier cosa que te guste. Cualquier cosa, no existen restricciones, excepto para una pequeña cosa: quiero que *no* pienses en absoluto en un oso blanco. No quiero que dibujes un oso blanco o incluso pienses en las palabras *oso blanco*. Pero aparte de eso, puedes pensar en algo distinto. Voy a contabilizar mientras haces esto, y simplemente te pediré que levantes tu mano cada vez que el pensamiento cruza por tu mente. ¿Estás preparado/a? Vamos. (El terapeuta luego registra las veces que el cliente levanta su mano) "Así que, ¿Cómo te fue? ¿Recuerdas cuántas veces te llegó el pensamiento de un oso blanco?"

Cliente: Casi la totalidad del tiempo; al menos siete u ocho veces.

Terapeuta: Eso es interesante. ¿Cuántas veces pensaste en un oso blanco por tu cuenta hoy en este despacho?

Cliente: Ninguna.

Terapeuta: ¿Y qué me dices de ayer? ¿Cuántas veces te llegó el pensamiento del "oso blanco"?

Cliente: Ninguna.

Terapeuta: Interesante. De modo que en todo el día de ayer y hoy no tuviste un sencillo pensamiento sobre un oso blanco. Y, cuando específicamente te pido que no pienses en uno durante un minuto, eres incapaz. ¿Qué opinas de eso?

Cliente: No tengo ni idea.

Terapeuta: Bien, la investigación muestra que intentar no pensar en algo no funciona. De hecho, puede producir dos tipos de efectos opuestos. Uno es el *efecto incremento*, que tú justo experimentaste. Esto es, intentar deliberadamente suprimir un pensamiento puede hacer que crezca ese

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

pensamiento mientras estamos intentando evitarlo. El segundo efecto es el *efecto rebote*. En este caso, después de intentar suprimir un pensamiento, tendería a aparecer en tu mente. En el caso de nuestro experimento, podrás encontrar que pensarás sobre un oso blanco por ti mismo en casa o esta tarde. Así que ¿qué dice todo esto de tus preocupaciones?

Ciente: Supongo que significa que si intento no pensar en algo desagradable, como que mis hijos sean atropellados o mueran en un accidente de coche, realmente terminaré pensando más en ello.

Terapeuta: Eso es cierto. Intentar bloquear o evitar preocupaciones molestas puede realmente dar lugar a que surjan más preocupaciones en tu mente.

Una alternativa a la evitación y neutralización.

Con el fin de ilustrar claramente la importancia de la exposición para reducir miedos, el terapeuta debería discutir los conceptos de evitación, neutralización y exposición en términos de evitación conductual más que cognitiva. Esto es, es más fácil tratar estos conceptos abstractos en relación a un miedo específico observable antes de relacionarlos al constructo cognitivo de la preocupación.

Un ejemplo útil figura más abajo, utilizando la analogía de la fobia a los perros.

Terapeuta: ¿Por qué piensas que tendemos a evitar las cosas que tememos? Muy simplemente, lo hacemos porque la evitación funciona. Si yo tengo miedo de algo, una vez lo evito, me siento menos ansioso. Por ejemplo, si tengo miedo de los perros, y veo alguien aproximándose con un perro mientras voy andando por la calle, probablemente me pondré muy ansioso/a. Sin embargo, ¿qué pasará una vez cruce la calle?

Ciente: Te sentirás mejor.

Terapeuta: Correcto. Una vez evite el perro, probablemente me sentiré menos ansioso/a. Vamos a ver esto utilizando un gráfico, donde la línea horizontal representa el tiempo y la vertical la ansiedad.

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Cruce la calle

323

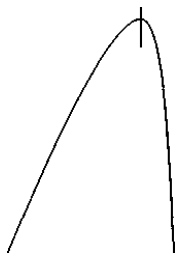
Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

A
n
s
i
e
d
a
d



Ver el
perro

Tiempo

3
2
4

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

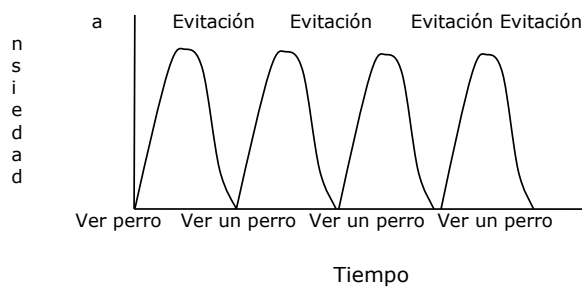
Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Terapeuta: Empleando este gráfico, podemos ver que una vez veo el perro mi ansiedad se eleva, pero desde el momento que cruzo la calle (y evito el perro), mi ansiedad baja. ¿Cuál es el problema con esto? ¿Qué crees que le sucederá a mi miedo a los perros al evitarlos?

Cliente: Probablemente continuarás teniéndoles miedo.

Terapeuta: Eso es cierto. De hecho, podría incluso llegar a tenerles más miedo con el tiempo, porque me diría a mí mismo. "Qué bueno que evité esos perros; ¿quién sabe lo que podría haber ocurrido?" Si miramos esta evitación continuada en un gráfico, parecería esto (ver debajo), con un descenso en ansiedad cada vez que evito y un incremento en ansiedad cada vez que veo un perro. Nosotros llamamos esto la curva de la evitación, y podemos ver que la evitación disminuye la ansiedad a corto plazo, pero mantiene el miedo a largo plazo.



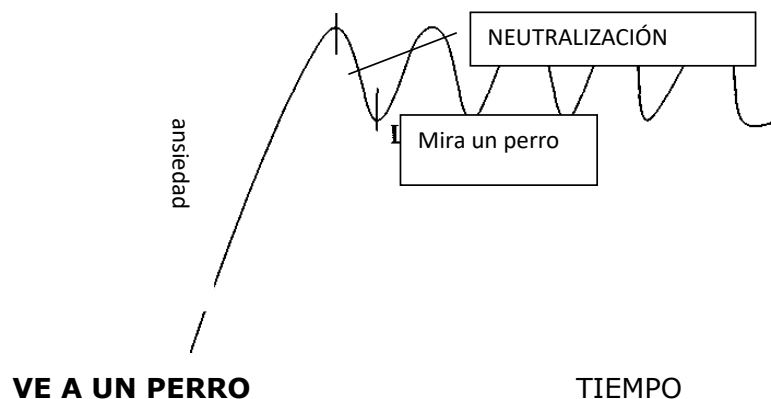
Uno de los motivos que señalamos al discutir el efecto mantenedor de la evitación es permitir que los clientes vean cómo la exposición a una situación temida es el mejor modo de reducir la ansiedad a largo plazo. Sin embargo, también es importante que los clientes comprendan el modo *correcto* de llevar a cabo la exposición. De tal modo, el papel de la neutralización también se discute porque puede plantear un problema particular a la efectiva ejecución de la exposición en imaginación.

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Terapeuta: Desafortunadamente, la evitación no es el único modo de mantener nuestros miedos. La neutralización puede tener un efecto similar negativo. La neutralización hace referencia a un intento deliberado de reducir la experiencia de la ansiedad mientras se está en una situación de miedo. Por ejemplo, si tengo miedo a los perros, podría decidir que necesito confrontar mi miedo y dejar de evitarlos. Con eso en mente, voy a visitar a un/a amigo/a a su casa, pues tiene un perro. Una vez allí, me pongo muy ansioso, así que decido mirar fuera por la ventana y pensar en otra cosa. ¿Qué le pasaría a mi ansiedad?

Cliente: Probablemente bajaría.

Terapeuta: Cierto. Probablemente descendería pero no del todo puesto que aún estoy en la misma habitación con el perro. También, cuando vuelva a mirar al perro mi ansiedad regresa. Esta vez, intento disminuir mi ansiedad mirando el rabo del perro en lugar de sus dientes, los cuales me hacen sentir más incómodo. Estos comportamientos son ejemplos de neutralización, y si fuéramos a dibujar eso en un gráfico, se vería como este:



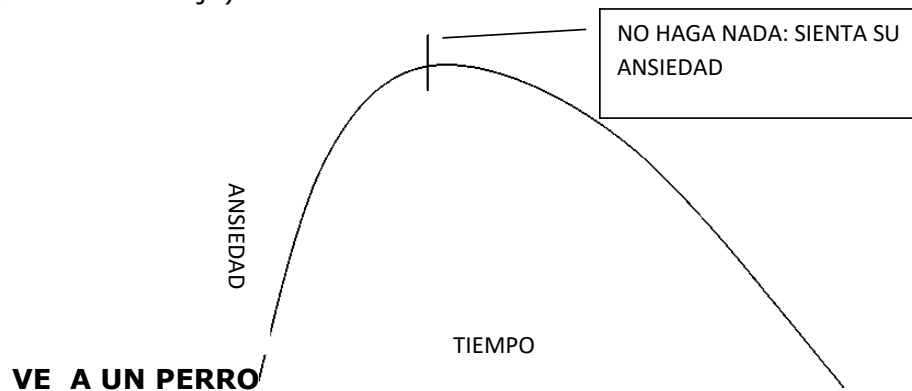
Terapeuta: Este gráfico, que ilustra la curva de neutralización, muestra cómo cada vez que neutralizo, mi ansiedad baja un poco. El problema con esta conducta es que, como la evitación, mantiene la ansiedad a largo plazo, incluso cuando la disminuye algo a corto plazo.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Así que, ¿cómo piensas que podemos hacer que la ansiedad baje a largo plazo?

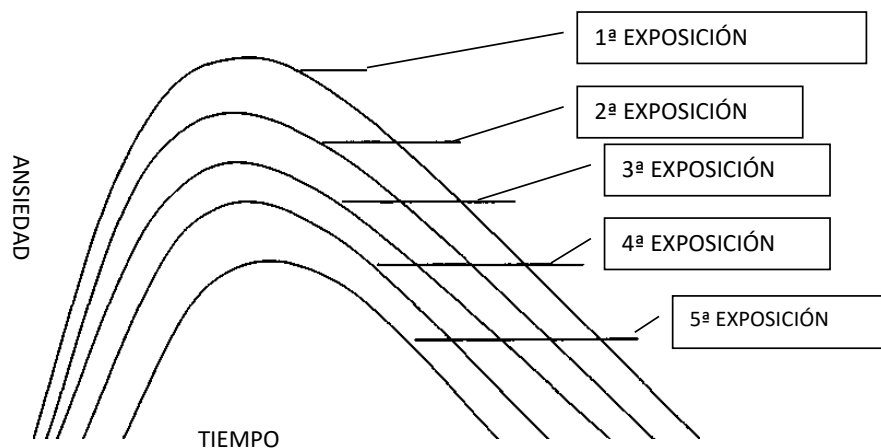
Ciente: Probablemente no evitando ni neutralizando.

Terapeuta: Exactamente. Básicamente, podemos reducir la ansiedad a largo plazo exponiéndonos a las situaciones temidas. Pero cuando hacemos esto, tenemos que hacerlo el tiempo suficiente, y con la frecuencia suficiente, para que la ansiedad baje y permanezca baja. En otras palabras, si permaneces en una situación temida el tiempo suficiente, sin hacer nada, tu ansiedad bajará de forma natural. (Ver el gráfico de debajo)



Terapeuta: Este gráfico ilustra la curva de la exposición, y nos enseña una poderosa lección: "Si permanezco en una situación temida y no hago nada, mi ansiedad baja. Quizá esto no es tan espantoso como pienso". Desafortunadamente, no creemos realmente esa lección hasta que llevamos a cabo la exposición muchas veces. Cada vez que lo hacemos, el sentimiento de ansiedad no sube tanto, y lleva menos y menos tiempo que baje. (Véase gráfico siguiente)

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19



Terapeuta: Así que todo esto significa que si queremos reducir la ansiedad a largo plazo, es mejor afrontar nuestros temores mediante la exposición, permanecer en la situación hasta que nuestra ansiedad baje, y hacerlo repetidamente. ¿Tiene todo esto sentido hasta cierto punto?

Una vez los terapeutas se han tomado el tiempo de explicar el papel de la evitación y neutralización en el mantenimiento de los miedos, así como el papel terapéutico de la exposición, es importante cambiar la conversación a las preocupaciones del cliente.

Terapeuta: Así que, ¿cómo la evitación, neutralización y exposición funcionan cuando pensamos en preocupaciones? Bien, la misma lógica se aplica a nuestros pensamientos. Por ejemplo, si una persona teme mucho que pueda caer gravemente enferma en un futuro próximo, podría intentar muy duramente no pensar sobre esa posibilidad. Esta evitación de pensamientos desagradables se denomina evitación cognitiva. Al intentar no pensar en nuestros miedos, estás de hecho manteniéndolos. (Ver apéndice 5.9 para una

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

copia del modelo que incluye la evitación cognitiva). La neutralización, que de algún modo es similar a la evitación cognitiva, también contribuye al mantenimiento de nuestros miedos. Cuando estás preocupado por un problema potencial, podrías contarte: "No quiero que suceda" o "No será tan malo si sucede". Estos pensamientos sirven para neutralizar o reducir tu malestar; sin embargo, como al neutralizar un miedo a los perros, estos pensamientos terminan manteniendo tus preocupaciones. Cuando nos preocupamos sobre una situación hipotética, a menudo pensamos sobre ella repetidamente y por cortos periodos de tiempo, todo el tiempo intentando no pensar en lo peor que podría suceder. Desafortunadamente, esto no nos permite librarnos de nuestro miedo a la situación. El único modo de realmente procesar o *digerir* el miedo es pensar en él intensamente, durante un periodo relativamente largo de tiempo, y repetidamente. Así que esto supone que el mejor modo de tratar las preocupaciones sobre situaciones hipotéticas es la exposición a estos miedos; esto es, pensar sobre tu miedo durante un periodo de tiempo prolongado (30 a 60 minutos) todo los días durante unas semanas hasta que disminuya tu miedo.

Cliente: Eso suena espantoso.

Terapeuta: Sí, muchas personas encuentran la idea de la exposición espeluznante. Pero nosotros vamos a hacer esto a *tu* ritmo. Sin embargo, es una buena idea a mantener en mente que has estado intentando evitar totalmente pensar en estas situaciones durante largo tiempo, y todavía te preocupas por ellas. ¿Qué te dice eso sobre la evitación como estrategia?

Cliente: Que no funciona.

Terapeuta: En efecto. Así que ahora es tiempo de intentar una nueva estrategia. Cuando se trata de manejar la ansiedad, necesitas afrontar tu miedo con el fin de eliminarla a largo plazo. ¿Lo intentamos?

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Preparar el escenario de exposición.

La preparación del escenario de exposición puede ser dividido en cuatro pasos: (1) identificar el tema de exposición; (2) preparar un borrador preliminar del escenario; (3) finalizar el escenario; y (4) grabar el escenario para la exposición repetida. Si se encuentran dificultades en cualquiera de estos pasos, podría significar que el cliente no comprende totalmente la lógica de la exposición o no se siente preparado para emprender la exposición en imaginación. En cualquier caso, el terapeuta podría encontrarlo útil para volver a la base lógica para incrementar la confianza y motivación del cliente.

Identificar el Tema de Exposición: la técnica de la flecha hacia abajo

El primer paso al preparar el escenario de exposición es identificar el tema de exposición (i.e., el miedo que será el objetivo en la exposición en imaginación). Un modo de llevar a cabo esto es usar la técnica de la flecha hacia abajo, que ha sido denominada como el descenso vertical o técnica de catastrofización (ver Burns, 1989; Provencher, Freeston, Dugas & Ladoceur, 2000; Vasey & Borkovec, 1992). Nosotros recomendamos que el terapeuta emplee los siguientes pasos con el fin de acceder a los miedos nucleares:

1. El terapeuta comienza pidiendo a los clientes que formulen su preocupación en términos sencillos. Por ejemplo, "¿Y si mi vuelo entra en una turbulencia?"
2. Luego se pregunta a los clientes la siguiente cuestión: "Si tu preocupación fuera cierta, ¿qué podría suceder después?" O "Si tu preocupación sucediera realmente, a qué conduciría?"
3. Una vez el cliente ha identificado el siguiente eslabón en la cadena de preocupación (e.g., "El avión podría estrellarse"), el

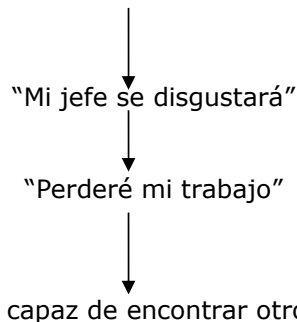
Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

terapeuta puede luego preguntar la misma cuestión una segunda vez, con el propósito de desplazarse progresivamente más abajo la jerarquía de miedo.

4. Una vez los clientes responden a esta segunda incitación, los terapeutas repiten la cuestión hasta que el cliente no es capaz por más tiempo de proporcionar una respuesta, sugiriendo que el miedo nuclear ha sido identificado (e.g., "Podría morir").

Un ejemplo de las respuestas de un cliente a la técnica de la flecha descendiente se proporciona debajo para una preocupación relacionada con el trabajo:

"No seré capaz de cumplir los plazos en el trabajo"



Al utilizar la técnica de la flecha descendiente, es importante que los terapeutas no dirijan a los clientes en sus respuestas, sino simplemente seguir su ejemplo. Además, es importante encontrar el término medio entre el acceso a un importante miedo mientras no haga que el cliente sea incapaz de ocuparse en el proceso de la exposición. Concretamente, si un cliente menciona que el escenario es demasiado "poco creíble", esto puede indicar que un resultado identificado anteriormente en la flecha hacia abajo sería un tema de exposición más apropiado para ese cliente particular. Por ejemplo, utilizando el ejemplo del trabajo presentado antes, un cliente podría eventualmente ocurrírsele el temor "terminaré en la calle, sin casa y sin dinero, con todos mis amigos indignados conmigo".

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Probablemente, los clientes dirán que este escenario es de hecho ridículo porque saben que no sucederá. Por tanto no es apropiado para el escenario de exposición.

Preparar un borrador preliminar del escenario de exposición

Una vez el tema de exposición ha sido identificado, se pide al cliente que escriba un primer borrador de un escenario de exposición. Esto es hecho comúnmente como un ejercicio entre-sesiones a partir del formato/plantilla de Escenario de Exposición (Ver apéndice 5.10 para una copia). Basados en conceptualizaciones actuales de procesamiento emocional (e.g., Foa & Kozak, 1986) y nuestra propia experiencia clínica, es útil proporcionar al cliente directrices que se dividen en dos categorías: *contenido* y *forma*. En términos de contenido, el escenario debería incluir: (1) la situación temida o contexto; (2) las reacciones del cliente a la situación; y (3) el significado adscrito a la situación y la reacción. En términos de forma, el escenario sería descrito: (1) en primera persona; (2) en tiempo presente; (3) con gran detalle, incluyendo información de los sentidos (i.e., vista, tacto, gusto, olor, oído); y (4) sin neutralización (esto es, cualquier información que pudiera disminuir la ansiedad del cliente durante la exposición). Si se utilizara una grabadora continua para grabar el escenario, debería tardar de uno a cinco minutos leído lentamente y con expresión (simplemente porque estas cintas por lo general duran de uno a cinco minutos).

Los terapeutas deberían tener en cuenta que el cliente probablemente ha estado intentando evitar pensar en su miedo durante algún tiempo. Por eso, el primer borrador del escenario de exposición probablemente necesitará algún trabajo durante la siguiente sesión (aunque el cliente puede haber trabajado muy duro para generar el escenario inicial). Por ejemplo, un cliente que temía

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

que su hijo se viera implicado en un serio accidente de coche produjo el siguiente primer borrador para la exposición:

Imagino que mi hija se ve implicada en un accidente de coche. Me apresuro a la escena del accidente, y hay ambulancias y cantidad de cristales rotos sobre la carretera. Luego la veo; está sentada en el césped de la vía, y tiene sangre sobre ella. Su brazo está todo cortado e hinchado –parece que puede estar fracturado. Los médicos la conducen a una camilla, ponen la camilla en la parte de atrás de la ambulancia. Yo me subo en la parte de atrás de la ambulancia y me siento al lado de la camilla, y sostengo su mano en la mía. Ella me mira y sonrío. Me doy cuenta de que lloro de forma descontrolada. Los enfermeros le ponen una máscara de oxígeno; dentro de la ambulancia pequeñas luces parpadean sobre las máquinas, y existe ese raro olor a hospital. En el hospital la llevan a ver al doctor y tengo que esperar fuera. Estoy muy ansiosa, de modo que me siento e intento calmarme. Después de unos minutos, el médico sale y se dirige mí. Sonríe y me dice, “parece que se pondrá bien...”

Aunque esto era un buen primer borrador que seguía la mayoría de las reglas de forma y contenido, claramente contenía algunos elementos que servían para evitar toda (o lo funcional) la exposición. Por ejemplo, elementos como “sostuve su mano en la mía. Ella me miró y sonrío” y “parece que estará bien...” son intentos de neutralizar el escenario y reducir la ansiedad.

Finalizar el escenario.

Una vez los clientes llevan su primer borrador de exposición a la siguiente sesión, el principal desafío del terapeuta es ayudarle a mejorar el escenario. Algunos ejemplos de neutralización a los que hay que prestar atención son “Imagino...” porque recuerda a los clientes que el escenario no es real, y la inclusión de un “final feliz” que está claramente reñido con afrontar el peor temor de uno.

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Volviendo otra vez al ejemplo de los temores del cliente de que su hija pudiera tener un accidente, el escenario final se reproduce debajo. Mencionar que el escenario está muy mejorado y ahora es apropiado para la exposición en imaginación:

Mi hija está en un accidente de coche. Me apresuro al lugar del accidente, y hay ambulancias, sirenas sonando, coches destrozados, y muchos cristales rotos sobre la vía. Luego la veo; su pequeño cuerpo está tendido boca abajo sobre la carretera, y está cubierta de sangre. Su cara está llena de cortes e hinchada –difícilmente se parece a ella. Los enfermeros la llevan a una camilla –tienen sangre encima de ellos también –y ponen la camilla en la parte posterior de la ambulancia. Yo voy a la parte de atrás de la ambulancia y me siento al lado de la camilla, y sostengo su fría mano en la mía. Me doy cuenta de que lloro incontroladamente. Los médicos le ponen una máscara de oxígeno; dentro de la ambulancia pequeñas luces parpadean sobre las máquinas, y existe ese horrible olor a hospital. En el hospital ellos se apresuran hacia la sala de emergencia y tengo que esperar fuera. Siento cómo mis piernas van a bloquearse y estoy temblando, así que me siento e intento controlarme. Después de lo que me lucen horas, el médico sale a verme. Aclara su garganta y dice, “Seré claro; su situación es crítica...”

Grabar el escenario para la exposición repetida.

Una vez el escenario se ha terminado, los clientes lo graban en una cinta continua o un disco compacto, leyendo el texto lentamente, con las pausas y expresión emocional adecuadas. Los terapeutas deberían oír la grabación, pues algunos clientes leerán el texto de forma rápida y de forma monótona en un esfuerzo de neutralizar parte de su connotación emocional. Si este es el caso, los clientes grabarán el escenario por segunda vez, pero con el ritmo y emoción adecuados.

Llevar a cabo la exposición.

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

La exposición en imaginación implica una importante curva de aprendizaje. Aprender a visualizar un escenario temido puede llevar tiempo y práctica, además de aprender a reunirse con la ansiedad y tolerarla hasta que se disipe. Además, la prescripción de la exposición puede ser intimidatoria para quien ha utilizado la evitación como forma de afrontar sus miedos. Como tal, es imperativo que la primera sesión de exposición sea llevada a cabo en el despacho del terapeuta.

La primera sesión de exposición.

Los terapeutas querrán preparar a los clientes para la exposición presentando la primera sesión de exposición como una experiencia de aprendizaje donde los clientes tendrán una oportunidad para comenzar a aprender la habilidad de la exposición. Como tal, el objetivo de la primera sesión no es la experimentar una exposición "exitosa", sino más bien comenzar a aprender lo que se siente al intentar la exposición en imaginación. Se pide a los clientes que adopten una posición cómoda sentados, y luego comienzan a escuchar el escenario de exposición grabado. Previo a comenzar, sin embargo, los terapeutas deberían mencionar que es inicialmente bastante difícil permanecer centrados en un tema de exposición y que los clientes indudablemente encontrarán que sus mentes se distraen durante la exposición. Cuando esto sucede, simplemente deberían regresar al escenario. Durante la actual exposición en la sesión, recomendamos pedir a los clientes una valoración de la ansiedad de 0 a 10 (con 0 representando "no ansiedad" 10 representando "ansiedad extrema") cada minuto del ejercicio, ante la señal del terapeuta. Después del ejercicio, los terapeutas pueden crear un gráfico del nivel de ansiedad del cliente a lo largo de la exposición. La sesión de exposición en imaginación continuará hasta que la ansiedad del cliente retorne más o menos a su nivel base.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Sesiones de exposición posteriores.

Después de que los clientes han tenido alguna experiencia dentro de la sesión con exposición en imaginación, pueden comenzar a practicar la exposición en casa. Los clientes necesitan practicar la exposición todos los días, durando cada exposición aproximadamente de 30 a 60 minutos. El objetivo para los clientes es permanecer centrados en el escenario durante tanto tiempo como sea necesario para experimentar la "curva de la exposición", esto es, un pico en ansiedad, que luego permanece elevada durante varios minutos, y posteriormente desciende gradualmente al nivel de línea base previo. Los terapeutas deberían animar sus clientes a continuar sus exposiciones diariamente hasta que experimenten de poca a ninguna ansiedad para su escenario de exposición. Para cada exposición realizada en casa los clientes pueden rellenar el registro Resumen de Exposición (ver apéndice 5.11 para una copia del formulario) que es útil para controlar el progreso diario. Esta plantilla pide su nivel de ansiedad previo a la exposición, inmediatamente después, además del máximo nivel experimentado durante la exposición.

Una vez los clientes han procesado emocionalmente su miedo (i.e., no experimentan significativa ansiedad duradera al escuchar su escenario), pueden elegir en utilizar la exposición en imaginación para tratar otro miedo nuclear (i.e., un miedo que subyace a preocupaciones sobre otras situaciones hipotéticas). En nuestra experiencia, debido a que a cada miedo nuclear subyace a preocupaciones sobre muchas situaciones hipotéticas, el número de escenarios de exposición que se necesita para cada cliente es bastante limitado. De hecho, hemos encontrado que la amplia mayoría de los clientes necesitan sólo uno o dos escenarios de exposición con el fin de disminuir considerablemente sus preocupaciones sobre una amplia variedad de situaciones hipotéticas. Cuando el terapeuta y el cliente sienten que la conclusión del

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

tratamiento es inminente, pueden pasar al módulo final del tratamiento, la prevención de recaídas.

MÓDULO 6: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

El módulo final del tratamiento aborda el mantenimiento de las ganancias y la prevención de recaídas posteriores a la terminación del tratamiento. Aunque nos referimos a esta etapa como prevención de recaídas, los datos de nuestras pruebas clínicas muestran que muchos clientes realmente continúan mejorando después de terminar el tratamiento (ver capítulo 6). Así, la meta de esta etapa del tratamiento es ayudar a los clientes a continuar utilizando las habilidades adquiridas en el tratamiento con el deseo de que el progreso se mantenga en el tiempo después de la sesión final. Nosotros dividimos este módulo en tres componentes: (1) mantenimiento diario; (2) identificación de situaciones de riesgo; y (3) preparación para situaciones de riesgo.

Mantenimiento diario

El mantenimiento diario se basa en una idea muy simple; a saber, esas estrategias que ayudaban a los clientes a estar mejor también les ayudarán a permanecer mejor. En otras palabras, si los clientes dejan de utilizar las habilidades adquiridas en terapia, es poco probable que mantendrán las ganancias del tratamiento a largo plazo. Esto significa que es en el mejor interés de los clientes continuar reevaluando sus creencias positivas sobre la preocupación, hacer frente a sus problemas de la vida mediante el uso de estrategias de resolución efectiva del problema, y procesar los miedos a través de la exposición. Más importantemente, sin embargo, los clientes deberían continuar desarrollando una tolerancia hacia la incertidumbre incluso mayor. El mejor modo para que los clientes se hagan cargo de su propio mantenimiento del síntoma es aprendiendo a ser su propio terapeuta:

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Terapeuta: Ahora que el tratamiento está llegando a su fin, es importante que aprendas a ser tu propio terapeuta. Lo que quiero decir con esto es que comenzarás a tomar el papel que he estado asumiendo en el tratamiento. Además de enseñarte las habilidades necesarias que necesitas para manejar tus síntomas, yo controlaba tu progreso con los ejercicios inter-sesiones y te ayudaba a investigar cualquier problema que surgiera. Es este papel el que tú necesitarás completar ahora. Cuando el tratamiento termine, necesitarás asignarte ejercicios, llevarlos a cabo, y controlar tu progreso. Por ejemplo, puedes trabajar en corregir tus creencias sobre la preocupación, y aplicar estrategias como la resolución de problemas o exposición cognitiva a las preocupaciones que vengan en tu vida diaria. Ser tu propio terapeuta también implica evaluar regularmente tu método de reaccionar a las preocupaciones, animarte a perseverar incluso cuando es difícil, y felicitarte por los pequeños y grandes éxitos.

Algunos clientes inician el tratamiento con la creencia de que cuando la terapia concluya ya no estarán más preocupados o ansiosos (no volverán a experimentar ansiedad o preocupación). Obviamente este no es el caso. En nuestro tratamiento, como con la mayoría de otros protocolos TCC, por lo general los clientes no terminan el tratamiento libres por completo de sus síntomas. Más bien, una experiencia de tratamiento exitosa verá que los clientes quedan con una reducción importante de síntomas, una variedad de nuevas herramientas y estrategias para tratar sus síntomas y varios éxitos al utilizar esas habilidades en su bolsillo. Considerando cuánto tiempo la mayoría de los clientes han sufrido con el TAG, es irreal esperar estar libre de síntomas sólo en unos pocos meses. Sin embargo, si los clientes continúan trabajando con las habilidades adquiridas durante el tratamiento, no hay razón para creer que otra mejoría no ocurrirá. La meta última del mantenimiento diario es que las habilidades

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

aprendidas en la terapia se vuelvan automáticas, y que los clientes utilicen estas habilidades sin ser plenamente conscientes de cada paso decisorio. Esta meta, sin embargo, sólo se alcanzará si los clientes utilizan con regularidad las estrategias durante periodos de tiempo amplios.

Identificar situaciones de riesgo.

La identificación de situaciones de riesgo es importante porque ayuda a que los clientes adopten expectativas realistas sobre cómo su preocupación y ansiedad fluctuará tras el término del tratamiento. Los terapeutas querrán ayudar a que sus clientes sean conscientes de que las experiencias de todos disminuyen su calidad de vida durante periodos de elevado estrés o humor negativo. Para los clientes con TAG, los estresores como una mudanza, un cambio de empleo, o experimentar dificultades interpersonales, además de veces en que se sienten más cansados o "bajos" de lo usual, pueden servir de disparadores o incrementar la preocupación o la ansiedad (ver apéndice 5.12 para una copia del modelo que incluye el estado de humor y eventos vitales). Estos tipos de fluctuaciones en los síntomas son perfectamente normales. Sólo se convierten en problema cuando los clientes las interpretan catastróficamente (i.e., "¡estoy tan preocupado y ansioso otra vez!, perdí todo el progreso que hice en el tratamiento"). Como tal, es importante que los clientes aprendan a identificar estos periodos de estrés de modo que no sean pillados desprevenidos cuando se sientan más preocupados y ansiosos. De hecho, los clientes pueden utilizar los incrementos en sus síntomas como un "señal de alarma" que les alerte para aplicar sus habilidades recientemente adquiridas y trabajarlas de una manera estructurada. También es igualmente importante que los clientes tengan expectativas realistas para ellos mismos. El progreso en terapia no significa que los clientes vayan a experimentar una suave y regular

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

disminución en ansiedad y preocupación. Para todos los clientes, hay semanas donde sus síntomas son mayores, otras semanas donde la preocupación y la ansiedad podría caer en picado, e incluso otras semanas donde haya poco o ningún cambio. Esta fluctuación intermitente en preocupación y ansiedad puede también ser experimentada tras el tratamiento. Experimentar un periodo de mayor preocupación y ansiedad no sería visto como un fracaso o recaída. Más bien, es una oportunidad para continuar trabajando las habilidades que darán a los clientes una mejor oportunidad en la protección a largo plazo contra la preocupación y ansiedad excesiva.

Preparación para situaciones de riesgo.

Uno de los mejores modos en que los terapeutas pueden ayudar a los clientes a prepararse para las situaciones de dificultad en el futuro es distinguir claramente entre una caída y una recaída. La diferencia clave entre ambos eventos es la reacción que los clientes tienen ante el ascenso en sus síntomas:

Terapeuta: Es importante tener en cuenta que hay una importante diferencia entre una caída y una recaída. Una caída puede ser entendida como el resultado de fluctuaciones normales en los niveles de preocupación y ansiedad. Una recaída, por otro lado, es más o menos un retorno al estado en que estabas antes de que el tratamiento comenzara. Por tanto, experimentar un incremento en preocupación y ansiedad de vez en cuando es inevitable y no es necesariamente una recaída. Sin embargo, tu reacción a un incremento en la preocupación y la ansiedad es un factor importante para determinar si una caída se volverá una recaída. Por ejemplo, vamos a suponer que dos individuos se preocupan mucho durante un periodo de tres días. A mitad de semana uno de ellos se percata de que una acumulación de trabajo ha sido el causante de su estrés y preocupación. Se cuenta así mismo que intentará terminar su exceso

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

de trabajo lo antes posible, dentro de lo razonable, y se relajará en el fin de semana. Siempre podrá trabajar dos horas la mañana del domingo si no ha terminado el viernes. Al final de la semana ha terminado su trabajo y está satisfecho y relajado. El otro individuo está también estresado y preocupado por una acumulación de trabajo. Hace todo lo posible por terminar, pero no es muy optimista sobre terminar el viernes. A las 5 p.m. del viernes el individuo ha terminado su trabajo y dice, "¡Qué semana loca! ¡Nunca soy capaz de hacer el exceso de trabajo sin preocuparme por ello toda la semana! ¡Pongo toda mi energía! ¿Cómo será la próxima vez? Probablemente no seré capaz de soportarlo..." Podemos ver de este ejemplo que la segunda persona está a punto de una verdadera recaída simplemente porque reaccionó a la situación catastróficamente.

Una forma para que los clientes puedan prepararse para tanto el término del tratamiento como cualquier situación de riesgo que pudiera tener lugar es desarrollar un plan de acción antes de que termine la terapia. Puesto que una de las metas del tratamiento es enseñar a los clientes cómo llegar a ser sus propios terapeutas, ellos serían animados trazar metas para progresos futuros sin la ayuda del terapeuta. Por ejemplo, un cliente con preocupaciones continuas sobre su trabajo debería decidir planear experimentos de tolerancia hacia la incertidumbre adicionales y utilizar estrategias efectivas para resolver problemas para cualquier dificultad que surja relacionada con el trabajo. De esta manera, los clientes pueden continuar trabajando regularmente con sus habilidades adquiridas y desarrollar un sentido de control mayor sobre su preocupación y ansiedad.

Un apunte final.

Cuando el tratamiento llega a su fin, puede ser importante volver a un tema que fue discutido al comienzo del tratamiento: la distinción entre preocupación normal y excesiva. Paradójicamente, si los

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

clientes han hecho grandes progresos durante el tratamiento, el terapeuta puede animarles a aceptar ciertos niveles de preocupación en respuesta a los problemas de la vida diaria. Hemos encontrado que algunos clientes olvidan que los niveles moderados de preocupación y ansiedad son inevitables y una parte normal de la vida. Estos clientes pueden tener expectativas irreales y pueden estar en riesgo de recaída. Como tal, puede que necesiten que se les recuerde que todo el mundo tiene momentos donde está más ansioso y estresado. Esto ciertamente no es una señal de que el tratamiento fue un fracaso. De hecho, los clientes que dejan el tratamiento sintiendo que su preocupación y ansiedad es manejable y su calidad de vida ha mejorado han hecho un progreso maravilloso. Como tal, deberían ser calurosamente felicitados.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

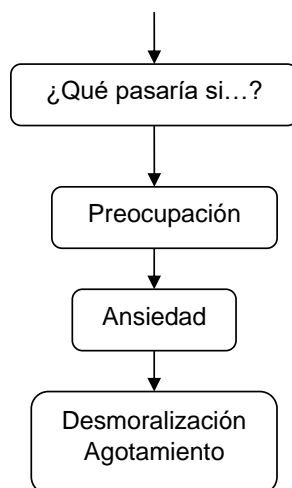
Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

APÉNDICE 5.1

Modelo 1: Los síntomas asociados al Trastorno de Ansiedad Generalizada



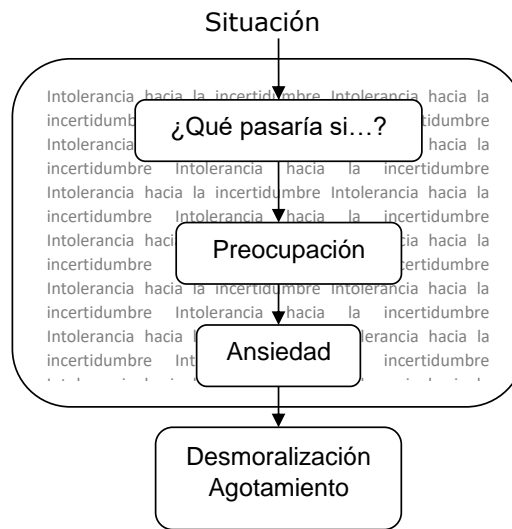
Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

APÉNDICE 5.3



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

APÉNDICE 5.4
Ejercicios para casa

Hay dos ejercicios que ayudarán al cliente a ser consciente de su modo de manejar la incertidumbre y hasta empezar a desarrollar una mayor tolerancia hacia la incertidumbre. El primer ejercicio implica completar el autoinforme de Manifestaciones de Intolerancia hacia la Incertidumbre. Al completarlo, el cliente empezará a tener una idea más clara de cómo la intolerancia hacia la incertidumbre influye en su modo de abordar sus actividades diarias. El segundo ejercicio supone afrontar la incertidumbre y tomar nota de las observaciones en el Autoinforme de Incertidumbre y Conductas. La meta de esta tarea no es tanto la acción en sí misma, como el desarrollo de nuevas formas de manejar la incertidumbre.

Manifestaciones de la Intolerancia hacia la Incertidumbre

Nombre:

Fecha:

Terapeuta:

A continuación encontrará ciertas manifestaciones de la intolerancia hacia la incertidumbre que han comunicado individuos con ansiedad generalizada. Estos ejemplos ilustran cómo una persona puede actuar cuando se enfrenta a distintos tipos de incertidumbre. Primero, indique tachando "SÍ" o "NO" cuando cada una de estas manifestaciones de intolerancia hacia la incertidumbre se apliquen a usted; si señala "SÍ", escriba debajo un ejemplo personal de dicha manifestación.

1. Evitar hacer ciertas cosas. Sí:..... NO:.....

Por ejemplo:

Evitar invertir en una amistad o en una relación romántica porque el "resultado" es incierto.

Evitar dedicarse, o comprometerse en terapia, porque el "resultado" es incierto.

Ejemplo personal:.....

2. Encontrar impedimentos imaginarios, o "motivos", para no hacer ciertas cosas.
Sí:.....NO:.....

Por ejemplo:

Encontrar excusas o "razones" para no dar el paso de irse del hogar familiar.

No hacer ejercicio cuando sabe que es bueno para usted, diciéndose de antemano que no sería capaz de soportar las molestias del ejercicio.

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

Ejemplo personal:.....

3. Demorar (aplazar para más tarde lo que podría hacer enseguida).
Sí:.....NO:.....

Por ejemplo:

Aplazar una llamada telefónica porque no está seguro de cómo reaccionará la persona con la que quiere hablar, o porque no tiene la certeza de que podrá expresar todo lo que quiere decir.

Retrasar tomar una decisión porque no está seguro de que sea la decisión correcta.

No hacer nada al final, porque no está seguro de que tomase la mejor elección (i.e. Elegir entre una película o un restaurante)

Ejemplo personal:.....

4. Querer hacer todo usted mismo, y no delegar tareas en nadie más.
Sí:.....NO:.....

Por ejemplo:

Hacer todas las labores domésticas solo, pues de otra manera no puede estar seguro de que serán realizadas correctamente.

Ejemplo personal:.....

5. Comprometerse sólo parcialmente en una relación, un trabajo, o un proyecto.
Sí:.....NO:.....

Ejemplo personal:.....

6. Buscar mucho información antes de proceder a hacer algo.

Sí:.....NO:.....

Por ejemplo:

Documentarse en exceso.

Preguntar la misma información a varias personas.

Ir de tiendas mucho antes de elegir un regalo para alguien allegado.

Ejemplo personal:.....

7. Cuestionar una decisión que ya ha tomado, debido a que no tiene la completa seguridad de que es la mejor decisión. Sí:NO:.....

¿Qué clase de decisión?.....

8. Búsqueda de confirmación (preguntar a otros cuestiones de modo que le re-aseguren).
Sí:.....NO:.....

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

¿A quién le pregunta?.....

¿En qué tipo de situación?.....

9. Convencerse con exagerado optimismo, o intentando explicarlo todo de forma racional.
Sí:.....NO:.....

Ejemplo personal:.....

10. Comprobar las cosas haciéndolas dos veces, porque no está del todo seguro de haberlas hecho en la primera ocasión (i.e. cosas que generalmente realiza automáticamente). Sí:.....NO:.....

¿Qué clase de cosas?.....

11. Sobreproteger a los demás, haciendo cosas por ellos. Sí:.....NO:.....

¿Por ejemplo, a quién?.....

¿En relación a qué cosas?.....

12. ¿Existe alguna otra forma en que es intolerante hacia la incertidumbre, conductas que no están incluidas en las 12 categorías anteriores? Sí:.....NO:.....

¿Cuáles son esas conductas?.....

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 29/06/2017 18:43:38

GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

29/06/2017 18:46:24

MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

29/06/2017 19:01:43

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

07/07/2017 18:09:19

Formato para el Modelo 2: formulario para el control de la incertidumbre y la conducta.

¿Cuál es mi conducta elegida?

¿Qué pasaría, si es que sucede, si sintiera incomodidad al hacerlo?

¿Cuáles fueron mis pensamientos al hacerla?

Ahora que lo he hecho, ¿qué pienso?

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

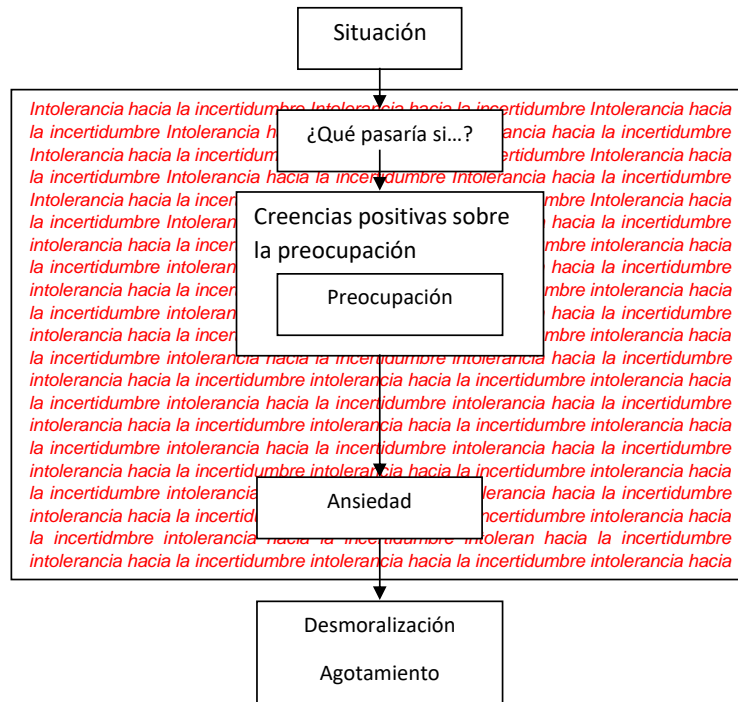
Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

APÉNDICE 5.5.

Modelo 3: El papel de las creencias positivas sobre la preocupación



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

APÉNDICE 5.6

Formato para el Modelo 3: Formulario de Creencias positivas sobre la Preocupación

A continuación se presentan varias creencias que las personas pueden tener sobre la preocupación. Han sido agrupadas en distintas categorías. Primero, indique tachando un "SÍ" o un "NO" si ha experimentado cada tipo de creencia sobre la preocupación; si responde "SÍ", escriba debajo un ejemplo personal para cada caso.

- a) Creencias sobre la preocupación como algo que puede ayudarle a resolver problemas. Esto abarca todas las creencias que expresan la idea de que preocuparse ayuda a arreglar los problemas, que preocuparse ayuda a encontrar mejores soluciones, darse cuenta de los problemas, estar mejor preparado para afrontarlos, reaccionar mejor cuando los problemas sucedan, y prever problemas potenciales y evitarlos.

SÍ:..... NO:.....

Ejemplo personal:.....

- b) Creencias de que la preocupación es un buen modo de motivarse. Esto abarca todas las creencias que expresan la idea de que preocuparse le motivará a hacer cosas que de otra manera evitaría. Estas creencias pueden relacionarse con responsabilidades en el trabajo, labores domésticas, actividades sociales, o actividades de ocio.

SÍ:..... NO:.....

Ejemplo personal:.....

- c) Creencias sobre la preocupación como protección de emociones negativas. Esto abarca todas aquellas creencias que expresan la idea que preocuparse puede protegerle de emociones negativas, que el hecho de preocuparse por algo con antelación puede protegerle de la decepción, imprevistos o culpa.

SÍ:..... NO:.....

Ejemplo personal:.....

- d) Creencias de que el hecho de preocuparse puede tener un efecto sobre los eventos. Esto abarca todas las creencias que expresan la idea de que el hecho de preocuparse en sí mismo puede tener un efecto sobre los eventos, que las preocupaciones tienen poder sobre la ocurrencia o no ocurrencia de eventos positivos o negativos.

SÍ:..... NO:.....

Ejemplo personal:.....

Firmado por:	Fecha:
SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

e) Creencias sobre la preocupación como un rasgo de personalidad positivo. Esto abarca todas las creencias que expresan la idea de que una persona que se preocupa es considerada, prudente y le importa el bienestar de sus allegados. Estas creencias también implican que preocuparse sobre algo es una prueba de amor y cuidado.

SÍ:..... NO:.....

Ejemplo personal:.....

¿Puede pensar en otros ejemplos de creencias sobre la preocupación, que no estén recogidos en las categorías anteriores?

SÍ:..... NO:.....

Si responde SÍ, por favor describa:

.....

.....

.....

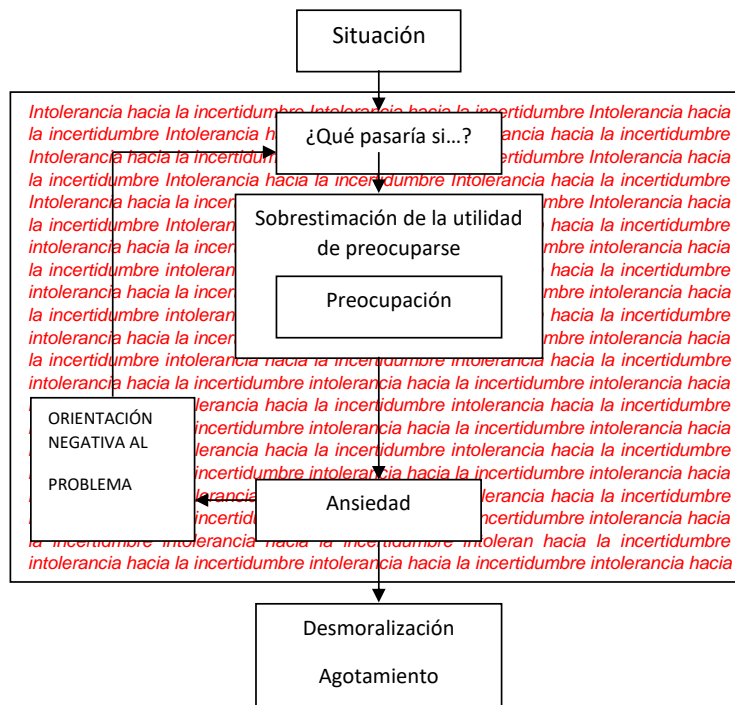
.....

.....

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 971760	Código de verificación: u9ZumpnA
Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

APÉNDICE 5.7

Modelo 4: El papel de la orientación negativa al problema



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

APÉNDICE 5.8

Formato para el Modelo 4: Formato de Resolución de un problema

Definición del problema y objetivo(s) de la resolución del problema:

Soluciones potenciales:

Solución elegida:

Aplicación de la solución, evaluación de los resultados:

Observaciones, comentarios:

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

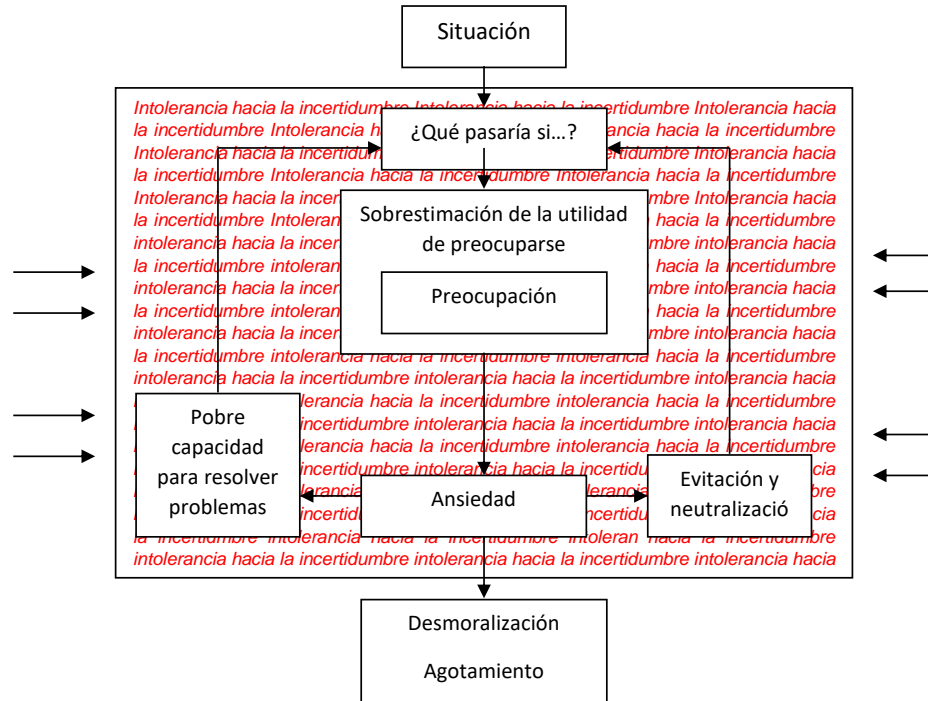
Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

APÉNDICE 5.9

Modelo 5: El papel de la evitación cognitiva



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 29/06/2017 18:43:38

GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

29/06/2017 18:46:24

MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

29/06/2017 19:01:43

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

07/07/2017 18:09:19

APÉNDICE 5.10

Formato 1 para el Modelo 5: Formulario del Escenario para la Exposición

El objetivo de este ejercicio es desarrollar un escenario para la exposición que tiene las siguientes características:

- a) Su lectura deberá llevar de 1 a 5 minutos, y se leerá lentamente y con expresividad.
- b) No debería contener elementos de neutralización (por ejemplo, palabras como “quizás” y “no tan malo”, etc., que pueden reducir la efectividad de la exposición).
- c) Debería estar redactado en tiempo presente (como si el escenario estuviera ocurriendo en ese momento)
- d) Debería ser “aterrador”, pero creíble.
- e) Debería hacer referencia a sus sentidos (vista, oído, olfato, etc.-incluirlos le ayuda a formar una imagen mental clara).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 18:43:38
GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 18:46:24
MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 19:01:43
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	07/07/2017 18:09:19

APÉNDICE 5.11

Formato 2 para el Modelo 5: Formulario Resumen de la Exposición

Tema del escenario

Completar antes de la exposición:

1. Hora ____: ____
2. ¿Cuál es el nivel de estrés asociado con su pensamiento ahora mismo? (rodee el número que mejor se corresponda con su nivel de estrés antes de comenzar la sesión de exposición).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
ninguna		un poco		moderada		considerable		extrema

Completar después de la exposición:

1. Hora ____: ____
2. ¿Cuál es el nivel de estrés asociado con su pensamiento ahora mismo? (rodee el número que mejor se corresponda con su nivel de estrés después de la sesión de exposición).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
ninguna		un poco		moderada		considerable		extrema

3. ¿Cuál fue el nivel máximo de angustia que se asoció con su pensamiento? (rodee el número que mejor se corresponda con su nivel máximo de estrés durante la sesión de exposición).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
ninguna		un poco		moderada		considerable		extrema

4. ¿Neutralizó su pensamiento mientras se escuchaba?

Sí: _____ No: _____

Si responde sí, escriba de qué modo lo neutralizó:

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 29/06/2017 18:43:38

GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

29/06/2017 18:46:24

MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

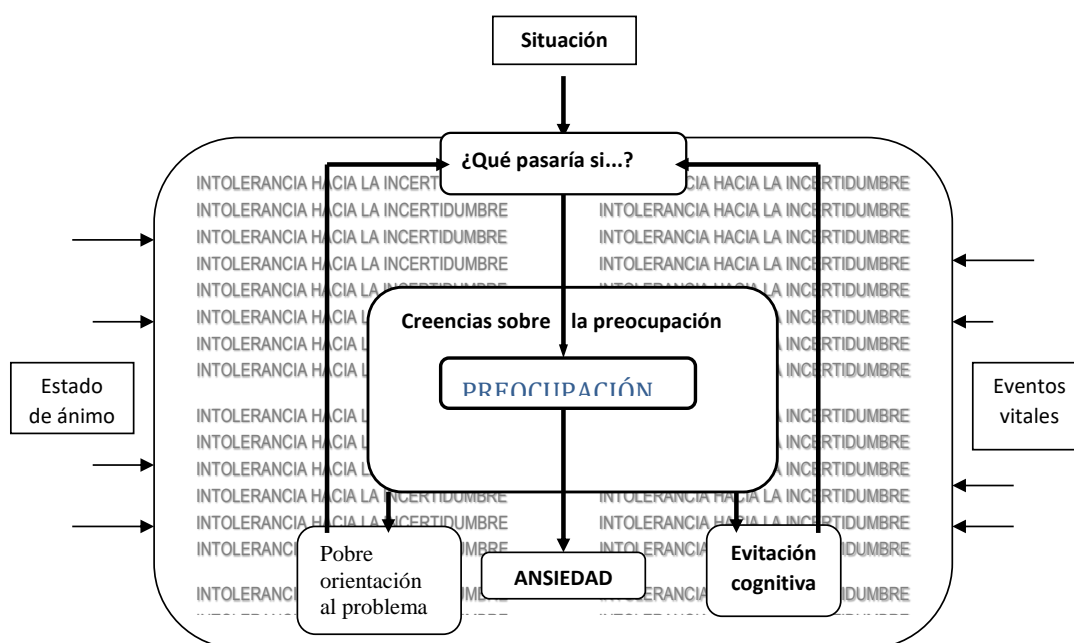
29/06/2017 19:01:43

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

07/07/2017 18:09:19

APÉNDICE 5.12

MODELO 6: La influencia del estados de ánimo y los eventos vitales estresantes



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 971760

Código de verificación: u9ZumpnA

Firmado por: SARA RODRIGUEZ MARTIN
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 29/06/2017 18:43:38

GUSTAVO MARIO RAMIREZ SANTANA
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

29/06/2017 18:46:24

MANUEL GONZALEZ RODRIGUEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

29/06/2017 19:01:43

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

07/07/2017 18:09:19