



# I Congreso Virtual Internacional de Psicología

*del 15 marzo al 14 de abril de 2017*

## **"EL ANSIA DE NO ESTAR ANSIOSO". TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA ANSIEDAD**

Cabañas V, Casanova I, De Andrés N, Díaz Sibaja MA

[veronica1985@gmail.com](mailto:veronica1985@gmail.com)

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Entre los trastornos de ansiedad, el de ansiedad generalizada (TAG) es uno de los más frecuentes e incapacitantes en la población. La terapia cognitiva-conductual (TCC) se considera de probada eficacia y constituye una de las terapias de primera elección en el tratamiento de los TAG, ya sea en formato individual o grupal. El objetivo de este estudio fue diseñar, aplicar y validar el programa de tratamiento cognitivo-conductual para el TAG en formato grupal y protocolizado que lleva por título "El ansia de...no estar ansioso".

**Método:** La muestra estuvo constituida por 13 pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tratados en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Algeciras (España). Para la evaluación empleamos los siguientes cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS).

**Resultados:** Tras la implementación del programa de tratamiento registramos una mejoría clínica y estadísticamente significativa en las variables BDI ( $p < 0,005$ ), HARS total ( $p < 0,005$ ), HARS psíquica ( $p < 0,005$ ) y HARS somática ( $p < 0,005$ ).

**Conclusiones:** El programa "El ansia de...no estar ansioso" resulta eficaz para disminuir tanto la sintomatología depresiva como ansiosa.

### **ABSTRACT**

**Objective:** Among the disorders of anxiety, generalized anxiety (GAD) is one of the most common and disabling in the population. Cognitive-behavioral therapy (CBT) has been proven to be effective and is one of the therapies of first choice in the treatment of GAD, whether in individual or group. The aim of this study was to design, implement and validate the cognitive-behavioral treatment program in a group and protocolized form for GAD entitled "Anxiety of...not to be anxious".

**Method:** The sample consisted of 13 patients diagnosed with generalized anxiety disorder (GAD) treated in the Community Mental Health Department of Algeciras (Spain). They were evaluated

## **“EL ANSIA DE NO ESTAR ANSIOSO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA ANSIEDAD**

using the following questionnaires: Beck Depression Inventory (BDI) and Hamilton Anxiety Scale (HARS).

Results: After implementing the treatment program, a statistically significant improvement in the variables BDI ( $p < 0.005$ ), total HARS ( $p < 0.005$ ), psychic HARS ( $p < 0.005$ ) and somatic HARS ( $p < 0.005$ ) was found.

Conclusions: The program "Anxiety of...not to be anxious" is effective in reducing depressive and anxious symptomatology.

### **INTRODUCCIÓN**

La ansiedad es una respuesta emocional natural, que tienen todos los seres humanos, que engloba aspectos cognitivos, fisiológicos y motores que tiene una función adaptativa, relacionada con la supervivencia. En las sociedades avanzadas, esta característica innata del hombre se ha desarrollado de forma patológica, llegando a manifestar, en algunos casos, cuadros sintomáticos que constituyen el denominado trastorno de ansiedad, que tiene consecuencias negativas y muy desagradables para quienes lo padecen. Entre los trastornos de ansiedad se encuentran las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, etc. En el caso del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), se da un patrón persistente de preocupación por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, la salud de su familia, y otros problemas cotidianos (p. ej., las tareas domésticas, llegar tarde a las reuniones, etc.). Además, la intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temido. Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, problemas de concentración, trastornos del sueño, temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y diversas molestias somáticas. El diagnóstico de este trastorno suele realizarse según criterios diagnósticos operativos de las clasificaciones CIE-10 (1) y DSM-5 (2). Los criterios de ambos manuales se superponen pero presentan características diferentes para el diagnóstico del TAG. El DSM-5 hace énfasis en la preocupación (expectación aprensiva) así como que ésta es difícil de controlar, mientras que la CIE-10 se centra más en los síntomas somáticos, particularmente en la reactividad autonómica y en la tensión (3).

Entre los trastornos de ansiedad, el TAG es uno de los más comunes, siendo el más frecuente en atención primaria (4). En el estudio ESEMeD se encontró que el 1% de la población adulta europea tenía un diagnóstico de TAG en los últimos 12 meses y un 2,8% a lo largo de la vida (4). En el DSM-V se señala una prevalencia anual entre el 0.4 y el 3.6%, y una prevalencia a lo largo de la vida del 9% observándose el doble de casos en mujeres respecto a los hombres. En

## **“EL ANSIA DE NO ESTAR ANSIOSO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA ANSIEDAD**

nuestro país, existen pocos estudios de prevalencia del TAG, registrándose una tasa de prevalencia del 7,3% en atención primaria (5) y del 13,7 % en población psiquiátrica (6). En otro estudio realizado por Gilli et al., se determina que la prevalencia del TAG en España ha aumentado en un 8% desde los datos recogidos en 2006-2007 hasta el 2010-2011 (7). Con respecto a la edad de inicio y al sexo, es un trastorno que inicia típicamente en la edad adulta joven, entre los 20 y los 30 años, y se da predominantemente en mujeres con una ratio mujer:hombre de 2 a 1 (8).

El TAG presenta un curso variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico. El inicio del síndrome completo es más tardío que en otros trastornos de ansiedad, por lo que en menores de 20 años son frecuentes TAG subumbrales (9). Se asocia con una disminución importante en la calidad de vida del paciente y con sustanciales niveles de incapacidad (10). Así, en el estudio ESEMed (11) se registró en una submuestra de pacientes con TAG españoles una pérdida de calidad de vida superior de un 33% a nivel mental y de casi un 9% a nivel físico, mientras que la discapacidad funcional era 3,37 veces mayor que en las personas sin TAG. Por otro lado, el 49 % de la población europea diagnosticada de TAG en el último año consumía tranquilizantes y/o antidepresivos (11). Además el 69,4% de los que cumplieron este diagnóstico en los últimos 12 meses presentaba también otro diagnóstico de trastorno mental (12).

Con respecto al tratamiento del TAG, las guías clínicas actuales (13,14,15) para su manejo en la población adulta aconsejan, en términos generales y como tratamiento de elección la terapia cognitivo conductual (TCC), demostrando mayor eficacia que el no tratamiento o métodos de tratamiento psicológico no específicos. En comparación con los tratamientos farmacológicos, a corto plazo, la TCC es tan eficaz como aquellas. A largo plazo no se han obtenido resultados concluyentes cuando se han comparado ambos tratamientos, aunque se ha encontrado que las ventajas de la TCC tienden a mantenerse de seis meses a dos años tras la intervención (16).

Considerando el formato de la terapia, existen datos que sugieren que tanto la TCC en formato grupal como individual resultan eficaces en el tratamiento de los pacientes con TAG (11). En comparación con la terapia individual, las intervenciones grupales pueden aportar una serie de ventajas. Así, estas intervenciones son más eficientes ya que optimizan los recursos (tiempo, espacio, personal...), permitiendo así obtener una mejor relación coste-beneficio ante la creciente presión asistencial que existe en las Unidades de Salud Mental del sistema sanitario público. Por otro lado, el grupo, a través del apoyo de sus miembros, facilita la expresión de sentimientos, la motivación y la adherencia al tratamiento, así como el intercambio de experiencias que pudieran facilitar la adquisición de distintas perspectivas y otras estrategias de afrontamiento más saludables (17,18). Por lo que se refiere a facilitar la adherencia terapéutica y disminuir el riesgo de abandonos, en la medida en que el programa de tratamiento se dispensa en grupo, el paciente puede sentirse menos «amenazado» o vigilado que en una relación diádica

## **“EL ANSIA DE NO ESTAR ANSIOSO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA ANSIEDAD**

terapeuta-paciente, ya que el grupo terapéutico actúa como amortiguador de esas amenazas (19).

Por otro lado, existen escasos manuales de tratamiento protocolizados para la ansiedad generalizada, a pesar de sus claras ventajas tanto en la práctica clínica, como en la investigación y en la formación de psicólogos (20). En la práctica clínica supone un ahorro de tiempo para el clínico, en el sentido de que permite realizar el análisis funcional de la enfermedad, elegir las conductas objetivo de tratamiento y seleccionar las estrategias de intervención adecuadas, en base a la eficacia demostrada. En cuanto a la investigación, facilita la replicación de los resultados y el diseño de otros estudios experimentales que busquen determinar la eficacia diferencial de las distintas estrategias que componen el programa multicomponente. En relación a la formación de otros clínicos, facilita la formación de aquellos profesionales que quieran intervenir sobre los procesos psicológicos del trastorno y la difusión de las estrategias que han demostrado su eficacia con este tipo de pacientes. El desarrollo de protocolos específicos ha contribuido a facilitar la diseminación de los TCC entre los profesionales, ya que permite disponer de un «catálogo» bien sistematizado de procedimientos y técnicas. Y esto, seguramente, disminuye las dudas e inseguridades sobre el propio ejercicio profesional, además de proporcionar un cierto sello de «garantía de calidad» de los tratamientos psicológicos ante la sociedad y ante otros profesionales de la salud (21).

Teniendo en cuenta la eficacia y eficiencia de la terapia grupal cognitivo-conductual, las numerosas ventajas que presentan los manuales de tratamiento protocolizados, y la escasa disponibilidad de éstos en el trastorno de ansiedad generalizada, el objetivo de este estudio persigue diseñar, poner en práctica y validar el programa de tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad generalizada en formato grupal y protocolizado que lleva por título “El ansia de...no estar ansioso” (22).

### **MÉTODO**

#### **Muestra**

La muestra de esta investigación estuvo constituida por 15 pacientes, pertenecientes a la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Algeciras y diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Con respecto al sexo, estuvo compuesta por 8 varones y 7 mujeres con una edad media de 41 años (rango de 19-55 años).

#### **Instrumentos de medida**

- *Inventario de depresión de Beck (BDI)* (18), escala adaptada a la población española por Conde y Useros (19). Escala autoaplicada de 21 ítems de 4 alternativas de respuesta que evalúa la gravedad del cuadro depresivo. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Los puntos de corte que se proponen para graduar los distintos niveles de depresión son: a) no depresivo o normales, puntuaciones entre 0 y 9; b) depresión

## **“EL ANSIA DE NO ESTAR ANSIOSO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA ANSIEDAD**

leve, entre 10 y 18; c) depresión moderada, entre 19 y 29; d) depresión grave, entre 30 y 63.

- *Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)* (20), adaptada a la población española por Lobo y cols. (21). Es administrada por el entrevistador y se compone de 14 ítems que evalúan la intensidad de aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad mediante una escala de 0 a 4 puntos. Los puntos de corte recomendados son: 0-5 ausencia de ansiedad, 6-14 ansiedad leve,  $\geq 15$  ansiedad moderada/grave.

### **Procedimiento**

El estudio experimental estuvo formado por 4 fases: selección de la muestra, evaluación inicial (pre-tratamiento), tratamiento y evaluación de los efectos producidos por la intervención (post-tratamiento).

El programa de tratamiento completo comprende un total de 13 sesiones presenciales en grupo, de dos horas de duración cada una de ellas y con una periodicidad semanal. No obstante, en función de la dinámica y progresión del grupo puede prolongarse dos o tres sesiones más.

La estructura de cada una de las sesiones abarcaba los siguientes aspectos: a) revisión de las tareas y auto-registros de la semana anterior; b) presentación de los objetivos de cada una de las sesiones; c) explicación de los contenidos teóricos de los distintos factores y estrategias de afrontamiento para la disminución de los síntomas depresivos; d) ejercicios prácticos o de reflexión para facilitar el aprendizaje de las distintas estrategias terapéuticas; e) auto-registros y tareas para casa con el objetivo de consolidar lo aprendido; y f) lectura del capítulo del manual correspondiente con la sesión.

Para la realización de esta investigación, se elaboró un cuaderno de trabajo destinado a los pacientes, protocolizado, titulado **“El ansia de...no estar ansioso”** (17), en el que se describe detenida y pormenorizadamente todos los registros, ejercicios, dinámicas grupales, tareas para casa y resumen de las explicaciones que el terapeuta proporciona en cada una de las sesiones.

A continuación se resume brevemente el contenido de cada una de las sesiones:

*Primera sesión:* presentación del programa y cumplimentación de los cuestionarios del pre-tratamiento. En esta primera se presenta tanto el terapeuta como los miembros del grupo. Se exponen objetivos y contenidos del programa y se establecen entre todos las normas del grupo.

*Segunda sesión:* se proporciona información sobre la ansiedad desde el modelo cognitivo-conductual. Se propone a los miembros reagruparse por tríos, e intentar dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿qué es la ansiedad?, ¿qué síntomas tiene?, ¿a cuánta gente afecta?, ¿cuáles son sus causas?, ¿qué tratamientos conocemos? Después se pone en común con el resto del grupo, y el terapeuta expone el modelo teórico sobre el que se trabajará. Esta dinámica, además de ofrecer información sobre la ansiedad, persigue el objetivo de aprender a escuchar y percibir el mundo desde el punto de vista de otra persona, y pretende contribuir a la cohesión grupal.

## **"EL ANSIA DE NO ESTAR ANSIOSO". TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA ANSIEDAD**

*Tercera sesión:* se trabaja el modelo de afrontamiento y el análisis de los factores que influyen en la ansiedad. Se presentan una serie de preguntas que ayudarán al paciente a analizar su propia ansiedad. Se explica "la trampa de la ansiedad" y las distintas estrategias de afrontamiento que se enseñarán y practicarán durante el programa.

*Cuarta sesión:* entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre 10 grupos musculares. Para facilitar el aprendizaje de los distintos procedimientos de relajación, y para la puesta en práctica de estas técnicas en casa, se les facilitó un CD (22).

*Quinta sesión:* entrenamiento en relajación con tensión leve. En esta sesión se dan pautas para la higiene del sueño, desde indicaciones básicas tales como seguir un horario regular, evitar la cafeína o hacer ejercicio físico, a técnicas más complejas como el "bloqueo de pensamiento".

*Sexta sesión:* se pone en práctica la relajación con tensión única. Se dan pautas para seguir una alimentación saludable, y se hace hincapié en cómo una alimentación apropiada puede ayudar a combatir los síntomas de la ansiedad. En esta sesión se habla también de los beneficios del ejercicio físico ante la ansiedad, así como de los pensamientos sedentarios que nos dificultan su puesta en práctica.

*Séptima sesión:* se trabaja la relajación mediante evocación y técnica de solución de problemas. Ésta última está compuesta por las siguientes fases: 1) Orientación general hacia el problema; 2) Definición y formulación del problema; 3) Generación de soluciones alternativas; 4) Toma de decisiones; 5) Puesta en práctica y verificación de la solución.

*Octava y novena sesiones:* procedimiento de reestructuración cognitiva, se enseñó a los pacientes a registrar, analizar, discutir y cambiar aquellos pensamientos negativos que generan sentimientos de ansiedad y depresión. Se utiliza para ello una dinámica denominada "plan renove de gafas", donde se explican los pensamientos negativos como las gafas mentales que nos ponemos y que hacen que veamos la realidad teñida por el color oscuro de sus cristales. Se anima a los pacientes a detectar las distintas gafas (errores cognitivos) que utilizamos a lo largo del día (gafas pesimistas, de lectura del pensamiento, etc.) y sustituirlas por gafas más realistas y adaptativas (gafas realistas, gafas de la duda etc.). Se pretende simplificar la terminología comúnmente utilizada en la reestructuración cognitiva por un lenguaje más simple y ejemplos que faciliten su comprensión. Se facilitan así mismo preguntas claves que guíen el proceso de detección y sustitución de "gafas".

*Décima sesión:* técnicas de distracción de la atención, con el fin de disminuir las sensaciones subjetivas de malestar generadas por los síntomas de la enfermedad. Algunas de ellas son: centrarse en un objeto, entrenamiento conciencia sensorial, o realización de actividades absorbentes.

*Undécima y duodécima sesiones:* módulo de habilidades sociales. Los objetivos son: introducir el concepto de asertividad, eliminar los obstáculos que pudieran interferir en la comunicación asertiva y mejorar la comunicación entre el paciente y sus iguales.

## "EL ANSIA DE NO ESTAR ANSIOSO". TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA ANSIEDAD

*Última sesión.* Esta sesión perseguía el objetivo de hacer que los pacientes asumieran que eran una parte activa, responsable y muy importante en el tratamiento del TAG, y que las estrategias que habían aprendido en el transcurso de las sesiones podían ser utilizadas, no solo para los problemas relacionados con el TAG, sino también con cualquier otro problema de la vida diaria.

### RESULTADOS

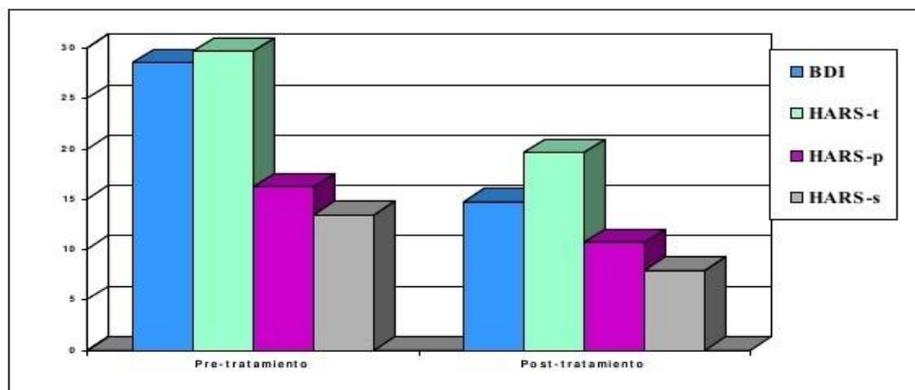
Se decidió utilizar la prueba no paramétrica de Wilcoxon para analizar las diferencias que se producen en cada una de las variables en las distintas fases experimentales (pre-tratamiento y post-tratamiento). Como se aprecia en la tabla 1, los resultados obtenidos con el grupo de tratamiento reflejan una mejoría estadísticamente significativa en las variables BDI ( $p < 0,005$ ), HARS total ( $p < 0,005$ ), HARS psíquica ( $p < 0,005$ ) y HARS somática ( $p < 0,005$ ).

**Tabla 1. Comparación en las variables objeto de estudio entre la fase pre y post-tratamiento**

Variable	N	Media Pre-tratamiento	Media Post-tratamiento	z	p
Depresión (BDI)	15	28,53 ± 10,75	14,73 ± 11,32	-3,353	<b>0,001*</b>
Ansiedad total (HARS-t)	15	29,66 ± 9,69	19,60 ± 10,00	-3,045	<b>0,002*</b>
Ansiedad psíquica (HARS-p)	15	16,70 ± 4,55	10,66 ± 4,91	-3,184	<b>0,001*</b>
Ansiedad somática (HARS-s)	15	13,46 ± 5,80	7,93 ± 5,16	-3,129	<b>0,002*</b>

Sig. Wilcoxon: \* =  $p \leq 0.05$ ; se acepta diferencia entre el pre-test y el post-test.

**Figura 1. Comparación en las variables objeto de estudio entre la fase pre y post-tratamiento**

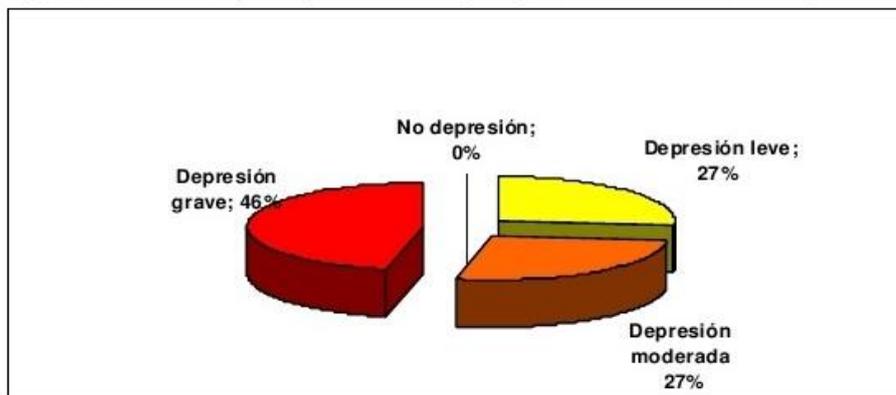


Con el objetivo de determinar la significación clínica de la intervención, se analizaron los porcentajes de los pacientes distribuidos según las categorías de gravedad del BDI y del HARS en ambas fases experimentales. Como puede observarse en la tabla 3 y en las figuras 1 y 2,

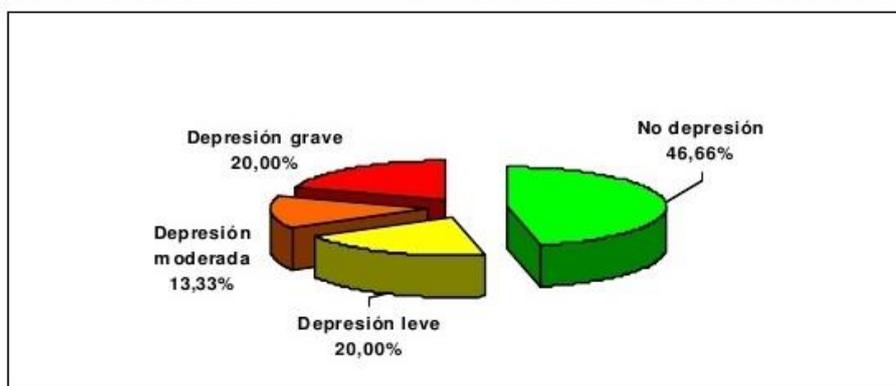
## “EL ANSIA DE NO ESTAR ANSIOSO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA ANSIEDAD

tras la aplicación del programa se produjo una disminución en el porcentaje de pacientes que presentaban un cuadro depresivo o ansioso moderado-grave y paralelamente, se registró un aumento en el porcentaje de pacientes que informaba tener una sintomatología ansiosa o depresiva leve o una ausencia de estos síntomas.

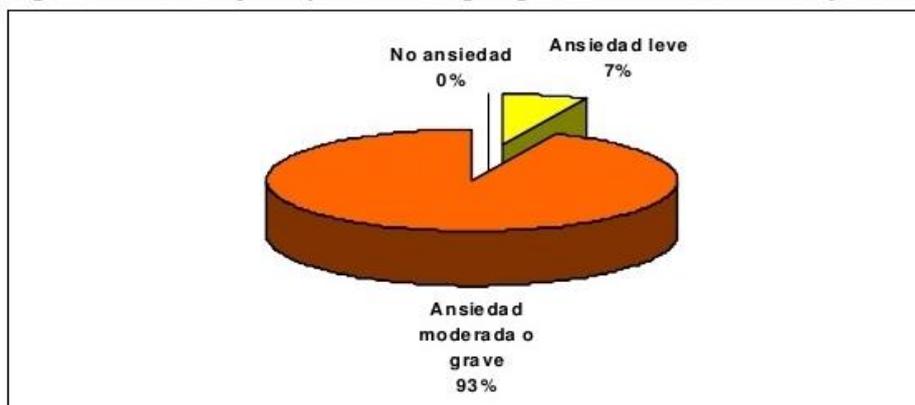
**Figura 2. Porcentaje de pacientes según gravedad del BDI en el pre-tratamiento**



**Figura 3. Porcentaje de pacientes según gravedad del BDI en el post-tratamiento**

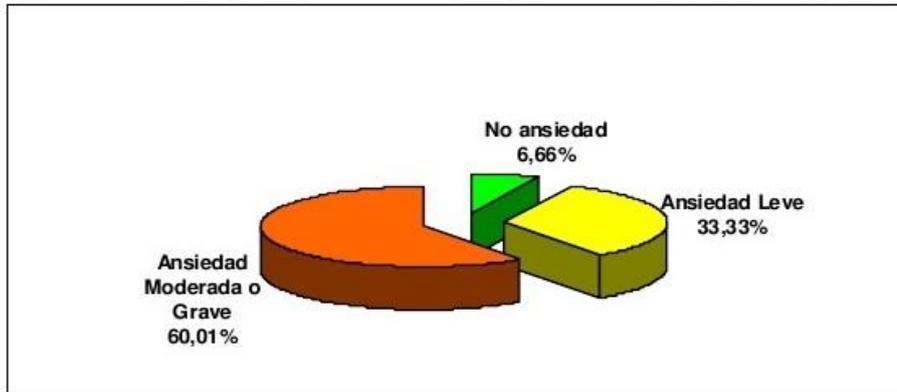


**Figura 4. Porcentaje de pacientes según gravedad del HARS en el pre-tratamiento**



## “EL ANSIA DE NO ESTAR ANSIOSO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA ANSIEDAD

Figura 5. Porcentaje de pacientes según gravedad del HARS en el post-tratamiento



### DISCUSIÓN

Tras el análisis de los resultados obtenidos en esta investigación, la principal conclusión a la que podemos llegar es que el programa de tratamiento “El ansia de...no estar ansioso” resulta eficaz para disminuir tanto la sintomatología depresiva como la ansiosa.

La eficacia de nuestro programa puede explicarse en parte por la utilización de técnicas cognitivo-conductuales (relajación, reestructuración cognitiva, etc.) de probada eficacia (13,14,15) para el tratamiento del TAG que permitieron a los pacientes afrontar las dificultades asociadas a este trastorno con un menor coste emocional. Asimismo, el formato grupal utilizado facilita una serie de comportamientos (expresión de sentimientos, intercambio de experiencias, adherencia al tratamiento) que favorecen considerablemente la eficacia de estas estrategias.

Por otro lado, si consideramos los escasos manuales de tratamiento protocolizados para el TAG que existen, el haber elaborado y validado este manual puede aportar algunas ventajas en la práctica clínica, en la investigación y en la formación de psicólogos, como así lo señalan diversos autores (23).

Teniendo en cuenta las categorías de gravedad del BDI y HARS, podríamos afirmar que nuestro programa grupal puede ser válido para el tratamiento de la depresión y la ansiedad moderada-grave, ya que, tras la aplicación del programa, disminuyó el porcentaje de pacientes que se encontraban dentro de las categorías de puntuación indicadoras de depresión moderada-grave, y paralelamente se produjo un incremento en el porcentaje que se encontraba dentro de la normalidad y depresión o ansiedad leve. Asimismo este programa, debido a su fácil aplicación y sus óptimos resultados, puede ser válido para su aplicación en el Sistema Sanitario Público, ya que permitiría una reducción de costes para la Salud Pública. En la última guía publicada por el Servicio Andaluz de Salud, ya se recomienda tanto la terapia cognitivo conductual individual, como en formato grupal, como intervenciones psicológicas de alta intensidad para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (24)

Para futuras investigaciones debemos señalar la necesidad de contar con una muestra más amplia, incluir un grupo control, analizar si estos resultados se mantienen a largo plazo y

## **“EL ANSIA DE NO ESTAR ANSIOSO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA ANSIEDAD**

establecer el peso relativo de las distintas técnicas incluidas en el programa multicomponente. En suma, dada la óptima relación coste-beneficio, podemos afirmar que este programa de tratamiento cognitivo-conductual grupal y protocolizado puede ser una adecuada herramienta terapéutica en el contexto de salud mental público.

A modo de conclusión, recalcar que los trastornos de ansiedad representan un importante problema de salud pública, constatándose cifras alarmantes de prevalencia que en ocasiones saturan los servicios de salud y suponen costes socioeconómicos realmente elevados. La detección precoz y la potenciación de terapias grupales protocolizadas en los centros de atención primaria podrían ahorrar recursos al Sistema Nacional de Salud y reducir significativamente sus largas listas de espera.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
3. NICE. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management in primary, secondary and community care. London: NICE; 2011.
4. Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;21-7.
5. Chocrón L, Vilalta, J, Legazpi I, Auquer, K, Franch, L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Atenc Prim* 1995;16:586-90.
6. Caballero L., Bobes J., Vilardaga I., Rejas J. Clinical prevalence and reason for visit of patients with generalized anxiety disorder seen in the psychiatry out-patient clinics in Spain. Results of the LIGANDO study. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37(1):17-20
7. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013 Feb;23(1):103-8.
8. Bascarán MT, García-Portilla MP. Epidemiología del trastorno de ansiedad generalizada. *Monografías de Psiquiatría*, 2005;17(1):5-8.
9. Baldwin D. Generalized anxiety disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. En Stein, M.B. (Ed), *UpTo Date*, Hermann R.; 2014.
10. Ormel J. et al. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA* 1994;272:1741-48.

## **“EL ANSIA DE NO ESTAR ANSIOSO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA ANSIEDAD**

11. Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; 55-64.
12. Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. 12Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;28-37.
13. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.
14. Canadian Psychiatric Association, Clinical Practice Guidelines. Management of Anxiety Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2006.
15. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline 22 (amended). Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.
16. Dugas MJ, Ladouceur R, Léger E, Freeston MH, Langlois F, Provencher MD, Boisvert JM. Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003; 71(4):821-5.
17. Corey G. Teoría y práctica de la terapia grupal. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1995.
18. Morrison N. Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001; 29: 311-332.
19. Pérez A y Fernández-Álvarez H. Terapia Cognitiva de Grupos. *Vertex*, 2002; 50, 267-272
20. Hickling EJ, Blanchard EB. The private practice psychologist and manual based treatments: A case study in the treatment of post traumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy* 1997; 35:191-203.
21. Belloch A. Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento. Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de psicopatología y psicología Clínica*, 2012;17(3), 295-311.
22. Díaz Sibaja MA, Comeche MI. Tratamiento Psicológico en Grupo de la Ansiedad “El ansia de... no estar ansioso”. Ed. [www.psicologíadelasalud.es](http://www.psicologíadelasalud.es); 2009.
23. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4:561-571.
24. Servicio Andaluz de Salud. Guía de práctica clínica para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada basada en el modelo de atención por pasos en atención primaria y en salud mental. Publicaciones SSPA, 2015.

## **“EL ANSIA DE NO ESTAR ANSIOSO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA ANSIEDAD**

25. Conde V y Useros E. El inventario para la medida de la depresión de Beck. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de América y Europa Latinas, 1974;12, 153-167.
26. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32: 50-55.
27. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc) 2002;118:493-9.
28. Diaz Sibaja MA, Comeche MI. Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva. Ed. [www.psicologiadelasalud.es](http://www.psicologiadelasalud.es); 2009.