



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

Trabajo final de grado

**Abordaje sobre el Trastorno de ansiedad generalizado y su
tratamiento.**

Estudiante: Quintana Cabrera, Cintia Evelyn

C.I: 4.962.797-2

Tutor: Profa. Tit. Dra Gabriela Prieto

Facultad de Psicología, Universidad de la República

Montevideo, Uruguay

Febrero 2023

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
DESARROLLO TEÓRICO	6
1. CONCEPTO DE ANSIEDAD.	6
1.1 - Angustia y ansiedad	6
1.2 - Enfoque dinámico	7
1.3 - Enfoque cognitivo-conductual	8
2- ANSIEDAD NORMAL Y ANSIEDAD PATOLÓGICA	10
3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ANSIEDAD.	11
4. TRASTORNOS DE ANSIEDAD	12
4.1 - Conceptualizaciones	12
4.2 - Clasificación	13
5. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.	14
5.1 – Conceptualización y características	14
5.2 - Divergencias y coincidencias en los criterios diagnósticos de las clasificaciones del D.S.M-V y el CIE-10	15
6. TRATAMIENTO	17
6.1 - Psicoeducación	17
6.2 - Tratamientos cognitivos-conductuales.	18
6.3 - Tratamientos farmacológicos	19
6.4 - Tratamiento combinado	20
REFLEXIONES FINALES	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

RESUMEN

El Trastorno de ansiedad generalizada, es un subtipo de trastorno de ansiedad, y se constituye como una de las principales causas de consulta de atención primaria, en la sociedad actual. Por ello, la presente monografía, tiene por objetivo, revisar, analizar e integrar la literatura existente hasta el momento sobre dicho Trastorno, y su tratamiento.

En tal sentido, se aborda la ansiedad, desde diferentes autores y corrientes, que concuerdan en afirmar que la misma se constituye como problema, al presentarse de forma patológica. Por este motivo, la búsqueda de información sobre las características, manifestaciones y tratamiento del trastorno es fundamental.

En lo que al resultado respecta, se espera que el abordaje realizado, pueda contribuir en información y conocimiento, tanto para sujetos interesados en la temática, como para futuras investigaciones y proyectos de concientización de la misma.

Palabras claves: Ansiedad, Trastorno de ansiedad generalizada, Tratamientos, Terapia combinada.

ABSTRACT

Generalized anxiety disorder is a subtype of anxiety disorder and is one of the main causes of primary care consultation today. For this reason, the present monograph aims to review, analyze and integrate the existing literature on this disorder and its treatment.

A lot of authors treat anxiety in different ways, and they all agree in confirming that it is constituted as a problem, when it is presented in a pathological way. For this reason, the search for information on the characteristics, manifestations and treatment of the disorder is essential.

Regarding the results, it is expected that the approach carried out can contribute with information and knowledge, for those interested in the subject, as well as for future research and awareness projects.

Keywords: Anxiety, Generalized Anxiety Disorder, Treatments, Combination therapy.

INTRODUCCIÓN

La presente Monografía corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR).

Desde el inicio del estudio de ansiedad, varios autores y corrientes han abordado este constructo, sin poder establecer una definición exacta sobre la misma. Sin embargo, existe consenso en afirmar la existencia de una ansiedad de tipo patológica, que nos convoca, y que, adquiere fundamental importancia a lo largo de la historia, puesto que da lugar a perturbaciones en las formas de pensar, sentir y actuar del individuo.

En esta línea, el objetivo principal de esta monografía, es, revisar, analizar e integrar la literatura existente hasta el momento sobre el Trastorno de ansiedad generalizada (en adelante, TAG), y su tratamiento.

El motivo de selección de la temática, surge a raíz de dar cuenta que, este trastorno se encuentra muy presente en la actualidad y tiende a afectar tanto el desarrollo normal y calidad de vida del sujeto que lo padece, como a la sociedad y el sistema sanitario en el que está inmerso. Además de ello, el TAG, en tanto trastorno, está ampliamente sobre diagnosticado, lo que puede surgir a raíz de una falta de información y/o conocimiento. En este sentido, a partir de la información recogida, se buscará que, el sujeto pueda dar cuenta de las características, manifestaciones y particularidades del trastorno; reconocimiento que favorecería el diagnóstico con profesionales sobre lo que le pasa, y de ser necesario, el tratamiento a seguir.

Este trabajo, se centrará, por tanto, en el Trastorno de ansiedad generalizada, entendiéndolo como un trastorno caracterizado por ansiedad y preocupación excesivas; y donde la terapia combinada, parece ser hoy día, el mejor tratamiento.

A modo de contextualización, se realizará, en primer lugar, un abordaje teórico-conceptual de la ansiedad, para luego, profundizar la distinción entre ansiedad normal y patológica. También, se describirán las manifestaciones clínicas y se abordarán los trastornos de ansiedad, dando cuenta de su conceptualización y clasificación, para, llegar de esta manera, al TAG y por consiguiente, a los criterios diagnósticos postulados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). En esta línea, y a modo de cierre, se profundizarán los tratamientos para el TAG, tanto psicológicos, como farmacológicos, y se hará hincapié en el uso

combinado de ambas terapias. En última instancia, se presentarán las consideraciones finales, que derivan de esta monografía y se espera, que el conocimiento abordado, pueda contribuir tanto a aquellas personas interesadas en la temática, como a futuras investigaciones sobre la misma.

DESARROLLO TEÓRICO

1. CONCEPTO DE ANSIEDAD.

1.1 - Angustia y ansiedad

La ansiedad, sin lugar a dudas, es un estado que atraviesa al ser humano desde tiempos remotos, sin embargo, su protagonismo en las disciplinas “psi” es más reciente y se enlaza al creciente número de estudios e investigaciones en el tema (González, 1993). Esta importancia que ha adquirido el estudio de la ansiedad, no significa que el término se halla constituido objetiva y definitivamente, ya que aún en la actualidad presenta gran diversidad de significados. Es importante reconocer que es un concepto complejo, difícil de definir y delimitar, para poder abordarlo de la mejor manera y en toda su extensión (Sarudiansky, 2013).

La diversidad terminológica y conceptual del vocablo ansiedad no solo se debe a la multiplicidad de teorías que intentan definirlo, sino también a sus orígenes, de ahí su confusión con el término angustia. La incorporación a la psicología del vocablo “angst” por Freud, que refería a preocupación y malestar interior, produjo que la traducción a otros idiomas como el francés, inglés y español derivara tanto en el concepto de angustia como en el de ansiedad, lo que dio lugar a confusiones y ambigüedad conceptual. Mientras que el inglés lo traduce sin matices con la palabra “*anxiety*”, el francés y el español distinguen los aspectos psicológicos de los somáticos y utilizan los términos “angoisse” (francés) y “angustia” (español) para los primeros, y “anxiété” (francés) y “ansiedad” (español) para los segundos (González, 1993). En la actualidad, sin embargo, esta diferenciación entre angustia y ansiedad es difícil de sostener para la psicología, ya que ambos son considerados como estados psicológicos displacenteros (Sierra [et.al](#), 2003) constituidos por manifestaciones tanto físicas como cognitivas que pueden llegar a resultar incapacitantes para el sujeto, tras una valoración errónea de un posible peligro o situación de peligro.

A partir de lo antes expuesto, se puede decir que el término angustia está etimológicamente relacionado con el concepto de ansiedad y es parte fundante del mismo

1.2 - Enfoque dinámico

Además de la relación etimológica antes expuesta, es posible establecer otro nexo entre angustia y ansiedad, a partir del abordaje que realiza Freud respecto a las neurosis.

El término neurosis, fue introducido por William Cullen en 1769, para hacer referencia a aquellas afecciones de origen neurológico, sin causa orgánica definida. Sin embargo, tiempo más tarde, Freud conceptualizó las neurosis como aquellas afecciones que surgían de un conflicto interno de carácter sexual, cuyo abordaje dio lugar a una primera teoría sobre la angustia, en la cual, Freud diferenció entre “psiconeurosis” y “neurosis actuales”. Las psiconeurosis, eran aquellas que nacían de conflictos intrapsíquicos organizados en la infancia (Cárcamo, 1994), es decir, vivencias sexuales infantiles, por lo cual, tenían una etiología psíquica. Por su parte, las neurosis actuales, dentro de las cuales se encontraba la neurosis de angustia, se originaban por perturbaciones de la vida sexual actual del sujeto, es decir, que había una falta de procesamiento psíquico de la libido (reprimida o insatisfecha), que se manifestaba en forma de descarga somática (físicamente), como una actitud psicológica de “angustia libremente flotante” (Juan et.al, 2010). Para Freud, esta angustia, si bien no tenía un mecanismo psíquico, influía sobre la vida psíquica del sujeto (Correa, 2008).

En la neurosis de angustia, los síntomas tenían, entonces, una naturaleza tóxica y en los momentos de angustia era propio que predominaran: perturbaciones de la actividad cardiaca, respiratoria y digestiva, sudoración, temblores y convulsiones, vértigo, entumecimiento y adormecimiento, entre otras (Gómez, 2008). Síntomas, que han de encontrarse también en la ansiedad, donde es propio que en los momentos ansiosos, el sujeto se sienta nervioso o tenso y tenga la sensación de que algo malo pasará, lo que reduce su capacidad de concentración en lo que realizaba, para poner foco en el peligro inminente. Esta sensación de peligro, se acompaña de un aumento en el ritmo cardíaco, sudoración, temblores, entre otras.

Sin embargo, si bien el concepto de neurosis, planteado por Freud, ha sido un punto clave en relación con la ansiedad y es una afección que refiere a una diversidad de cuadros clínicos, no tuvo una aceptación integral a lo largo del tiempo. Georgiet (1917-1828), redefinió la neurosis, como una enfermedad crónica e intermitente, que no era necesariamente peligrosa para el individuo, aunque, le generaba mucho sufrimiento (Sarudiansky, 2013). Esta concepción de neurosis en términos de enfermedad crónica e intermitente, generadora de sufrimiento, tiene un carácter muy actual y se halla presente en las características del trastorno de ansiedad generalizada, tema de interés, del que daremos cuenta y profundizaremos con posterioridad.

A partir de lo antedicho, es posible destacar que, el concepto de ansiedad ha estado presente desde tiempos remotos y en estrecha relación con la angustia. En este sentido, los abordajes Freudianos, no solo permitieron dar cuenta de la conexión etimológica de los vocablos, sino que también, junto a los postulados de Georgiet, fue posible evidenciar una estrecha relación entre los síntomas y manifestaciones de la neurosis, con los de la ansiedad desde su concepción actual; lo cual, configura otro punto de apoyo en relación con la confusión de los términos. Sin embargo, si bien los planteos psicoanalíticos sobre la angustia han jugado un papel importante en la concepción actual de la ansiedad, hoy día, adquiere gran relevancia el enfoque cognitivo-conductual.

1.3 - Enfoque cognitivo-conductual

En contrapartida al psicoanálisis, el enfoque cognitivo conductual, “profundizó en el papel que desempeñaban las variables cognitivas en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad” (Días & De la Iglesia, 2019, p.46). De esta forma, “la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan” (Sierra et al. 2003, p.26). Sin embargo, el psicoanálisis, como el enfoque cognitivo conductual, concuerdan en entender la ansiedad como aquella que se activaba al anticipar sucesos o circunstancias percibidas como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar intereses vitales de un individuo.

En este sentido, la ansiedad, según lo establece la *Clínica Salus*, “se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y situaciones de estrés fluctuante de la vida cotidiana” (21 de enero del 2014), por lo cual “es una respuesta de tipo anticipatoria ante una situación potencialmente aversiva para el individuo y tiene como finalidad su preservación” (Furlan et al. 2015, p.37). La ansiedad, posee entonces, cierta función adaptativa capaz de preparar al sujeto para optimizar su conducta e implica “un estado de agitación e inquietud desagradable” (Ceccon, 2020, p.4). En este sentido, la ansiedad, entendida en términos de respuesta anticipatoria, con cierta función adaptativa se correlaciona y tiene su base conceptual en los planteos Freudianos de angustia realista, la cual se encuentra unida al reflejo de huida y es lícito ver en ella una manifestación de la pulsión de autoconservación (Yoica).

Las exigencias y expectativas de la sociedad en la que están inmersos los sujetos, juegan un papel considerable en el desarrollo de la ansiedad actual. Una sociedad que produce en los sujetos una preocupación excesiva por intentar alcanzar los estándares que la misma sociedad reproduce. Byung Chul Han hablaba de sujetos de rendimiento, en una sociedad de

rendimiento que exige un exceso de positividad (2012). Por tanto, se está, frente a un fenómeno complejo y de carácter multidimensional en el que quedan incluidas las diferentes perspectivas y teorizaciones, que dan cuenta de la falta de consenso en la definición conceptual del término ansiedad.

Un punto clave a la hora de intentar definir la ansiedad, tiene que ver con el hecho de su temporalidad, es decir, si esta es un fenómeno circunstancial y, por tanto, agudo/transitorio o, un fenómeno permanente y, por tanto, de carácter crónico. En este sentido, se ha considerado la ansiedad en términos de estado emocional y rasgo de la personalidad. Estado, como aquello que le sucede o siente un individuo en un momento determinado y presente, y rasgo, como la disposición del individuo a desarrollar un cierto estado emocional.

Spielberger (citado por Ries et al., 2012), definió a la ansiedad-estado como “un estado emocional” de tipo “inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos” (Ries et al. 2012, p.9), inducidos por una valoración cognitiva y subjetiva que el sujeto realizaba de una situación considerada como potencialmente peligrosa, es decir, que se trata, por tanto, de una situación actual de malestar del paciente. Mientras que, por otro lado, la ansiedad-rasgo hace referencia a las “diferencias individuales relativamente estables para interpretar un amplio rango de situaciones como peligrosas y a responder a ellas con niveles elevados de ansiedad estado” (Días & De la Iglesia, 2019, p. 46), es decir, que refiere a la tendencia de un sujeto a reaccionar de forma ansiosa a las situaciones que lo rodean, como una variable de la personalidad. Según Vindel (citado por Schmidt & Shoji., 2018), las personas más ansiosas, poseen un claro rasgo de ansiedad, motivo por el cual tienden a percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes, lo que desencadena una respuesta en forma de estado de ansiedad.

Para Beck & Clark (2012), la ansiedad es un sistema de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos que son interpretados como amenaza para los intereses vitales del individuo. Esto, hace que la ansiedad se relacione estrechamente con el miedo, ya que este, se produce como una respuesta adaptativa sana a un peligro o amenaza que percibe el sujeto contra su integridad y seguridad tanto física como mental (Guarinoni, 2020).

En línea con las conceptualizaciones anteriores, González (1993), señala que el miedo como la ansiedad, surgen ante una amenaza real o imaginaria, que produce reacciones de activación neurofisiológica (orientadas a una conducta de lucha o huida de la amenaza), junto a alteraciones comportamentales externas y estados emocionales desagradables para el

sujeto. Sin embargo, Marks (citado en Sierra et al. 2003), señala que el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes y la ansiedad, en cambio, se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles.

Por tanto, establecer una conclusión exacta respecto a la diferencia o coincidencia de estos vocablos (miedo y ansiedad) resulta muy difícil. Aun así, ya sea en relación con la angustia o el miedo, al enfoque psicoanalítico o al enfoque cognitivo-conductual, se puede destacar que la ansiedad tiene, en cualquier caso, un componente adaptativo y otro patológico. El componente adaptativo, está orientado a la preservación del individuo, mientras que, la ansiedad en términos de patología afecta al sujeto y le genera gran sufrimiento.

2- ANSIEDAD NORMAL Y ANSIEDAD PATOLÓGICA

Dentro de la amplitud del concepto de ansiedad, es importante distinguir entre ansiedad normal y ansiedad patológica. La primera, hace referencia a aquella que es propia del ser humano, entendida como una respuesta adaptativa que se siente en grado moderado por todas las personas (Sierra et al. 2003).

Esta ansiedad “normal”, puede definirse según Cía (citado por Ceccon, 2020) como una emoción psicobiológica básica y adaptativa que se activa ante un peligro que puede ser presente o futuro, donde el sujeto se encuentra en un estado de alerta en relación al contexto con el que se desenvuelve, a fin de lograr un mejor afrontamiento y adaptación. Es decir que, la ansiedad “normal” presenta una función adaptativa que está ligada a la conservación de la especie, pues guía el comportamiento del sujeto para lidiar con circunstancias que pueden percibirse aversivas.

En tal sentido, Barlow & Durand, (citado por Díaz & De la Iglesia, 2019) sostienen que, si dicha ansiedad es moderada, puede impulsar y mejorar el desempeño físico e intelectual del sujeto, así como también, movilizarlo para resolver problemas y adaptarse a contextos novedosos o amenazantes.

En caso contrario, si esta ansiedad se convierte en una respuesta desadaptativa que afecta completamente la vida del sujeto, pasa a ser patológica. La ansiedad patológica, según Cía (citado por Ceccon, 2020) -opuesta a la ansiedad normal- es una respuesta desmedida que no se liga necesariamente a un peligro externo. La misma se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia en comparación con la ansiedad normal, y el sujeto tiende a focalizar su atención desproporcionadamente a los estímulos supuestamente amenazantes. Esto

puede incapacitar al sujeto y comprometer el correcto funcionamiento de la conducta humana individual como socialmente (González, 1993).

En ambos casos –“normal” o “patológica”- la ansiedad está relacionada con el aumento de la tensión del organismo ocasionada por la presencia de una expectativa o un peligro real o inminente para el sujeto, que incluye un gran abanico de sensaciones, emociones y cogniciones.

3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ANSIEDAD.

La primera referencia a las manifestaciones de la ansiedad, se encuentran en los planteos desarrollados por Sigmund Freud en 1985 sobre la neurosis de angustia. Los síntomas mencionados, incluían perturbaciones de la actividad cardiaca, respiratoria y digestiva, sudoración, temblores y convulsiones, vértigo, entumecimiento y adormecimiento, entre otras (Gómez, 2008). Actualmente, la ansiedad implica manifestaciones cognitivas, fisiológicas y comportamentales (Sierra et.al, 2003) que se encuentran en continua interrelación.

A nivel cognitivo-conductual, se encuentran alterados los mecanismos que participan en el procesamiento de la información relevante de la situación y de sí mismo (Díaz & De la Iglesia, 2019). Se incluyen manifestaciones como la “aprensión, miedo, autopercepción de indefensión, escasa concentración y memoria, dificultades de razonamiento, sensación de irrealidad, despersonalización, entre otros” (Díaz & De la Iglesia, 2019, p.48), es decir, todo aquello que somos capaces de percibir y sentir mentalmente. Por su parte, a nivel fisiológico, juega un papel central el sistema nervioso autónomo (SNA), quien mediante la rama simpática y parasimpática busca “preparar al organismo para actuar en contextos valorados como amenazantes o peligrosos” (Díaz & De la Iglesia, 2019, p.48). Sus manifestaciones “incluyen: taquicardia, tensión muscular, sudoración, hiperventilación, opresión torácica, parestesias, entre otras” (Díaz & De la Iglesia, 2019, p.48), que se presentan en mayor o menor medida.

A nivel conductual, los mecanismos implicados, buscan “prevenir, controlar, luchar o huir del peligro” (Díaz & De la Iglesia, 2019, p.48) y es propio dar cuenta de manifestaciones como “respuestas de paralización, cautela, abandono, evitación y/o búsqueda de seguridad” (Díaz & De la Iglesia, 2019, p.48). Esto, provoca a las personas afectadas una disfunción significativa en sus actividades familiares, ocupacionales y sociales.

En última instancia, es necesario considerar que, además de los centros cerebrales involucrados en la experimentación de la ansiedad, la herencia, la crianza y las experiencias

traumáticas, parecen ser también factores importantes en muchos casos. Las “estimaciones de heredabilidad oscilaban entre el 30 y el 40%” (Clark & Beck, 2012, p.45); sin embargo, “los factores ambientales y cognitivos interactuarían con esta predisposición genética para determinar qué trastornos específicos de ansiedad experimentan qué individuos particulares” (Clark & Beck, 2012, p.45).

4. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

4.1 - Conceptualizaciones

A partir de finales del siglo XIX, se comienza a definir la historia con relación a la neurosis como representante inicial de los actuales trastornos mentales (Sarudiansky, 2012). Los trastornos mentales, constituyen un problema de salud pública, debido al creciente aumento de prevalencias que se visualiza cada año, lo que implica una gran carga económica como social, y los trastornos de ansiedad no son ajenos a ello.

La mayoría de las teorías e investigaciones sobre la ansiedad, reconocen actualmente la existencia de diferentes subtipos de la misma, que se agrupan bajo el denominador común “trastornos de ansiedad”. Estos trastornos de ansiedad, aparecen frente a una respuesta ansiosa tan intensa, que las estrategias de afrontamiento que poseemos no son lo suficientemente eficaces para enfrentarla y lograr una adecuada adaptación a la situación. Cuando no se logra hacer frente a la respuesta ansiosa de forma adaptativa, esta puede tener la capacidad potencial de llegar a interferir negativa y significativamente en la vida del individuo, tanto a nivel familiar, como social y laboral. Quienes padecen este tipo de trastornos, se encuentran preocupadas la mayor parte del tiempo por cosas cotidianas, que se acompañan normalmente (dentro de otros síntomas) de nerviosismo e inquietud, así como también de dificultad para concentrarse o relajarse; síntomas que pueden y llegan a dificultar el funcionamiento del sujeto e interferir en sus relaciones y vida cotidiana.

Los trastornos de ansiedad, tienen como proceso nuclear básico el miedo y constituyen los trastornos psiquiátricos más frecuentes, con una prevalencia de aproximadamente “3,8% al 25% en todos los países, con tasas de prevalencia de hasta el 70% en personas con enfermedades crónicas” (Chacón et al. 2021, p.26). Los mismos, se presentan mayormente en mujeres, en comparación con los hombres y se caracterizan por aparecer de manera temprana.

La Asociación americana de psiquiatría (APA) en la quinta edición de su “Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales”, entiende a los trastornos de ansiedad como aquellos que se caracterizan por el miedo y ansiedad excesivos, acompañado de alteraciones conductuales, que se diferencian según los objetos o situaciones que las producen dichas alteraciones (2014). Sin embargo, estos trastornos de ansiedad, son diagnosticados únicamente si los síntomas no pueden atribuirse a los efectos que produce una sustancia, medicamento, afección médica u otro trastorno mental (APA, 2014).

En este sentido, debido a la diversidad de presentaciones y sintomatología (Navas & Vargas, 2012), como la coexistencia con otros trastornos y enfermedades, se dificulta el diagnóstico de los trastornos de ansiedad. Por este motivo, es necesario la utilización de criterios diagnósticos.

4.2 - Clasificación

Con la finalidad de realizar un mejor diagnóstico y abordaje de las enfermedades mentales, y particularmente, de los trastornos de ansiedad, se han creado criterios diagnósticos con una aceptación universal. Estos criterios diagnósticos, se encuentran recogidos en dos clasificaciones de los Trastornos mentales más importantes, y además de contribuir al diagnóstico de la enfermedad, juegan un papel fundamental para la posterior selección de la terapéutica.

Una de las clasificaciones más aceptadas con relación a los trastornos de ansiedad es la desarrollada por la “American Psychiatric Association” (2000), las cuales son conocidas como D.S.M. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), y cuyas formas más recientes son el D.S.M-V, es decir, el “Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades mentales” (5ta ed. APA, 2014) y el D.S.M-V-TR, el cual es una revisión publicada en el año 2022, sobre el ejemplar anterior. El D.S.M-V, clasifica los trastornos de ansiedad en once categorías según las diferentes formas de expresión de la ansiedad e incluye una descripción de los criterios diagnósticos de las mismas.

La segunda clasificación, de uso y aceptación mundial, es la “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud”, décima versión (CIE-10), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (1992). En esta clasificación, los trastornos de ansiedad son una subcategoría ubicada en la clasificación de Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, los cuales constituyen el capítulo quinto del CIE-10, destinado a los Trastornos mentales y del comportamiento.

En cualquier caso, tanto el DSM-V desarrollado por la APA, como la clasificación propuesta por el CIE-10 y desarrollada por la **ONU**, que son de aceptación mundial, presentan similitudes y diferencias. Estas similitudes y diferencias, se visualizan en las categorías de clasificación de los trastornos de ansiedad, así como en la denominación y contenido de las mismas. Sin embargo, en esta oportunidad, no se dará cuenta de las diferencias y similitudes que presentan las clasificaciones a nivel general, sino que, el foco y eje central, estará en el trastorno de ansiedad generalizada y por lo tanto, en las diferencias y similitudes de dicho trastorno entre las clasificaciones del DSM-V y el CIE-10. Pero, ¿Qué es el trastorno de ansiedad generalizada?

5. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

5.1 – Conceptualización y características

Para iniciar a conceptualizar y comprender el trastorno de ansiedad generalizada, es necesario partir de su base. En este sentido, la neurosis de angustia Freudiana, la cual se enmarca en un contexto anterior, ocupa un lugar central en el trastorno de ansiedad generalizada, el cual presenta un origen más actual. Esto, se desprende específicamente del síntoma principal de la neurosis de angustia, denominado angustia libremente flotante, el cual se constituyó como un punto de partida y característica del Trastorno de ansiedad generalizada (Juan et.al, 2010).

La angustia libremente flotante, propia de la neurosis de angustia en Freud, es un tipo de angustia que no se liga a una causa aparente y concreta, sino que, surge de forma espontánea, sin un objeto específico, que dé lugar a su desarrollo. En este sentido, las personas que atraviesan un Trastorno de ansiedad generalizada también sienten temor y angustia ante eventos y situaciones que no tienen un origen en concreto, ni se relacionan a un objeto en particular, es decir, ante la inexistencia de un peligro real para el sujeto. El curso de este trastorno, tanto en hombres como en mujeres es generalmente prolongado, con una duración de años, y es más evidente sobre el final de la adolescencia y principio de la edad adulta (Sarason & Sarason, 2006). Por ello, se ha visto que este tipo de trastorno es más frecuente en adultos jóvenes, y se observa una prevalencia en correlación con la edad.

En el trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación se constituye como sello de identidad y se encuentra generalizada en un amplio campo de actividades y acontecimientos, como lo son por ejemplo, las relaciones familiares e interpersonales, el trabajo, la escuela, y

la salud. Por tanto, este trastorno, “se vincula con distrés psicológico, menor calidad de vida, menor rendimiento laboral, mayor ausentismo y mayor asistencia a servicios de salud, además de que representa un factor de riesgo para intentos de suicidio, enfermedades cardíacas y mortalidad prematura” (Gaitán et al. 2021, p.479). En esta línea, este tipo de trastorno “también aumenta el riesgo de padecer episodios depresivos, comorbilidades somáticas, uso de sustancias —como alcohol— y la automedicación” (Marjan et al. 2014, p.510).

Autores como Sarason & Sarason (2006) señalan que “el trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia es difícil de tratar, y no existe una técnica clínica que conduzca con regularidad a la cura” (p.241), por lo cual es propio que vuelva a reaparecer en algún tiempo o incluso en ocasiones específicas, y sea muy escaso la prevalencia de remisiones en comparación con los índices de padecimiento. Pero, aun así, los criterios diagnósticos propuestos por la APA y la OMS, constituyen un punto fundamental en este sentido, ya que, un adecuado diagnóstico a tiempo puede favorecer al tratamiento y abordaje del trastorno. En este sentido, es necesario abordar las diferencias y similitudes que plantean las clasificaciones diagnósticas del CIE-10 y el DSM-V en relación con el trastorno de ansiedad generalizada, puesto que estos tienen, como mencionamos con anterioridad, una aceptación a nivel mundial.

5.2 - Divergencias y coincidencias en los criterios diagnósticos de las clasificaciones del D.S.M-V y el CIE-10

El trastorno de ansiedad generalizada, es uno de los trastornos mentales incluidos tanto en la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría como en la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud. Al igual que otros trastornos de ansiedad, está ampliamente presente hoy día, aunque muchas veces su diagnóstico es tardío, lo que puede en ocasiones constituir una dificultad en la eficacia del tratamiento. Por ello, es fundamental abordar los criterios diagnósticos sugeridos tanto en el “Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales” (5ta ed. APA, 2014) como los postulados en la “Clasificación internacional de las enfermedades” (10ma ed. OMS, 1992), y realizar a partir de ello una comparación entre ambos, dado que, tanto el DSM-V, como la CIE-10 tienen una aceptación mundial hoy día.

En esta línea, es posible observar tanto similitudes como diferencias en las clasificaciones recomendadas por la APA y la OMS. Tanto el DSM-V, como el CIE-10, coinciden en aspectos de relevancia como la forma de presentación y manifiestan que el trastorno de ansiedad generalizada no se debe a una causa específica, sino que están implicadas diversos sucesos

o acontecimientos de la vida cotidiana del sujeto, que son fuente de preocupación para el mismo. En este sentido, la preocupación se presenta de forma excesiva e incontrolable, por lo cual, repercute en la vida del sujeto y le produce malestar.

En cuanto a los síntomas se refiere, el CIE-10 señala que los mismos son de carácter variable e incluyen: nervioso, temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas; mientras que el D.S.M-5, si bien considera los síntomas propuestos anteriormente, incluye también fatiga, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad y problemas del sueño. En ambos casos, los síntomas, al igual que sucede con la preocupación excesiva, le producen malestar al sujeto y llegan a interferir negativamente en la su vida personal como social y familiar.

Sin embargo, si bien ambos criterios diagnósticos refieren a similares sintomatologías, no existe consenso en lo que respecta a la asociación de dichos síntomas. Por un lado, el D.S.M-V especifica que al menos tres de los síntomas deben estar asociados a la ansiedad y preocupación, mientras que, por el otro, el CIE-10 no hace referencia a ninguna asociación específica, sino que, se remite a establecer la presencia de rasgos de aprensión, tensión muscular e hiperactividad vegetativa. Otra divergencia respecto a la sintomatología refiere a la duración. Si bien ambas clasificaciones hacen mención a la persistencia de los síntomas en días, el D.S.M-V señala que han de durar “más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses” (APA, 2014, p.137); por su parte, el CIE-10 señala que los síntomas han de durar “la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas” (OMS, 1992) sin hacer referencia a un tiempo específico.

Por último, es necesario tener en cuenta los desarrollos respecto a la alteración. En este sentido, el D.S.M-V señala que “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)” (APA, 2014, p.137), así como tampoco es posible explicarla “mejor por otro trastorno mental” (APA, 2014, p.137), aspecto del que no se hace mención alguna en los postulados del CIE-10.

En este sentido, sea cual fuere la clasificación que utilice el profesional para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada, es necesario previamente contemplar las condiciones de vida del sujeto, ya que ello favorecerá al diagnóstico y el posterior desarrollo de un tratamiento.

6. TRATAMIENTO

Los trastornos de ansiedad, son una enfermedad muy presente en la actualidad, aunque generalmente no se diagnostican a tiempo o adecuadamente. Los individuos con este tipo de trastorno, tienden a acudir a consulta en los centros de atención primaria, debido a síntomas físicos sin explicación aparente, como pueden ser un dolor pectoral no cardíaco, mareos, vértigo, palpitaciones, etc. (Clark & Beck, 2012), es decir, sin dar cuenta de la preocupación que les atraviesa y que puede ser causa de malestar. Por esto, es necesario que, previo a cualquier diagnóstico y tratamiento, se realice una evaluación integral de la persona, ya que ello otorgará las herramientas necesarias para el posterior abordaje.

Si bien no existe una cura o técnica clínica que sea infalible (Sarason & Sarason, 2006), los tratamientos psicológicos y farmacológicos se encuentran dentro de los más utilizados para el abordaje del trastorno de ansiedad generalizada, puesto que permiten reducir los síntomas a un nivel que el sujeto es capaz de manejar, aunque no pueda eliminarlos en su totalidad. Pero, como mencionamos con anterioridad, previo a la selección del tratamiento, es importante indagar sobre el estado familiar e individual del sujeto, y poder educar respecto al diagnóstico. En este sentido se torna fundamental la psicoeducación.

6.1 - Psicoeducación

La psicoeducación, es el primer paso de la intervención, y es descrita como “una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología” (Godoy et al. 2020, p.170). Este modelo, desarrolla una estrategia personal de afrontamiento que contempla la vivencia del sujeto en forma individual, e involucra procesos cognitivos, biológicos y sociales, que sirven de herramienta para el afrontamiento de situaciones consideradas estresantes por el sujeto, a fin de mejorar la calidad de vida del mismo y garantizar su autonomía.

El conocimiento que los pacientes y sus familias adquieren, mejora la capacidad de reconocer las características y sintomatología de la enfermedad, así como también permite intervenir rápidamente al identificar señales de alarma. Además, aumenta el compromiso con el tratamiento y promueve el autocuidado, ya que, el paciente le encuentra sentido a lo que le pasa y los tratantes logran realizar intervenciones más ajustadas a su realidad, lo cual incrementa la motivación y adherencia al tratamiento (Godoy et al. 2020). Según este mismo autor, la psicoeducación promueve el cambio de la visión que se tiene sobre la enfermedad, facilita la comunicación para expresar temores, inseguridades, evacuar dudas, etc. en un

ambiente de contención y empatía. Todo esto, previene el surgimiento de patologías en familiares y pacientes asociadas al estrés, malestar, estigma, etc. y favorece el empoderamiento, autonomía y confianza del individuo.

La psicoeducación es, entonces, un primer paso fundamental para los trastornos mentales en general y el trastorno de ansiedad generalizada en particular, aunque es necesario incorporarla al tratamiento integral que combina terapias cognitivo-conductuales y/o farmacológica, que aumenten la eficacia del tratamiento y permitan el mayor beneficio posible para el sujeto, ya que individualmente se reducen las posibilidades de eficiencia de cada una de ellas.

6.2 - Tratamientos cognitivos-conductuales.

En los tratamientos psicológicos, se busca enfrentar al individuo a aquellas **situaciones u objetos que interpreta como amenaza** y originan su miedo, de modo que logren entender que su inseguridad es innecesaria, lo que, se supone, disminuirá su ansiedad (Torres & Chávez, 2013). Dentro de estos tratamientos, las técnicas mayormente utilizadas y con eficacia comprobada son la psicoeducación -mencionada anteriormente- y **la terapia cognitivo-conductual**, aunque se debe tener en cuenta las preferencias del paciente en todo momento.

Las terapias cognitivo-conductuales, buscan “superar las creencias desadaptativas y las conductas de evitación que refuerzan la patología” (Macías et al. 2019, p.5). Para ello, el profesional ayuda a definir objetivos y le enseña al paciente una serie de técnicas que pueda aplicar en su vida cotidiana; es decir, que, este tipo de terapias le brinda al sujeto herramientas que incluyen variadas formas de pensar, actuar y reaccionar, a fin de reducir el nivel de ansiedad y preocupación. El tratamiento, se desarrolla en un periodo de 10 a 20 semanas aproximadamente e incluye la combinación de intervenciones que se orientan a la “reestructuración cognitiva, exposición, relajación y desensibilización sistemática” (Ministerio de sanidad y consumo, 2008, p.4).

Según Quero, Baños, & Botella (2001) citado por Ramos & Cano (2008), en la actualidad el modelo cognitivo conductual, no solo se centra en el contenido de las cogniciones de los sujetos, sino también como el individuo trata de interpretar la información del entorno e identificar los sesgos cognitivos que se cometen en el momento. Este tipo de terapias, puede ser aplicada de manera individual o en grupo, ya que los efectos son similares, aunque el tratamiento individual conlleva menores tasas de abandono.

6.3 - Tratamientos farmacológicos

En lo que a la farmacología respecta, Macías et al. (2019) señalan que “los descubrimientos de nuevas farmacoterapias representan una gran necesidad médica no satisfecha” (p.5), tras considerar la diversidad anatómica y molecular de los distintos trastornos. Aun así, los tratamientos con antidepresivos y benzodiazepinas son los más utilizados a nivel farmacológico, aunque estos últimos no son recomendados como tratamiento de primera línea para el trastorno de ansiedad generalizada, ya que tienden a generar dependencia en el sujeto por su uso a largo plazo.

Los antidepresivos recomendados para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, son los ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), aunque pueden tardar varias semanas en funcionar y son acompañados generalmente de efectos secundarios. Los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina considerados de primera línea son paroxetina, sertralina o escitalopram, ya que son efectivos para controlar la sintomatología y pueden ser usados a largo plazo sin mostrar tolerancia o peligro de abuso. Sin embargo, a la hora de prescribir estos psicofármacos, es necesario “considerar: edad, tratamiento previo, tolerancia, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad” (Ministerio de sanidad y consumo, 2008, p.7), además de incluir “los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento, los posibles efectos secundarios y los riesgos de la interrupción brusca del tratamiento” (Ministerio de sanidad y consumo, 2008, p.7).

En los casos en que se presenta un incremento de la ansiedad, es posible prescribir simultáneamente el uso de BZD (benzodiazepinas) -un tipo de sedante- como alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam, aunque se recomienda la utilización a corto plazo en no más de 4 semanas y si es “crucial el control rápido de los síntomas o mientras se espera a la respuesta del tratamiento con antidepresivos” (Ministerio de sanidad y consumo, 2008, p.8) o la terapia cognitivo-conductual. Al igual que con los antidepresivos, es necesario que a la hora de prescribir los psicofármacos se considere “edad, tratamiento previo, tolerabilidad, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.” (Ministerio de sanidad y consumo, 2008, p.8), además de incluir “los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y de los posibles efectos secundarios” (Ministerio de sanidad y consumo, 2008, p.8). Cabe señalar que, las benzodiazepinas “deben de utilizarse por el menor tiempo posible por el riesgo potencial de inducir tolerancia y adicción (ANMM, 2013, p.55).

6.4 - Tratamiento combinado

Si bien no existe un tratamiento infalible que conduzca con regularidad a la cura, existe consenso y evidencia que permiten afirmar el papel central de la terapia combinada. Se ha demostrado que el tratamiento combinado -psicológico y farmacológico- a corto y largo plazo tiende a lograr una mayor eficacia, que si se selecciona tan solo uno de los tratamientos para el abordaje del trastorno de ansiedad generalizada. Pero, ¿Por qué resulta más eficaz la combinación de las terapias psicológicas y farmacológicas, en comparación a la utilización de las mismas individualmente?

Según la evidencia e información disponible, la combinación de terapias psicológicas y farmacológicas resulta más eficaz en comparación con la utilización de las terapias individualmente, dado que, al utilizar cada una de ellas de forma individual, se dejan por fuera aspectos que pueden ayudar al sujeto a obtener una mejor calidad. El sujeto con trastorno de ansiedad generalizada enfrenta a causa de todos los síntomas una reducción en su calidad de vida, es decir, en un conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar y realización de las potencialidades del individuo. La reducción en su calidad de vida, se desprende fundamentalmente a causa de los niveles elevados de ansiedad y preocupación a los que se enfrentan, ya que estos dificultan el desarrollo normal de su vida cotidiana, tanto a nivel individual como social y laboral, observándose un claro retraimiento del sujeto y un deterioro en el vínculo con sus pares. Por este motivo, el control integral de los síntomas en el trastorno de ansiedad generalizada se hace fundamental, y las terapias combinadas juegan un papel central; veamos por qué.

Si solo se utilizara la terapia psicológica como tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada, el sujeto puede obtener herramientas y técnicas para hacer frente a la preocupación que sufre; aun así, la ansiedad podría encontrarse desregulada y en altos niveles, lo que haría necesaria la utilización de fármacos como benzodiazepinas o inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina, que ayuden en la disminución de la misma. Caso contrario, al elegir el uso individual de la terapia farmacológica, es posible reducir los síntomas ansiosos, pero el sujeto no contaría con las herramientas y técnicas que pueden ayudarle a hacer frente a situaciones de preocupación y ansiedad excesivas a las que se expone en la vida cotidiana y que realmente no tienen el peligro que considera. En este sentido, la terapia psicológica, tanto cognitivo-conductual como la psicoeducación se tornan fundamentales, ya que le brinda al sujeto y su círculo cercano, las herramientas necesarias para afrontar los desafíos del día a día.

En esta línea, y al contemplar los ejemplos anteriormente mencionados, la utilización individual de las terapias psicológicas (cognitivo-conductual y psicoeducación) y farmacológicas (Inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina y bandejas) dejan por fuera un aspecto fundamental, por un lado, las terapias psicológicas pueden llegar a tener dificultades para la regulación de los altos niveles de ansiedad y preocupación, mientras que la farmacología, no le brinda herramientas al sujeto para hacer frente a la situación, solo reduce su ansiedad. Por tanto, utilizar ambas técnicas simultáneamente, no solo le brinda las herramientas necesarias al sujeto y su entorno para enfrentar los desafíos diarios, sino también reduce sus niveles de ansiedad, lo que ayuda al individuo a obtener nuevamente una mejor calidad de vida en un lapso reducido de tiempo y que podrá mantener a lo largo del mismo; en consecuencia no solo se mejora la calidad de vida individualmente de la persona, ya que puede disfrutar con mayor tranquilidad y menor preocupación y ansiedad, sino también, con su círculo cercano y sus vínculos, quienes pueden aprender herramientas para entender y apoyar a quien padece el trastorno.

REFLEXIONES FINALES

En la actualidad, los individuos se encuentran inmersos en un mundo y sociedad de gran demanda donde la inmediatez, la eficiencia y la perfección, parecen ser los pilares fundamentales que deberían regir la vida del sujeto (Schapira citado por Saint-Phat, 2018) en los diversos ámbitos en los que se desarrolla. Estos pilares, que ponen al sujeto en constante autoexigencia y sobre exigencia, terminan, en muchos casos, siendo causa de decepción, frustración, preocupación, angustia y ansiedad, principalmente para aquellos que no logran alcanzarlos. Debido a esto, los trastornos mentales comienzan a ocupar gran parte de la sociedad en la que los sujetos están inmersos y donde, particularmente, el trastorno de ansiedad generalizada no es ajeno a ello.

El trastorno de ansiedad generalizada es una de las principales causas de consulta en atención primaria (ANMM, 2013); sin embargo, el sujeto que llega en busca de ayuda, lo hace normalmente por otras causas y/o motivos, sin considerar a dicho trastorno como posibilidad. Uno de los motivos por lo que no se considera el trastorno, puede relacionarse a que la ansiedad y preocupación son parte de la existencia humana (Sierra et.al, 2003); por lo cual es probable que este no de cuenta si se presentan de forma excesiva y acompañada de otros síntomas (AM, 2017), es decir, en forma patológica. En esta línea, otro motivo, puede deberse al hecho que los trastornos mentales, no han adquirido la relevancia necesaria como para generar reiteradas campañas de concientización. Campañas que, incluyan conocimientos y herramientas básicas que les permita a los individuos dar cuenta de un posible padecimiento —personal o de alguien allegado— y así poder acudir a consulta en busca de un adecuado diagnóstico y tratamiento.

En lo que al diagnóstico formal del trastorno de ansiedad generalizada respecta, se tornan fundamentales los criterios diagnósticos como el DSM-V o el CIE-10, los cuales son de aceptación mundial, ya que, como se mencionó con anterioridad, los síntomas del trastorno tienden obstaculizar el desarrollo y calidad de vida del individuo, tanto a nivel familiar, como social y laboral.

El individuo que atraviesa estos trastornos se enfrenta a una amplia gama de síntomas y cambios emocionales (Sabater, 2022), que lo llevan a recluírse, alejarse de sus pares y seres queridos, ya que no se siente cómodo y tranquilo para disfrutar de los momentos y espacios como lo hacía, lo que da lugar a un deterioro en sus relaciones personales e interpersonales. En esta línea, además de verse obstaculizada la vida familiar y social del sujeto, a nivel laboral también se observa un claro deterioro, donde la fatiga, el estrés y la falta de concentración se hacen presente recurrentemente, ya que el foco del individuo está en el posible peligro o

situación de peligro (García, 2013). De esta forma, la calidad de vida del individuo, es decir, el conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar y realización de las potencialidades del mismo (Significados, 2023), se ve deteriorada.

Para lograr mejorar nuevamente la calidad de vida del individuo que posee un trastorno de ansiedad generalizada, es fundamental la implementación y mejora de los tratamientos que existen hasta el momento. Las terapias combinadas (psicológica y farmacológica) son una gran herramienta de abordaje para el trastorno, con eficacia comprobada en comparación a la utilización de ambas técnicas individualmente, ya que, no solo ayuda y brinda herramientas al sujeto que padece el trastorno, sino que también, aumenta su calidad de vida.

En síntesis, el abordaje realizado en este trabajo ha contribuido a clarificar aspectos relativos a las características, manifestaciones y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. La información que se obtuvo respecto a la forma en que el trastorno de ansiedad generalizada se ha ido estableciendo a lo largo del tiempo en la sociedad y las características que presenta, constituyó un aspecto crucial; por un lado, permitió comprender la necesidad de un adecuado diagnóstico, y, por el otro, permitió dar foco a la necesidad de utilizar la terapia combinada (psicológica y farmacológica) como herramienta principal, con eficacia comprobada, a fin de obtener mejores resultados en su abordaje.

Educar y brindar herramientas sobre el trastorno de ansiedad generalizada que tan presente está y del cual poco se sabe y poco se habla, es también un aspecto fundamental, a fin de evitar el sobrediagnóstico y que aquellas personas que padecen el trastorno puedan hablar del mismo sin el temor a ser juzgado. En este sentido, la psicoeducación es una gran herramienta de apoyo a la hora de dar a conocer los trastornos, ya que permite a los diferentes individuos —quien padece o quien acompaña— saber los aspectos claves del mismo, lo que, por un lado, evita las confusiones, los encasillamientos y que se juzgue a quien padece el trastorno y por el otro, permite ponerse en el lugar del sujeto y de lo que le pasa, contrariamente a cuando el trastorno mental, en este caso, el trastorno de ansiedad generalizada resulta un tema del que es mejor no hablar. En esta línea, es necesaria la implementación y/o diseño de programas de salud mental y políticas públicas que contemplen al trastorno de ansiedad generalizada, con el objetivo de expandir el conocimiento al respecto y que las personas que atraviesan este trastorno puedan hablar sobre aquello que pasa, ser comprendidos y apoyados.

Por último, es importante destacar que, futuras investigaciones continúen profundizando en la temática, a fin de identificar aquellos factores y síntomas que no han sido abordados hasta el momento y de los cuales se podría extraer información crucial para el posterior diagnóstico

y abordaje del trastorno de ansiedad generalizada. De esta forma, se vuelve fundamental continuar las investigaciones, ya que esto permitiría poder profundizar y mejorar el tratamiento existente para el trastorno de ansiedad generalizada y así lograr una mayor efectividad, como nuevas estrategias de afrontamiento para esta problemática que tan frecuente se presenta hoy día.

Ampliar los horizontes de conocimiento no es un camino fácil de recorrer y de lograr de un día para el otro, pero sin dudas el abordaje realizado a lo largo de las páginas es un punto de apoyo por el cual iniciar este largo recorrido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- ANMM. (2012). El trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de la facultad de medicina (México)*, Vol. 56, núm. 4, pp. 53-55
- Ansiedad Malaga. (24 de Septiembre de 2018). *El trastorno de ansiedad generalizada*. <https://ansiedadmalaga.com/trastorno-ansiedad-generalizada/>
- Byung-Chul, Han. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona, España: Herder
- Cárcamo, C. (1944). Impotencia psíquica y neurosis actuales. *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 1, num. 3, pp. 382-402
- Ceccon, J. (2020). Eso que llaman ansiedad...es angustia? *Documento de trabajo, Psicopatología II*. <https://www.aacademica.org/julieta.ceccon/2.pdf>
- Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M., y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, Vol. 35, núm. 1, pp.23-36
- Clark, D., y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastorno de ansiedad*. España: Desclée de Brouwer
- Clínica Salus. (21 de enero, 2014). Psicología: Ansiedad y estrés. *Clínica Salus*. <https://www.clinica-salus.com/psicologia-ansiedad-y-estres/>
- Correa, J.E. (2008). Actualidad de la neurosis de angustia. *International Journal of Psychological Research*, vol. 1, núm. 2, pp. 73-80
- Díaz, I., y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, Vol. 16, núm. 1, pp. 42-50
- Furlan, L., Piemontesi, S., Heredia, D., y Sánchez, R. (2015). Ansiedad ante los Exámenes en estudiantes universitarios: Correlatos y Tratamiento. *Anuario de Investigaciones*, Vol. 2, Núm. 1, pp. 37-53

- Gaitán, P., Pérez, V., Vilar, M., y Teruel, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud pública de México*, vol. 63, núm. 4, pp. 478-485
- García, J. (9 de Junio de 2013). *Ansiedad*. Psicoterapeutas. Recuperado el 27/02/2023 de: <https://psicoterapeutas.com/trastornos/ansiedad/>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista médica clínica las condes*, vol.31, núm.2, pp. 169-173
- Gómez, G. (2008). Freud: enfermedades nerviosas, angustia y estrés. O del estatuto del cuerpo implicado en las dolencias del sujeto. *Affectio Societatis*, Vol. 5, Núm. 9, pp. 1-21
- Gonzalez, M, T. (1993). *Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional*. Aula, 5. <https://doi.org/10.14201/3270>
- Grupo de Trabajo. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC.
- Guarinoni, L. (2020). *Abordaje de la Terapia Cognitiva para el Trastorno de Pánico* (Tesis de grado). Facultad de Psicología, Udelar, Montevideo, Uruguay.
- Juan, S., Etchebarne, I., Gómez, J.M., y Roussos, A. (2010). Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, vol. 14, pp. 197-219
- Macías, M., Pérez, C., López, L., Beltrán, L., y Morgado, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista electrónica neurobiología*, Vol. 10, núm. 24, pp. 1-11
- Marjan, M., Mendieta, D., Muñoz, M., Díaz, A., y Cortés, F. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud mental*, vol. 37, núm. 6, pp.509-516
- Ministerio de sanidad y consumo (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid, España: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

- Navas, W., y Vargas, M. J. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista medica de costa rica y centro américa*, Vol. 69, núm. 604, pp.497-507
- Organización mundial de la salud –OMS. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10a. ed.). Washington: Organización Panamericana de la Salud
- Ramos, J., y Cano, A. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: el componente metacognitivo. *Ansiedad y estrés*, Vol. 14, núm. 2-3, pp. 305-319
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M., y Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, vol. 12, Núm. 2, pp. 9-16
- Sabater, V. (2022, 6 de Diciembre). La ansiedad afecta a la calidad de nuestras relaciones. *La mente es maravillosa*. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/la-ansiedad-afecta-a-la-calidad-de-nuestras-relaciones/>
- Saint-Phat, L. (7 de Junio de 2018). La eficiencia, la inmediatez y la perfección corporal, los ideales tiranos de la época. *Comercio y justicia*. Recuperado de: <https://comercioyjusticia.info/mundopsy/la-eficiencia-la-inmediatez-y-la-perfeccion-corporal-los-ideales-tiranos-de-la-epoca/>
- Sarason, I., y Sarason, B. (2006). *PSICOPATOLOGÍA. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (11a. ed.). México: Pearson Educación
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, vol. 21, núm. 2, pp. 19-28
- Sarudiansky, M. (2012). *Neurosis y ansiedad: antecedentes conceptuales de una categoría actual*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Schmidt, V. P., y Shoji, A. D. (2018). *La ansiedad estado-rasgo y el rendimiento académico en adolescentes de 14 a 16 años* [en línea] (Tesis de Licenciatura en Psicopedagogía). Universidad Católica Argentina, Facultad “Teresa de Ávila”, Paraná.
- Sierra, J.C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, vol. 3, núm. 1, pp. 10-59

Significados. (s.f.). *Qué es la calidad de vida*. <https://www.significados.com/calidad-de-vida/>

Torres, V., Chávez, A. (2013). Ansiedad. *Revista de Actualización Clínica*, Vol. 35, pp. 1788-1792