I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2009.

Epidemiología del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Vetere, Giselle.

Cita:

Vetere, Giselle (2009). *Epidemiología del Trastorno de Ansiedad Generalizada. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-020/197

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/eYG7/tvu

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Vetere, Giselle
CONICET. Argentina

RESUMEN
El presente trabajo consiste en una revisión de los estudios respecto de la epidemiología del trastorno de ansiedad generalizada. Con este fin se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed, Ebsco y Lilacs utilizando las palabras clave "epidemiology", "Generalized anxiety disorder", "epidemiología", y "trastorno de ansiedad generalizada". Los resultados se presentan agrupados en cuatro temas: prevalencia, curso, factores de riesgo y comorbilidad. Se discuten los resultados y puntos de disenso, así como la necesidad de continuar la investigación en el área.

Palabras clave
Trastorno de ansiedad generalizada Epidemiología Revisión bibliofráfica

ABSTRACT
EPIDEMIOLOGY OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER
The present article reviews papers about epidemiology of generalized anxiety disorder. The search was carried out in EBSCO, PubMed and Lilacs electronic databases using terms "epidemiology", "generalized anxiety disorder", "epidemiología" and "generalized anxiety disorder" as key words. The results are grouped into four subjects: prevalence, course, risk factors, and comorbidity. The results, points of disagreement, and need of further investigation are discussed.

Key words
Generalized anxiety disorder Epidemiology Bibliographic review

INTRODUCCIÓN
El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es uno de los más prevalentes de la práctica clínica, junto con los trastornos depresivos y las fobias, no obstante, es uno de los menos estudiados y comprendidos (Prados, 2008). Este hecho puede estar relacionado con que el TAG es, de los trastornos de ansiedad, el de introducción más reciente dentro de las nomenclaturas oficiales. El síntoma principal del cuadro es la presencia de preocupaciones percibidas como incontrolables y excesivas sobre una amplia gama de sucesos, que se acompaña de al menos tres de los siguientes síntomas: irritabilidad, dificultades en la concentración, trastornos del sueño, cansancio, contracturas musculares e inquietud (American Psychiatric Asociation [APA], 2002). Con el objeto de realizar una puesta al día sobre la epidemiología de este trastorno se realizó una búsqueda bibliográfica. Se consultaron las bases de datos de PubMed, Ebsco y Lilas utilizando las palabras clave "epidemiology" y "Generalized anxiety disorder". Los resultados fueron organizados en función de los siguientes temas: prevalencia, comorbilidad, curso y factores de riego para el desarrollo del TAG.

PREVALENCIA
Los estudios realizados siguiendo los criterios DSM-III arrojaon cifras de prevalencia anual que oscilaron entre el 1.1 y el 3.6% para Estados Unidos, Islandia y Hong Kong (Blazer et al., 1991; Chen et al., 1993; Stefansson et al., 1991), mientras que la prevalencia de vida ascendió a un rango que fue del 4,1 al 21%. Los estudios conducidos conforme a los criterios DSM-III-R reportaron cifras para la prevalencia anual que se ubicaron entre el 1,1% y el 3,1 % en Italia, Canadá, Estados Unidos y Nueva Zelanda (Faravelli et al., 1989; Feehan et al., 1994; Offord et al., 1996; Wittchen et al., 1994), la prevalencia de vida rondó el 5,1-5,4%. Gran cantidad de estudios fueron llevados a cabo con los criterios actuales, DSM IV y CIE 10, en parte en respuesta a la iniciativa denominada *Encuesta Mundial de Salud Mental* (EMSM) impulsada por la OMS (Alarcón & Aguilar-Gaxiola, 2000). En el marco de esta iniciativa se desarrollaron los primeros estudios epidemiológicos que arrojan resultados sobre la prevalencia del TAG en América Latina. La prevalencia anual observada para México y Colombia oscila entre el 0.7 y el 1.3% (Medina Mora et al., 2003; Posada-Villa et al., 2003; Torres de Galvis & Montoya, 1997), la anual por su parte ronda entre el 1.2 y el 3.1%. Los datos observados en Chile fueron del 1.6% y 2.6% para las prevalencias anual y de vida respectivamente (Vicente et al., 2002). La cifra más alta en América Latina fue registrada en Brasil, donde la prevalencia anual se ubicó entre el 5,4% y 12.1%, la prevalencia de vida fue del 9.6% al 17.6% (Almeida Filho et al., 1997). La prevalencia anual más baja fue encontrada en Irlanda del Norte, lugar en el cual se reportó un 0.15% (McConnell et al., 2002). En Alemania se reportaron cifras que oscilaron entre el 0.5% y el 1.5% para la prevalencia anual (Carter et al., 2001; Wittchen et al., 1998) y rondaron el 0.8% para la prevalencia de vida (Wittchen et al., 1998). La prevalencia anual encontrada en los Estados unidos fue del 2.1%, mientras que la prevalencia de vida fue del 4.1% (Grant et al., 2005). Finalmente, la prevalencia anual reportada en Australia fue del 3.6% (Henderson et al., 2000; Andrews et al., 1999). Dada la gran variabilidad encontrada en los distintos países es posible suponer que en el desarrollo y mantenimiento del cuadro intervengan factores contextuales y/o culturales.

FACTORES DE RIESGO Y CURSO
El cuadro es mucho más frecuente en el sexo femenino (APA, 2002), siendo la relación de sexos de dos tercios a favor de las mujeres.
Actualmente existe un consenso entre los expertos sobre el tema en que habría un patrón de incidencia familiar, no obstante, aún no se ha identificado un patrón concreto para el TAG (APA, 2002). La heredabilidad del cuadro se ha calculado en alrededor del 30% (Kendler et al., 1992) y se cree que el factor biológico predisponente es compartido con el trastorno depresivo mayor (Roy et al, 1995). No obstante, los estresores asociados al inicio de ambos cuadros difieren (Kessler, 2000).
Respecto de la vulnerabilidad psicológica, se ha reportado que estos pacientes presentan con frecuencia historias de traumas psicosociales, como por ejemplo abuso sexual o muerte de alguno de los progenitores en la infancia (Borkovec, 1994).
El cuadro suele iniciarse durante la infancia o adolescencia, teniendo un comienzo gradual y más temprano que en otros trastornos de ansiedad (Brown & Barlow, 1994; Leahy & Holland, 2000; Rapee, 1991). No obstante, también puede comenzar a principios de la edad adulta (Gale & Oakley-Browne, 2000; Hale, 1997). Se ha sugerido que cuando el cuadro se inicia en la edad adulta juegan un papel mayor los estresores que darían lugar a la aparición del trastorno (Blazer, Hughes & George, 1990; Brown, 1997). El TAG suele presentarse con un curso fluctuante pero crónico, que tiende a agravarse durante los períodos de estrés (APA, 2002; Hale, 1997; OMS, 1992).
Alrededor del 50% de los pacientes tienen buena respuesta a los tratamientos disponibles. Dentro de los factores asociados a la baja respuesta al tratamiento, se identificaron los problemas interpersonales, la cronicidad, la mala respuesta a tratamientos previos, el bajo nivel socio económico y trastornos de personalidad comórbidos (Durham et al. 2004; Yonkers, et al., 2000).

COMORBILIDAD
Respecto de la comorbilidad, existe un consenso marcado en que ésta sería la regla en los pacientes con TAG. Los estudios sobre comorbilidad con otro trastorno mental arrojan cifras que se ubican alrededor del 66 y el 90%, según se refiera a otro trastorno mental en curso o a la comorbilidad a lo largo de la vida respectivamente (Brawman-Mintzer & Lydiard, 1996).
En un estudio realizado por Brawman-Mintzer y colaboradores (1993) se halló que los trastornos de ansiedad más frecuentemente asociados al TAG eran la fobia social (23%), la fobia específica (21%), el trastorno de angustia (11%), el trastorno por estrés postraumático (3%) y el trastorno obsesivo compulsivo (1%).

Respecto de los trastornos del estado de ánimo, un 42% de los pacientes tenían historia de depresión mayor y un 8% presentaba trastorno distímico. Cifras similares fueron encontradas por Carter y colaboradores (2001), quienes mencionan que la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad ronda el 55%, y asciende al 59% en el caso de los trastornos depresivos. Noyes (2001) encontró que la comorbilidad con trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida de los pacientes con TAG se ubicaba en el 62,4%. La cifra más elevada publicada hasta la fecha fue la obtenida en el Estudio Nacional de Comorbilidad (National comorbidity Survey) de los Estados Unidos (Judd et al., 1998) en el cual se reporta que el 67,4% de los pacientes con TAG entrevistados presentaban o habían presentado trastorno depresivo mayor. La alta asociación entre TAG y Trastorno Depresivo Mayor (TDM) ha llevado a diversos investigadores a desarrollar estudios tendientes a evaluar la existencia de un factor común en ambos cuadros (Watson, 2005). Se encontró que estos trastornos comparten como característica la "emoción negativa", constructo que hace referencia a una dimensión general de distrés e insatisfacción. Por otra parte, algunos estudios de genotipos y fenotipos sugieren que el trastorno depresivo mayor sería genéticamente indistinguible del trastorno de ansiedad generalizada (Mineka et al. 1998), lo cual impulsó la propuesta de algunos investigadores de reagrupar al TAG dentro de los trastornos del estado de ánimo (Watson, 2005). La postura opuesta es sostenida por quienes, siguiendo estrictamente las pautas del DSM-IV, resaltan como característica nodal los síntomas cognitivos por encima del malestar afectivo y el deterioro funcional. Kessler (2000) luego de revisar la literatura sobre el tema concluye que ambos cuadros muestran una distribución factorial diferencial y que los estudios con gemelos sugieren que los estresores ambientales que inciden en el desarrollo del TAG y el TDM son diferentes, por lo cual concluye que el TAG debería ser considerado un trastorno de ansiedad independiente.

Dentro de los trastornos de personalidad, los que se asocian con mayor frecuencia al TAG son el trastorno de personalidad por evitación y el trastorno de personalidad por dependencia (Garyfallos et al. 1999; Leahy & Holland, 2000). De los trastornos de ansiedad, el TAG es el que presenta tasas de cormorbilidad más elevadas con trastornos de personalidad (Garyfallos et al. 1999). Este hecho, así como la cronicidad del cuadro, su baja respuesta al tratamiento y su inicio temprano han llevado a algunos autores a postular la posibilidad de que el TAG sea considerado un trastorno de personalidad (Beck, Stanley, & Zebb, 1996; Sanderson & Wetzler, 1991).

La ansiedad como rasgo se considera característica del cuadro, diversos autores (Chambers, Power & Durham, 2004; Gomez & Francis 2003; Jensen, Halse & Birket - Smith, 1996) coinciden en señalar que los pacientes con TAG presentan alto rasgo de ansiedad medido con el Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, [STAI]). La presencia de la ansiedad como rasgo, por oposición a estado, abona la hipótesis de considerar al TAG como un trastorno de personalidad. Diversos autores evaluaron que otros rasgos de personalidad se asociaban al TAG utilizando el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesotta-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 [MMPI-2]) encontraron que las dimensiones introversión y neuroticismo se correlacionan significativamente al cuadro cuando se lo compara con un grupo control (Gomez & Francis 2003; Jensen, Halse, & Birket - Smith, 1996). Si bien estas investigaciones aportan información valiosa, al no establecer comparaciones con otros cuadros de ansiedad no permiten discriminar qué características son propias del TAG y cuáles de los trastornos de ansiedad en general. De dichos estudios se ha concluido que los pacientes con TAG presentan alto rasgo de ansiedad, neuroticismo e introversión, comparado con personas sin trastornos mentales (Chambers, Power & Durham, 2004; Gomez & Francis 2003; Jensen, Halse & Birket - Smith, 1996). No obstante, si se pretende pesquisar si existen características de personalidad específicas de los pacientes con TAG, éstas deben poder diferenciarse de las que presentan pacientes con otros cuadros. De otro modo, podrían confundirse características de personalidad que se asocian con diversos trastornos de ansiedad con aquellas propias del TAG.

En el año 2007 fue conducido en nuestro país un estudio que comparaba las medidas del Inventario de Personalidad de Millon en un grupo de pacientes con TAG con pacientes con otros trastornos de ansiedad y un grupo control evaluado. Los resultados del estudio (Vetere, Rodríguez Biglieri, & Portela, 2007) sugieren que los pacientes con TAG presentarían una mayor tendencia a anteponer las necesidades de los demás a las propias y a evaluar las situaciones conforme a sus propias reacciones afectivas más que a las intelectuales, que las personas sin trastornos de ansiedad y los pacientes con otros trastornos de ansiedad. Los pacientes con TAG se distinguirían de las personas sin trastornos de ansiedad por un rasgo más marcado de concordancia, el cual se corresponde con el trastorno de personalidad por dependencia. En lo que a este rasgo se refiere, no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con TAG y los que sufrían de otros trastornos de ansiedad. Estos datos, coincidentes con los reportados por varios estudios (Garyfallos et al., 1999; Leahy & Holland, 2000), sugieren la presencia de una correlación entre dependencia y trastornos de ansiedad, no específica al TAG. Aún no está claro si un alto grado de dependencia predispondría al desarrollo de trastornos de ansiedad, o si el desarrollo de los trastornos de ansiedad daría lugar a una modificación de la personalidad, en el sentido de incrementar la dependencia de estos pacientes. Esta influencia recíproca entre los trastornos mentales y los de personalidad deja planteada la dificultad de discriminar entre ambos ejes, especialmente en el caso de cuadros crónicos y de inicio temprano como el TAG.

CONCLUSIÓN

El TAG es un trastorno de inicio temprano altamente prevalente. El mismo tiende a presentar un curso fluctuante pero crónico, con baja respuesta a los tratamientos. La comorbilidad con otros cuadros de ansiedad y depresión es muy frecuente en los pacientes con TAG. Las elevadas tasas de asociación entre TAG y trastorno depresivo mayor han llevado a diversos investigadores a proponer la existencia de un factor común en ambos cuadros y a sugerir una nueva agrupación para el TAG dentro de los trastornos del estado de ánimo. Situados en la vereda opuesta, quienes recalcan las diferencias entre los cuadros sostienen la necesidad de mantenerlos en categorías diferentes.

Basados en la frecuente comorbilidad con trastornos de personalidad, así como en algunas características del trastorno tales como la tendencia a la cronicidad, el alto rasgo de ansiedad, el inicio temprano y la baja respuesta al tratamiento, algunos investigadores postularon que el TAG se comprendería mejor como un trastorno de personalidad. Es posible que el avance respecto de estas cuestiones traiga consigo una clarificación sobre las características del cuadro que redunde en modificaciones de los tratamientos hacia intervenciones más eficaces. Futuras investigaciones serán necesarias para esclarecer los puntos de disenso.

BIBLIOGRAFÍA

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.; COUTINHO, E.; FRANCA, J.F.; FERNANDES, J. & ANDREOLI, S.B. (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. British Journal of Psychiatry, 171, 524-9.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (3° edición). Barcelona: Masson.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2002). DSM-IV T-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (4° edición revisada). Barcelona: Masson.

ANDREWS, G.; HALL, W.; TEESON, M. & HENDERSON, S. (1999). The mental health of Australians. Mental Health Branch: Commonwealth Department of Health and Aged Care.

BECK, J.; STANLEY, M. & ZEBB, B. (1996). Characteristics of anxiety in older adults: a descriptive study. Behavior Research and Therapy, 34, 225-234.

BIJI, R.; RAVELLI, A.; & VAN ZESSEN, G. (1998). Prevalence of psychialric disorder in the general population: results ofthe Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33, 587-95.

BLAZER,D.; HUGHES, D. & GEORGE, L. (1990) Stressful life events and the onset of the generalized anxiety disorder syndrome. American Journal of Psychiatry, 144, 1178-1183

BLAZER,D.; HUGHES, D.; GEORGE, L.; SWARTZ, M.; BOYER, R. (1991). Generalized anxiety disorder. En: L. Robins & D. Regier (Eds.). Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study. New York: Free Press.

BORKOVEC, T. (1994). The nature, functions, and origins of worry. En: Davey, G. & Tallis, F. Editores. Worrying: perspectives on theory, assessment, and treatment. Wiley. New York.

BRAWMAN-MINTZER, O. & LYDIARD, R. (1996). Generalized anxiety disorder: issues in epidemiology. Journal of Clinical Psychiatry. 57 (7), 3-8.

BRAWMAN-MINTZER, O.; LYDIARD, R. & EMMANUEL, N. (1993) Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. American Journal of Psychiatry,150 (8)1216-1218.

BROWN, T. (1997). The nature of generalized anxiety disorder and pathological worry: current evidence and conceptual models. Canadian Journal of psychiatry, 42, 817-825

BROWN, T. & BARLOW, D. (1994). The empirical basis of Generalized Anxiety Disorder. American Journal of Psychiatry. 151 (9), 1272-1281.

CARTER, R.; WITTCHEN, H.; PFISTER, H. & KESSLER, R. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. pression and Anxiety, 13, 78-88.

CHAMBERS, J.; POWER, K. & DURHAM, R. (2004). The relationship between trait vulnerability and anxiety and depressive diagnoses at long-term follow-up of Generalized Anxiety Disorder. Journal of Anxiety Disorders, 18 (5), 587 - 607.

CHEN, C.; WONG, J.; LEE, N.; CHAN-HO, M.; LAU, J.T.; & FUNG, M. (1993). The Shatin Community Mental Health Survey in Hong Kong: major findings. Archives of General Psychiatry, 50, 125-133.

DURHAM, R.; FISHER, P.; DOW, M.; SARP, D.; POWER, K.; SWAN, J. & MORTON, V. (2004). Cognitive bahviour therapy for good and poor prognosis generalized anxiety disorder: a clinical effectiveness study. Clinical Psychology and Psychotherapy, 11, 145-157.

FARAVELLI, C.; GUERINNI DEGL'INNOCENTI, B.G. & GIARDINELLI, L. (1989). Epidemiology of anxiety disorders in Florence. Acta Psychiatrica Scandinavica, 79, 308-312.

FARAVELLI, C.; ZUCCHI, T.; VIVIANI, B.; SALMORIA, R.; PERONE, A. & PAIONNI, A. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. European Psychiatry, 15, 17- 24.

FEEHAN, M.; MCGEE, R.; RAHA, S.N. & WILLIAMS, S.M. (1994). DSM-III-R disorders in New Zealand 18-year-olds. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 28, 87-99.

FOUMIER, L.; LESAGE, A.D.; TOUPIN, J. & CYR, M. (1997). Telephone surveys as an altemative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization: a Montreal Catchment Area Study. Canadian Journal of Psychiatry, 42, 737-43.

GALE, C. & OAKLEY-BROWNE, M. (2000). Anxiety Disorder,7270, 1204-1208.

GARYFALLOS, G.; ADAMOPOULOU, A.; KARASTERGIOU, A.; VOIKLI, M.; MILIS, V.; DONIAS, S.; GIOUZEPAS, J. y PARASHOS, A. (1999) Psychiatric comorbidity in Greek patients with generalized anxiety disorder. Psychopathology, 32(6): 308-318.

GOMEZ, R. & FRANCIS, L. (2003). Generalized Anxiety Disorder: relationships with Eysenck's, Gray's and Newman's theories. Personality and Individual Differences, 34, 3-17

GRANT, B.; HASIN, D.; STINSON, F.; DAWSON, D.; RUAN, W.; GOLDSTEIN, R.; SMITH, S.; SAHA, T. & HUANG, B. (2005). Prevalence, correlates, comorbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychological Medicine, 35, 1747-1759.

HALE, A.S. (1997). ABC of mental health. British Medical Journal. 314 (7097), 1886-1890.

HUNT, C.; ISSAKIDIS, C. & ANDREWS, G. (2002). DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Psychological Medicine, 32, 649-59.

JENSEN, H.; HALSE, N. & BIRKET-SMITH, M. (1996). Electrodermal lability in anxiety disorder. Scandinavian Journal of Psychology, 37, 103 - 108.

JUDD, L.; KESSLER, R.; PAULUS, M.; ZELLER, P.; WITTCHEN, H.; KUNOVAC, J. (1998). Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: Results from the National Comorbidity Study (NCS). Acta Psychiatrica Scandinavica, 98, 6-11.

KENDLER, K.; NEALE, M.; KESSLER, R.; HEATH, A. & EAVES, L. (1992). Generalized anxiety disorder in woman: a population-based twin study. Archives of General Psychiatry, 49, 267-272

KESSLER, R. (2000). The epidemiology of pure and comorbid generalized anxiety disorder: a review and evaluation of recent research. Acta Psychiatrica Scandinavica, 102 (406): 7-13.

KESSLER, R.; BERGLUND, P. & DEMLER, O. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62(6):593-602.

KESSLER, R.C.; MEGONAGLE, K.A.; ZHAO, S.; NELSON, C.B.; HUGHES, M. & ESHLEMAN, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psyehiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 51, 8-19.

LEAHY, R. y HOLLAND, S. (2000). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: Guilford Press.

Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland in 1931. Acta Psychiatrica Scandinavica, 84, 142-149.

MCCONNELL, P.; BEHBINGTON, P.; MCCLELLAND, R.; GILLESPIE, K. & HOUGHTON, S. (2002). Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northem Ireland. Population study in the District of Derry. British Journal of Psychiatry, l81, 214-219.

MEDINA-MORA, M.E.; BORGES, G.; MUÑOZ, C.L.; BENJET, C.; JAIMES, J.B. & BAUTISTA, C.F. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental, 26, 1-16.

MINEKA, S.; WATSON, D. & CLARK, L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. Annual Review of Psychology, 49, 377-412.

NOYES, R. (2001). Comorbidity in Generalized Anxiety Disorder. Psychiatric Clinics of North America, 24 (1), 41-55.

OFFORD, D.; BOYLE, M.; CAMPBELL, D.; GOERING, P.; LIN, E.; WONG, M. & RACINE, Y. (1996). One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15-64 years of age. Canadian Journal of Psychiatry, 41, 559-563.

OFFORD, D.R.; BOYLE, M.H.; CAMPBELL, D.; GOERING, P.; LIN, E.; WONG, M. & RACINE, Y. (1996). One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15-64 years of age. Canadian Journal of Psychiatry, 41, 559-563.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992). La CIE 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS. Madrid.

POSADA-VILLA, J.; AGUILAR-GAXIOLA, S.; MAGAÑA, C. & GOMEZ, L.C. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental. Revista Colombiana de Psiquiatría, 33 (3), 241-262.

PRADOS, J. (2008). Ansiedad generalizada. Síntesis. Madrid.

RAPEE, R.M. (1991). Psychological factors involved in Generalized Anxiety. En R.M. Rapee & D.H. Barlow (Eds.), Chronic anxiety. Generalized anxiety disorder and mixed anxiety - depression (pg. 76-94). New York: The Guilford Press.

ROY, M.; NEALE, M.; PEDERSEN, N.; MATHÉ, A. y KENDLER, K. (1995). A twin study of generalized anxiety disorder and depression. Psychological Medicine, 25, 1037-1040.

SANDERSON, W. & WETZLER, S. (1991). Chronic anxiety and generalized anxiety disorder: Issues in comorbidity. En R. M. Rapee & D. Barlow (Eds.), Chronic anxiety: generalized anxiety disorder and mixed anxiety and depression. New York: Guilford Press.

STEFANSSON, J.G.; LINDAL, E.; BJORNSSON, J.K. & GUOMUNDSDOTTIR, A., (1991).

TORRES DE GALVIS, Y. & MONTOYA, I.D. (1997). Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia, 1997. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud.

VETERE, G. (2004) Datos preliminares de un estudio de prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes con Hipertensión Arterial Esencial. Memorias de las XI Jornadas de Investigación. Psicología Sociedad y Cultura. Tomo II. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Pp. 254-256.

VETERE, G.; PORTELA, A. & RODRÍGUEZ BIGLIERI, R. (2007). Perfil de personalidad de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16 (2), 129-134.

VICENTE, B.; RIOSECO, P.; VALDIVIA, S.; KOHN, R. & TORRES, S. (2002) Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). Revista Médica de Chile, 130, 527-36.

WATSON, D. (2005). Rethinking the Mood and Anxiety Disorders: A Quantitative Hierarchical Model for DSM-V. Journal of Abnormal Psychology, 114 (4) 522-536.

WITTCHEN, H.; ZHAO, S.; KESSLER, R. & EATON, W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of Gen Psychiatry, 51,355-364.

WITTCHEN, H.U.; NELSON, C.B. & LACHNER, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychological Medicine, 28, 109-126.

YONKERS, K.; DICK, I.; WARSHAW, M. & KELLER, M. (2000). Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder. British Journal of Psychiatry. 176, 544-549.