III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

Estudio comparativo sobre estrategias de afrontamiento en pacientes con trastornos de ansiedad y una muestra de controles comunitarios.

Rodríguez Biglieri, Ricardo, Colombo, María Cecilia, Rinaldi, Federico Bruno y Vetere, Giselle.

Cita:

Rodríguez Biglieri, Ricardo, Colombo, María Cecilia, Rinaldi, Federico Bruno y Vetere, Giselle (2011). *Estudio comparativo sobre estrategias de afrontamiento en pacientes con trastornos de ansiedad y una muestra de controles comunitarios. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/242>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/vpD>

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>.

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y UNA MUESTRA DE CONTROLES COMUNITARIOS

Rodríguez Biglieri, Ricardo; Colombo, María Cecilia; Rinaldi, Federico Bruno; Vetere, Giselle
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

El artículo presenta avances de un proyecto de investigación UBACyT sobre conductas de afrontamiento y trastornos de ansiedad (TA). Veinte pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad (TA) según criterios DSM IV-TR fueron comparados con un grupo control conformado por 22 sujetos sin TA en medidas de depresión, ansiedad y mediante un cuestionario de estrategias de afrontamiento. Los resultados mostraron una mayor tendencia de los pacientes con TA a emplear estrategias de Aceptación-Resignación y Evitación Cognitiva en comparación con los del GC. Por otro lado, el grupo con TA también registró una propensión menor a desarrollar acciones conductuales tendientes a la resolución problemas. No se observaron diferencias entre los grupos respecto de estrategias de afrontamiento basadas en el análisis lógico, la reevaluación positiva, la búsqueda de apoyo, gratificaciones alternativas y descarga emocional. Si bien los resultados deben tomarse con cautela debido al tamaño muestral, se analizan y discuten sus implicancias respecto del diseño de nuevos tratamientos para TA. Finalmente, se resalta la necesidad de desarrollar más investigaciones sobre el tema.

Palabras clave

Trastornos de ansiedad Estrategias de afrontamiento Evitación cognitiva Aceptación y resignación

ABSTRACT

COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH ANXIETY DISORDERS: A COMPARATIVE STUDY WITH A COMMUNITY CONTROL SAMPLE

The paper presents progress of an UBACyT research project about coping behaviors and anxiety disorders (AD). Twenty patients diagnosed with Anxiety Disorder (AD) according to DSM IV-TR criteria were compared with a control group (CG) consisting of 22 subjects without AD in measures of depression, anxiety and a questionnaire of coping strategies. Results showed a greater tendency for AD patients to employ strategies of Acceptance-Resignation and Cognitive Avoidance as compared to control group. On the other hand, the AD group also showed a lower propensity to develop behavioral actions tending to solving problems. No differences between groups were found in coping strategies based on logical analysis, positive reappraisal, support seeking,

rewards seeking or emotional release. Then results are analyzed and discussed regarding its implications for new treatment designs for AD, although results should be interpreted with caution due to sample size. Finally, we highlight the need for more research on the topic.

Key words

Anxiety disorders Coping strategies Cognitive avoidance Acceptance resignation

Introducción

Los trastornos de ansiedad (TA) son los cuadros psiquiátricos más comunes (Alonso et al., 2002; Demyttenaere et al., 2004). Según la Organización Mundial de la Salud en la actualidad alrededor de 120 millones de personas en todo el mundo padecen algún trastorno de ansiedad (OMS, 2001) y se calcula que cerca del 25% de la población mundial experimentará alguno de estos cuadros durante su vida (Czernik, Almirón, Cuenca, & Mazzaro, 2005). Estas patologías producen un serio deterioro en la calidad de vida de los pacientes, limitando el funcionamiento laboral, social y académico (Demyttenaere, 2006; Rapaport, Clary, Fayyad, & Endicott, 2005).

Asimismo, se estima que la tasa de comorbilidad entre TA y depresión oscila entre el 50 y el 60% (Hirschfeld, 2001; Zimmerman, McDermt, & Mattia, 2000). La prevalencia de vida estimada de cuadros depresivos para pacientes con TA es de alrededor del 80% (Soares & Gershon, 2003). Los TA aumentan el riesgo de depresión y habitualmente la preceden, sugiriendo que esta última sería secundaria al malestar producido por la ansiedad (OMS, 2004).

En el informe sobre salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2001 se estableció como prioridad la investigación de los aspectos psicológicos y sociales implicados en los trastornos mentales, con la finalidad de aumentar el entendimiento sobre los mismos y desarrollar intervenciones más eficaces.

Varios investigadores se han expresado sobre la necesidad de analizar las modalidades de afrontamiento en grupos de sujetos que se hallan ante estresores específicos (Carver et al., 1993; Folkman & Lazarus, 1985). En las últimas décadas ha habido un creciente interés en el estudio de los procesos de afrontamiento de situacio-

nes traumáticas y estresantes como medio para mejorar los tratamientos de diversos trastornos psiquiátricos (Vollrath, 2003).

Las teorías actuales plantean una perspectiva multidimensional sobre las estrategias de afrontamiento. Se han elaborado clasificaciones de las diferentes estrategias diferenciando diversos estilos según el mismo sea activo o pasivo, de aproximación al problema o de evitación del mismo, y finalmente, según se utilicen mecanismos cognitivos o conductuales para lidiar con el estresor (Endler & Parker, 1990; Mikulic & Crespi, 2008; Moses, 1993).

Según Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento comprende todos los comportamientos y pensamientos destinados a lidiar con las situaciones de estrés y el adecuado manejo de las mismas. Las personas difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad ante los acontecimientos. De allí se desprende que uno de los focos más importantes en dicha área de investigación ha sido la identificación de estrategias que puedan tener un impacto beneficioso en la adaptación y superación del malestar.

Como señalaron Mikulic y Crespi (2008) no existe un consenso respecto de qué tipo de estrategias resultan óptimas frente al estrés; recalando las autoras "la necesidad de incrementar el caudal de conocimientos, a partir de estudios empíricamente rigurosos, acerca de la funcionalidad y la eficacia de los procesos de afrontamiento en el plano de la salud y el bienestar psicológico de los sujetos" (p. 306).

La evidencia sugiere que no existirían estrategias funcionales o disfuncionales *per se*, sino que ello dependería de diversos factores, tales como las características del sujeto, sus recursos, y el ambiente (Endler & Parker, 1990). De esto se desprende que los hallazgos obtenidos sobre muestras generales podrían no ser aplicables a personas con distintos cuadros psicopatológicos (Vollrath, 2003).

Cabe señalar que existen escasas investigaciones respecto de las estrategias de afrontamiento empleadas específicamente por pacientes con TA que hayan abordado tanto sus características como su relación con la sintomatología depresiva, muy frecuente en estos cuadros (Vollrath, 2003). Los resultados son divergentes sobre la utilidad de algunas de dichas estrategias (Davey, Burgess, & Rashes, 1995; Gil & Caspi, 2006; Hino, Takeuchi & Yamanouchi, 2002).

Hoffart y Martinsen (1993), por su parte, no hallaron asociaciones específicas entre las modalidades de afrontamiento y la severidad de la sintomatología depresiva en pacientes con TA. Sin embargo, otros autores encontraron que la búsqueda de apoyo social se relacionaba con un descenso de los síntomas depresivos (Veiel, Kühne, Brill, & Ihle, 1992), y también en los de tipo ansioso (Vollrath, Alnæs, & Torgersen, 1994).

Otros estudios en pacientes con Trastorno de Angustia y Agorafobia hallaron que niveles elevados de búsqueda de apoyo social y bajos niveles de evitación se asociaban a una disminución de los síntomas de ansiedad.

Además, estos pacientes registraban altos índices de conductas de afrontamientos evitativas y culpabilización, y bajos niveles de estrategias orientadas hacia el problema (Ramage-Morin, 2004; Hino, Takeuchi, & Yamanouchi, 2002; Vitaliano et al., 1987).

Vollrath (2003) observó en una muestra de pacientes psiquiátricos que las estrategias activas centradas en la aproximación al problema predecían una disminución de los síntomas en pacientes con TA, pero no parecían tener efectos sobre los síntomas depresivos; mientras que en un estudio similar dicha estrategia no se asoció significativamente con los síntomas ansiosos ni los depresivos (Hoffart & Martinsen, 1993).

También se ha registrado una tendencia de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo a emplear estrategias de afrontamiento de tipo evitativas como intentos de control de pensamiento, autocastigo, distracción y preocupación (Rodríguez Biglieri, 2008; Vetere, Portella & Rodríguez Biglieri, 2007). Por otro lado se observó la disminución de dichas estrategias tras la administración de un tratamiento metacognitivo (Rodríguez Biglieri, 2007). Asimismo, respecto del Trastorno de Ansiedad Generalizada, algunos hallazgos concordantes han establecido que la preocupación suele utilizarse como una estrategia de afrontamiento de tipo evitativo (Borkovec, Alcaine & Behar, 2004; Vetere & Rodríguez Biglieri, 2005).

Dado el gran problema de salud pública que constituyen los TA, y teniendo en cuenta la necesidad de mejorar los tratamientos disponibles, es de suma utilidad investigar las estrategias de afrontamiento presentes en este grupo. Dicho conocimiento podría, eventualmente, utilizarse para diseñar intervenciones que estimulen afrontamientos adaptativos a la vez que disminuyan los abiertamente disfuncionales.

Metodología

Muestra

La muestra estuvo conformada por dos grupos independientes, seleccionados intencionalmente. El primero de ellos, denominado grupo ansioso (GA), fue integrado por 20 pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad (TA) según criterios DSM IV-TR (APA, 2002), los cuales no presentaban TA debido a enfermedad médica o consumo de sustancia, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, bipolaridad o retraso mental.

La edad media de este grupo fue de 33,42 años (DT = 9,88) y lo integraban 11 mujeres y nueve hombres. La mayoría (60%) era soltero y había alcanzado niveles de estudio de tipo terciario y/o universitario.

El grupo restante estuvo compuesto por 22 sujetos sin TA, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, bipolaridad o retraso mental, conformando la condición de grupo control (GC). De ellos 12 eran mujeres y 10 hombres, la edad media del grupo fue de 34,05 años (DT = 9,12) y la mayoría (n = 14) era soltero y había alcanzado estudios terciarios y/o universitarios (n=15).

La muestra clínica se obtuvo de los servicios de Psico-

patología y Salud mental del Hospital Dr. Cosme Argerich y consultantes de distintas instituciones privadas dedicadas a la atención en salud mental.

Materiales:

1. Cuestionario Sociodemográfico (CSD). Instrumento para caracterizar las muestras en función de aspectos sociodemográficos básicos tales como edad, género, estado civil y nivel de instrucción y ocupación.
2. Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI; Bobes García, Portilla, Bascarán Fernández, Sáiz Martínez & Bousoño García, 2004). Entrevista diagnóstica estructurada que explora de manera estandarizada cada uno de los criterios necesarios para el establecimiento de los diagnósticos principales contemplados tanto en el DSM IV. Incluye módulos de evaluación de trastornos del estado del ánimo, ansiedad, abuso de sustancias y sintomatología psicótica.
3. Inventario de Depresión de Beck, versión II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 2006). Escala de 21 ítems que evalúa la severidad de los síntomas afectivos, cognitivos, motivacionales, vegetativos y psicomotores de la depresión. La prueba ha sido validada en nuestro medio mostrando adecuadas propiedades psicométricas. Los índices de consistencia interna, así como las pruebas de validez externa, arrojaron valores muy satisfactorios.
4. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spieberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jabobs, 1994). El instrumento evalúa el constructo ansiedad en sus formas estado y rasgo, por medio de dos subescalas independientes de 20 ítems cada una. El STAI ha sido adaptado y validado en nuestro medio, contándose con baremos locales (Leibovich de Figueroa, 1991).
5. Inventario de Respuestas de Afrontamiento para adultos (CRI-A; Moos, 1993). Instrumento de 48 ítems diseñado para evaluar las estrategias de afrontamiento empleadas por un sujeto. Se evalúan ocho tipos diferentes de respuestas, agrupadas en relación al foco de afrontamiento (aproximación vs. evitación) y al método empleado (cognitivo vs. conductual). Se utilizará la versión adaptada y validada en nuestro medio por la Dra. Mikulic (1998).

Procedimiento

En primer lugar todos los sujetos fueron informados sobre las características de la investigación, obteniéndose el consentimiento informado de aquellos que desearon participar.

A cada uno de los entrevistados se les aseguró el carácter confidencial de la información brindada y se les aseguró que el uso de los datos con fines exclusivamente científicos. Asimismo, se les comunicó su derecho a retirar su colaboración en cualquier momento de la evaluación, sin que ello viera afectado en modo alguno su evaluación y/o tratamiento por parte de los establecimientos o profesionales derivadores.

Finalmente, se procedió a administrar todos los cuestionarios y escalas. En función de los resultados de la SCID-I se procedió a dividir la muestra en base a los cri-

terios de inclusión y exclusión de cada grupo.

Resultados

En primer lugar se procedió a comparar los grupos respecto de sus variables sociodemográficas para evaluar la existencia de posibles diferencias. No se hallaron diferencias significativas respecto de las variables sexo, nivel de instrucción, estado civil, grado de escolarización o edad.

Posteriormente se calcularon los estadísticos descriptivos en todas las variables dependientes para los dos grupos examinados. Más tarde se procedió a testear los supuestos de homocedasticidad y normalidad de la muestra por medio de la prueba *z* de Kolmogorov-Smirnov y el test de Levene para igualdad de variancias. Los resultados de las mismas permitieron asumir que se cumplían los supuestos antes mencionados, por lo que se decidió al empleo de estadística paramétrica para efectuar los cálculos posteriores.

El GA registró puntuaciones medias más elevadas que el GC tanto en el BDI ($x_{GA}=25.4$, $DE=5.2$; $x_{GC}=5.1$, $DE=4.2$), el STAI-E ($x_{GA}=53.8$, $DE=7.3$; $x_{GC}=31$; $DE=5.7$), como en el STAI-R ($x_{GA}=59.8$, $DE=9.9$; $x_{GC}=38$; $DE=8.6$). Dichas diferencias fueron todas significativas a nivel estadístico (BDI $t=5.915$, $gl=22$, $p<.001$; STAI-E $t=5.307$, $gl=22$, $p<.001$; STAI-R $t=6.426$, $gl=22$, $p<.001$).

En relación a las estrategias de afrontamiento evaluadas no se registraron diferencias estadísticamente significativas en las variables descarga emocional, búsqueda de gratificaciones alternativas, análisis lógico, búsqueda de orientación y apoyo y revalorización positiva.

Por otro lado, sí se observaron diferencias significativas respecto de las conductas de Resolución de Problemas (RP $t=-3.261$; $gl=40$; $p=.005$), en donde los sujetos del GC obtuvieron puntuaciones superiores al GA ($x_{GC}=14$, $DE=2.8$; $x_{GA}=10.5$, $DE=2.4$).

Por su parte, la media del grupo GA en la variable Evitación Cognitiva (EC) fue de 12,3 ($DE=2,7$) y de 10,9 ($DE=3.1$) en la variable Aceptación-Resignación (A-R), mientras que para el grupo GC las medias en dichas variables fueron de 7.5 ($DE=3.2$) y 7.1 ($DE=2.6$), respectivamente. Como se observa, en ambos casos los pacientes del GA tendieron a registrar puntuaciones más elevadas que el GC, diferencias que fueron significativas a nivel estadístico (EC $t=3.473$, $gl=40$, $p=.002$; AR $t=2.888$, $gl=40$, $p=.009$).

Discusión

En primer lugar vale la pena resaltar el carácter preliminar de los resultados aquí expuestos. El tamaño reducido de la muestra limita considerablemente el poder de generalización de los resultados, hecho que debe tenerse en cuenta a la hora de ponderar la siguiente discusión.

Los resultados obtenidos en las puntuaciones en el BDI y el STAI tanto en su forma estado como rasgo son congruentes dado que es esperable que la sintomatología depresiva y ansiosa sea mayor en el grupo clínico. No

obstante, el aumento del tamaño de la muestra permitirá en estudios posteriores realizar pruebas para examinar la relación entre las estrategias de afrontamiento evaluadas y la severidad de la sintomatología mencionada.

En relación a los resultados observados sobre las estrategias de afrontamiento es importante remarcar la tendencia de los pacientes ansiosos a emplear la Evitación Cognitiva como método de evitación del problema. Este resultado es convergente con los planteos provenientes de los modelos de terapia cognitiva más modernos, como los postulados de la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Desde este enfoque muchos trastornos psicológicos, entre ellos los de ansiedad, podrían caracterizarse como patologías causadas por la evitación experiencial. Esta última consistiría en intentos por evitar ciertas experiencias internas consideradas indeseables (pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones corporales), empleando métodos para alterar la forma y la frecuencia en que ocurren estos fenómenos y el contexto que los ocasiona. Según esta teoría dicha estrategia produciría el mantenimiento y exacerbación de la sintomatología que se pretendía evitar. Asimismo, también desde la corriente de terapia cognitiva clásicas, la evitación cognitiva se relaciona con un aumento paradójico en la frecuencia de las cogniciones que desean controlarse (Wegner & Zanakos, 1994).

Si bien el tamaño muestral no nos permitió examinar la relación entre la EC y la severidad de la sintomatología, el cual es un objetivo posterior de nuestra investigación, puede notarse la convergencia de los resultados con las predicciones de ambos modelos de TCC, los que postulan una mayor tendencia de este tipo de afrontamiento en formas psicopatológicas en comparación con sujetos sin trastornos mentales.

Por otro lado, si bien el hecho de que los pacientes del GA presentaran una tendencia mayor a emplear el método de A-R parece un resultado opuesto a los modelos de la TAC, este punto debe analizarse en detalle. La TAC postula que la aceptación es un proceso que se relacionaría con una menor tendencia a la psicopatología. No obstante, cabe aclarar que el constructo evaluado por la CRI-A difiere notablemente del proceso de aceptación tal como lo conceptualiza la TAC. En este último caso se entiende por aceptación al proceso por el cual se acepta radicalmente el sufrimiento inherente a nuestras experiencias internas, cesando todo intento por controlarlas o modificarlas mediante estrategias de evitación, a la vez que se promueven acciones encaminadas hacia metas vitales (Luoma, Hayes & Walser, 2007). Las estrategias de A-R evaluadas por la CRI-A, por el contrario, se vinculan más con la resignación, es decir, con la percepción de la imposibilidad de cambiar ningún aspecto de la situación problema, con la consiguiente tendencia a la inacción. Tal vez por este último punto uno de los resultados registrados en la presente investigación fue el hecho de que los pacientes del GA manifestaran una tendencia menor a los del GC a emplear estrategias de resolución de problemas. Vale decir, es

congruente que si una situación se evalúa como inmodificable no se implementen mecanismos conductuales tendientes a modificarla.

Desde una perspectiva cognitiva conductual, estos resultados podrían interpretarse a la luz de la teoría sobre los factores de incremento de la ansiedad (Salkovskis, 1985). Dicha teoría postula que la percepción de una baja capacidad de afrontamiento se relaciona con el aumento en los niveles de ansiedad y dispararían conductas de tipo evitativo.

En otro sentido, el hecho de que los pacientes del GA no difirieran del GC en cuanto a la tendencia a emplear estrategias de reevaluación positiva y de análisis lógico señalan interrogantes respecto de la utilidad de añadir en dichas estrategias en los protocolos de tratamientos como grupo de habilidades a potenciar. Al respecto, es posible que la mayor fuente de malestar no se relacione tanto con una incapacidad o merma de los pacientes ansiosos respecto de estas habilidades, sino más bien con el aumento de la EC y la disminución de las estrategias de resolución de problemas.

Si bien estos resultados son preliminares, los mismos brindan sustento a muchos de los modelos cognitivos de tratamiento de los trastornos de ansiedad. No obstante, abren un interrogante sobre la utilidad u obligatoriedad de incluir en los tratamientos técnicas de reestructuración cognitiva.

Como señalan otros autores, es posible que el futuro de los nuevos tratamientos cognitivos de la ansiedad se vinculen más con la incorporación de técnicas de aceptación experiencial y activación conductual como medio para optimizar los resultados (Hofmann, Sawyer & Fang, 2010). Como puede observarse, se necesita más investigación en el área con la finalidad de arribar a conocimientos que permitan mejorar los tratamientos para los TA.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Anyermeyer, M., Bernert, S., Brugha, T., Taub, N., McColgen, Z., De Girolamo, G., Polidori, G., Mazzi, F., De Graaf, R., Vollebergh, W., Bowman, MA, Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, MJ, Palacin, C., Autonell, J., Katz, SJ, Kessler, RC, Kovess, V., Lépine, JP, Arbabzede-Bouchez, S., Ormel, J., Bruffaerts, R. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHE-DEA 2000) Project: Rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11, 55-67.
- American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado (4a ed). Madrid: Masson.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006). Inventario de depresión de Beck: BDI-II (2ª Ed.). Bs. As.: Paidós.
- Bobes García, J., Portilla, M. P., Bascarán Fernández, M., Sáiz Martínez, P. & Bousoño García, M. (2004). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (3va ed.). Barcelona: Ars Médica.
- Borkovec, T, Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. En R. Heimberg; C. Turk y D. Mennin. (eds). *Generalized Anxiety Disorder. Advances*

- in research and practice (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., & Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Czernik, G., Almirón, L., Cuenca, E., & Mazzaro, B. (2005). Ansiedad y depresión en un barrio céntrico de la ciudad de Reconquista, Santa Fe. *Alcmeón, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 12 (2), 150-164.
- Davey, G. C. L., Burgess, I., Rashes, R. (1995). Coping strategies and phobias: the relationship between fears, phobias, and methods of coping with stressors. *British Journal of Clinical Psychology*, 34(3), 423-434.
- Demyttenaere, K. (2006). Quality of life in depression and anxiety: does it matter? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10 (1), 27-30.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.-P., Angermeyer, MC, Bernert, S., de Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, EG, Fayyad, JA, Karam, AN, Mneimneh, ZN, Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., de Graaf, R., Ormel, J., Gureje, O., Shen, Y., Huang, Y., Zhang, M., Alonso, J., Haro, JM, Vilagut, G., Bromet, EJ, Gluzman, S., Webb, C., Kessler, RC, Merikangas, KR, Anthony, JC, Von Korff, MR, Wang, PS, Brugha, TS, Aguilar-Gaxiola, S., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, BE, Zaslavsky, AM, Chatterji, S., Ustun, TB (2004). Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2581-2590.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Gil, S. & Caspi, Y. (2006). Personality traits, coping style, and perceived threat as predictors of posttraumatic stress disorder after exposure to a terrorist attack: a prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 68 (6), 904-909.
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Hino, T., Takeuchi, T., & Yamanouchi, N. (2002). A 1-year follow-up study of coping in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (4), 279-84.
- Hirschfeld, R. M. (2001). The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 3 (6), 244-254.
- Hoffart, A., & Martinsen, F.W. (1993). Coping strategies in major depressed, agoraphobic and comorbid in-patients: A longitudinal study. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 143-155.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T. & Fang, A. (2010). The empirical status of the "new wave" of cognitive behavioral therapy. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3),701-710.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y Procesos Cognitivos*. México: Ediciones Roca
- Leibovich de Figueroa, N. (1991). Ansiedad: Algunas concepciones teóricas y su evaluación. En Casullo, M. M., Leibovich de Figueroa, N. & Aszkenazi, M. *Teoría y técnicas de evaluación psicológica*. Bs. As: Psicoteca Editorial.
- Luoma, J., Hayes, S. & Walser, R. (2007). *Learning Act: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Mikulic, I. M. & Crespi, M. C. (2008). Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, XV, 305-312.
- Mikulic, I.M. (1998). *Ecoevaluación psicológica del ex-delincuente en su ambiente natural*. Universidad de Belgrano, Tesis Doctoral no Publicada.
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory*. Florida, EE.UU: Psychological Assessment Resources.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001 salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Autor.
- Ramage-Morin, P. (2004). *Panic disorder and coping*. *Health Reports*, 15, 33-63
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Deterioro de la calidad de vida en los trastornos depresivos y de ansiedad. *American Journal of Psychiatry*, 8, 504-511
- Rodríguez Biglieri, R. (2008). Perfil Cognitivo de pacientes con Trastorno obsesivo Compulsivo: Resultados preliminares. *Anuario de Investigaciones*, XV, Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología. UBA. Vol. XV, Tomo 1, 43-50.
- Rodríguez Biglieri, R. (2007). Tratamiento metacognitivo en un paciente con rumiaciones obsesivas: un diseño de caso único. *Perspectivas en Psicología*, 4, (1). 73-81.
- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 571-583.
- Soares, J. C. & Gershon, S. (2003). *Handbook of medical psychiatry*. New York: Marcel Dekker.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., (1994). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI (4ª ed)*. Madrid: TEA.
- Veiel HOF, Kuhner C, Brill G, & Ihle W. (1992). Psychosocial correlates of clinical depression after psychiatric in-patient treatment: Methodological issues and baseline differences between recovered and non-recovered patients. *Psychological Medicine* 22(2):415-427.
- Vetere, G. & Rodríguez Biglieri, R. (2005). Validación empírica de modelos teóricos y tratamientos cognitivo-conductuales para trastorno de ansiedad generalizada. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 61, 170-175.
- Vitaliano, P.P., Katon, W., & Russo, J. (1987). Coping as an index of illness behaviour in panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 (2), 78-84.
- Vollrath, M. (2003). Differential Effects of Coping in Mental Disorders: A Prospective Study in Psychiatric Outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (10), 1077-1088.
- Vollrath, M., Alnæs, R., & Torgersen, S. (1994). Coping and MCMI-II symptom scales. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 727-736.
- Wegner, D. & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Zimmerman, M., McDermut, W., & Mattia, J.I. (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1337-1340.