

Arturo Bados

# Trastorno de ansiedad generalizada

Guía para el terapeuta



# TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

GUÍA PARA EL TERAPEUTA

# PROYECTO EDITORIAL TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Coordinador: Vicente Caballo



**NO fotocopies el libro**

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

# TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

GUÍA PARA EL TERAPEUTA

Arturo Bados



Consulte nuestra página web: **[www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)**  
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© Arturo Bados

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.  
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid  
Teléfono: 91 593 20 98  
<http://www.sintesis.com>

ISBN 978-84-907765-2-0

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

# Índice

## [Prólogo](#)

### Parte 1

#### Conceptualización, características y etiología

#### [1. Introducción y definición](#)

##### [1.1. Antecedentes del trastorno de ansiedad generalizada](#)

##### [1.2. Definición del trastorno de ansiedad generalizada](#)

#### [2. Sistemas diagnósticos: DSM-5 y CIE-10](#)

##### [2.1. Criterios diagnósticos del DSM-5](#)

##### [2.2. Criterios diagnósticos de la CIE-10](#)

##### [2.3. Diagnóstico diferencial](#)

#### [3. Características clínicas del trastorno](#)

##### [3.1. La preocupación](#)

##### [3.2. La ansiedad, reacciones somáticas y otros síntomas](#)

##### [3.3. Las creencias sobre las preocupaciones](#)

##### [3.3.1. Las creencias de que preocuparse es útil](#)

##### [3.3.2. Las creencias de que las preocupaciones son incontrolables y peligrosas](#)

3.4. Control del pensamiento y conductas motoras de evitación y de búsqueda de seguridad

4. Otros aspectos descriptivos del trastorno

4.1. Edad de comienzo y curso

4.2. Epidemiología

4.3. Comorbilidad

5. Etiología y mantenimiento

5.1. Modelo de aprensión ansiosa

5.2. Modelo de evitación acerca de la preocupación

5.3. Modelo de intolerancia a la incertidumbre

5.4. Modelo metacognitivo

5.5. Modelo de desregulación emocional

5.6. Modelo de evitación experiencial

5.7. Un modelo integrador

Parte II

Evaluación y tratamiento

6. Evaluación

6.1. Entrevista

6.2. Cuestionarios

[6.2.1. Cuestionarios de tipo diagnóstico](#)

[6.2.2. Cuestionarios de ansiedad](#)

[6.2.3. Cuestionarios de preocupaciones](#)

[6.2.4. Cuestionarios sobre factores que se piensa que contribuyen a mantener el TAG](#)

[6.2.5. Cuestionarios de interferencia y calidad de vida](#)

[6.3. Autorregistros](#)

[6.4. Significación clínico-social](#)

## [7. Tratamiento](#)

[7.1. Programas de tratamiento psicológico para el TAG en adultos](#)

[7.1.1. Terapia cognitivo-conductual de Borkovec](#)

[7.1.2. Terapia cognitivo-conductual de Barlow](#)

[7.1.3. Terapia cognitivo-conductual de Dugas](#)

[7.1.4. Terapia metacognitiva de Wells](#)

[7.2. Eficacia y utilidad clínica del tratamiento psicológico con adultos](#)

[7.2.1. Eficacia del tratamiento psicológico](#)

[7.2.2. Significación clínica de los resultados](#)

[7.2.3. Variables predictoras de los resultados](#)

[7.2.4. Utilidad clínica del tratamiento](#)

### 7.3. Tratamiento psicológico con niños y adolescentes

#### 7.3.1. Eficacia y significación clínica del tratamiento psicológico

#### 7.3.2. Variables predictoras de los resultados

#### 7.3.3. Utilidad clínica del tratamiento

### 7.4. Tratamiento farmacológico

#### 7.4.1. Eficacia del tratamiento farmacológico

#### 7.4.2. Tratamiento farmacológico versus psicológico y terapias alternativas

### 7.5. Protocolo modular para el tratamiento del TAG

## Parte III

### Protocolo de intervención y caso clínico

#### c~ Conceptualización compartida

##### 8.1. Acuerdo sobre el modelo explicativo del problema

##### 8.2. Acuerdo sobre objetivos y presentación del tratamiento

##### 8.3. Facilitar el cumplimiento del tratamiento

#### 9 Entrenamiento en relajación aplicada

##### 9.1. Primera semana

##### 9.2. Segunda semana

##### 9.3. Tercera semana

9.4. Cuarta semana

9.5. Quinta semana

9.6. Sexta semana

9.7. Séptima semana

9.8. Semanas posteriores (aplicación y mantenimiento)

## 10. Cuestionamiento de las creencias de incontrolabilidad

10.1. Primera sesión

10.1.1. Cuestionamiento verbal

10.1.2. Conciencia plena objetiva

10.1.3. Experimento de posponer la preocupación

10.2. Segunda sesión

10.2.1. Cuestionamiento verbal adicional

10.2.2. Experimentos sobre la pérdida de control

10.3. Siguietes sesiones

## 11. Exposición conductual

11.1. Comprender la relación entre intolerancia a la incertidumbre, preocupación y ansiedad

11.2. Reconocer las manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre y distinguir sus efectos

11.3. Aprender gradualmente a tolerar la incertidumbre

## 12. Cuestionamiento de las creencias de peligrosidad

### 12.1. Técnicas de reestructuración verbal

#### 12.1.1. Acentuar la disonancia

#### 12.1.2. Cuestionar las pruebas

#### 12.1.3. Buscar pruebas en contra

#### 12.1.4. Cuestionar el mecanismo

#### 12.1.5. Proporcionar información

### 12.2. Experimentos conductuales

#### 12.2.1. Miniencuestas

#### 12.2.2. Experimentos de volverse loco o de dañar el cuerpo a través de la preocupación

#### 12.2.3. Evaluar los efectos de la preocupación en el cuerpo

## 13. Cuestionamiento de la utilidad de la preocupación

### 13.1. Identificación de las creencias sobre la utilidad de preocuparse

### 13.2. Cuestionamiento de las creencias sobre la utilidad de preocuparse

#### 13.2.1. Representación de abogado-fiscal y método socrático

#### 13.2.2. Experimentos conductuales

### 13.3. Acciones adicionales

## 14. Entrenamiento en resolución de problemas

14.1. Actitud hacia los problemas

14.2. Habilidades de solución de problemas

14.2.1. Definición y formulación del problema y establecimiento de metas

14.2.2. Generación de soluciones alternativas

14.2.3. Toma de decisión y elaboración de un plan de acción

14.2.4. Aplicación de la solución y comprobación de su utilidad

15. Exposición en la imaginación a los peores miedos

15.1. Justificación de la técnica

15.2. Identificación de los miedos nucleares

15.3. Preparación de la escena

15.4. Realización de la exposición en la imaginación

15.5. Alternativa a la exposición en la imaginación descrita

16. Mantenimiento de logros y prevención de recaídas

17. Caso clínico

17.1. Datos identificativos de la paciente

17.2. Proceso de evaluación

17.3. Análisis del problema

17.4. Historia del problema

[17.5. Diagnóstico y análisis funcional](#)

[17.6. Objetivos terapéuticos](#)

[17.7. Tratamiento](#)

[17.8. Resultados](#)

[17.9. Discusión](#)

## Parte IV

### Conclusiones y futuras tendencias

[18. Conclusiones y posibles tendencias futuras](#)

[18.1. Conclusiones](#)

[18.2. Posibles tendencias futuras](#)

[18.2.1. Terapia integradora de Newman](#)

[18.2.2. Terapia de regulación de las emociones](#)

[18.2.3. Terapia conductual basada en la aceptación](#)

[18.2.4. Nota final](#)

[Lecturas recomendadas](#)

[Bibliografía y apéndices](#)

# Prólogo

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un problema que interfiere marcadamente en la vida de las personas y supone un uso elevado de los recursos sanitarios y una carga económica notable para la sociedad. En esta obra se ofrece información que permite comprender, evaluar y tratar dicho trastorno. En concreto, se abordan los siguientes contenidos:

- 1.La definición del TAG.
- 2.Los criterios del DSM-5 y de la CIE-10 para diagnosticar el TAG.
- 3.Los aspectos cognitivos, emocionales, somáticos y conductuales del TAG.
- 4.Otras características del trastorno, tales como edad de comienzo, curso, epidemiología y comorbilidad.
- 5.Las principales teorías sobre la etiología y mantenimiento del TAG, así como un modelo integrador.
- 6.La evaluación del TAG y los métodos e instrumentos disponibles para ello.
- 7.Los tratamientos psicológicos eficaces para el TAG en adultos, su nivel de eficacia y utilidad clínica, el tratamiento en niños y adolescentes, el tratamiento farmacológico del TAG y la presentación de un protocolo modular para el tratamiento del TAG basado en las intervenciones psicológicas que se han mostrado eficaces.
- 8.La exposición detallada del protocolo anterior. Los módulos que se han de aplicar se eligen en función de la formulación de cada caso y cada uno es descrito en un capítulo diferente.

9. Presentación de un caso clínico.

10. Conclusiones y nuevas perspectivas de intervención para intentar mejorar los resultados logrados hasta el momento en el tratamiento del TAG.

11. Lecturas recomendadas y comentadas.

Finalmente, en la página web de la editorial ([www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)) se pueden consultar o descargar la bibliografía y el material complementario de la obra. Este material consiste en tres grabaciones mp3 para la relajación aplicada y cinco apéndices con el siguiente contenido:

A.1. Entrenamiento en relajación aplicada: manual para el cliente.

A.2. Instrucciones para las grabaciones de relajación aplicada.

A.3. Creencias erróneas sobre las consecuencias de la ansiedad intensa o los ataques de pánico.

A.4. Evaluación y tratamiento del perfeccionismo disfuncional.

A.5. Organización del tiempo.

# Parte I

# **Conceptualización, características y etiología**

1

# Introducción y definición

En este capítulo se presentará en primer lugar una breve historia del surgimiento y evolución del TAG. Posteriormente, se ofrecerá una descripción concisa y sencilla del trastorno.

## 1.1. Antecedentes del trastorno de ansiedad generalizada

El TAG fue introducido por primera vez en 1980 en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, por sus iniciales en inglés) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés). Su predecesor, el DSM-II, solo hablaba de neurosis de ansiedad, la cual fue separada en el DSM-III en dos categorías:

- a) Trastorno de pánico: caracterizado por episodios espontáneos de intensa ansiedad.
- b) TAG: considerado como un trastorno de ansiedad residual que solo era diagnosticado cuando no se cumplían los criterios de ningún otro trastorno del Eje 1 y en el cual se enfatizaban sus componentes somáticos.

Más concretamente, el TAG venía definido por la presencia de ansiedad generalizada y persistente (al menos 1 mes) manifestada por la presencia de al menos tres de cuatro categorías de síntomas: tensión motora (p. ej., temblores), hiperactividad autónoma (p. ej., taquicardia), expectativa aprensiva (p. ej., miedo, preocupación) y vigilancia y exploración (p. ej., irritabilidad).

Los estudios realizados a partir de la publicación del DSM-III llevaron a

la introducción de una serie de cambios importantes en el DSM-III-R de 1987:

1. Se pasó a considerar como característica principal del TAG la presencia de ansiedad y preocupación excesivas o no realistas acerca de dos o más áreas y que no estuvieran centradas en lo que era propio de otros trastornos del Eje I.
2. La duración de la ansiedad y preocupación se elevó a 6 o más meses para distinguir el TAG de reacciones transitorias a eventos vitales negativos.
3. La lista de síntomas asociados fue ampliada y se requirió la presencia de al menos 6 de 18 síntomas agrupados en tres categorías de tensión motora, hiperactividad autónoma y vigilancia y exploración.
4. El TAG dejó de ser considerado como una categoría residual, aunque no podía ser diagnosticado si ocurría solo durante un trastorno del estado de ánimo o un trastorno psicótico.

En 1994, el DSM-IV introdujo también cambios notables. Para empezar, la ansiedad y preocupación debían ser excesivas, pero desapareció el término de "no realistas". Además, se añadió el criterio de que a la persona debía resultarle difícil controlar sus preocupaciones, ya que es esta dimensión de controlabilidad, y no el contenido de las preocupaciones, la que diferencia a las personas con TAG de las personas sanas o con otros trastornos mentales.

Asimismo, los 18 síntomas asociados fueron reducidos a 6 (de los que debían cumplirse al menos 3) que se pensó que eran más fiables y coherentes: inquietud o nerviosismo, cansarse o fatigarse con facilidad, dificultades de concentración o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador). Estos síntomas procedían de las categorías de tensión motora y vigilancia, y exploración de las versiones anteriores del DSM. En cambio, los nueve ítems de la categoría de

hiperactividad autónoma fueron eliminados, ya que diversos estudios constataron que aunque estos síntomas estaban presentes con alguna frecuencia en pacientes con TAG, no eran tan frecuentes como los de las otras dos categorías y no discriminaban tan bien entre pacientes con TAG y pacientes con otros trastornos de ansiedad. Finalmente, el trastorno por ansiedad excesiva en la infancia fue subsumido dentro del TAG.

La revisión del DSM-IV en el año 2000 (DSM-IV-TR) no afectó a los criterios del TAG. Estos se han mantenido también idénticos en lo esencial en la quinta edición del DSM (DSM-5), como se explicará en el capítulo 2.

Desde la perspectiva de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cosas han sido un poco diferentes. En la CIE-9, publicada en 1977, se hablaba de estados de ansiedad, definidos por diversas combinaciones de manifestaciones físicas y mentales de ansiedad no atribuibles a un peligro real y que podían ocurrir en forma de ataques o como un estado persistente. Se consideraba que la ansiedad era difusa, aunque podía llegar al pánico.

En 1978, e independientemente de la OMS, se desarrolló en Estados Unidos la Modificación Clínica de la CIE-9, en la cual se codificó el TAG dentro de los estados de ansiedad. No fue hasta la CIE-10, publicada en 1992 (descripciones clínicas y guías diagnósticas) y 1993 (criterios diagnósticos de investigación) y vigente aún en la actualidad, que la OMS diferenció claramente entre el TAG y el trastorno de pánico. En esta versión de la CIE, el TAG es definido por la presencia de:

- a) Ansiedad, tensión y preocupación prominentes y persistentes.
- b) Determinados síntomas, la gran mayoría de los cuales son de tipo motor o autónomo.

De este modo, la conceptualización del TAG en la CIE-10 está más próxima al DSM-III-R que al DSM-IV o al DSM-5.

En resumen, la conceptualización del TAG ha ido evolucionado a lo largo de los años, lo que ha implicado cambios realmente notables en sus características definitorias. Al mismo tiempo, sigue habiendo diferencias remarcables entre los dos principales sistemas de clasificación diagnóstica en la forma de definir el TAG.

## 1.2. Definición del trastorno de ansiedad generalizada

La presentación breve de un ejemplo de TAG ayudará a comprender mejor la naturaleza de este trastorno.

Carla era una chica de 30 años que vino a consulta por un estado elevado de ansiedad y preocupaciones que se agravó hace tres años como consecuencia de un cambio de ciudad y de trabajo. Decía angustiarse por un sinnúmero de situaciones y consideraba que era una persona que se preocupaba con facilidad, mucho más que el resto de las personas. Las áreas que le preocupaban más eran el trabajo (no poder desempeñarlo adecuadamente, quedarse sin trabajo), la economía (no tener dinero suficiente para sobrevivir), los amigos (no quedar bien con ellos, parecer tonta), la pareja (quedarse sola) y la salud (poder tener problemas físicos o desarrollar una enfermedad). Para Carla, sus preocupaciones eran excesivas (p. ej., era bien valorada en el trabajo y por sus amigos y ganaba un sueldo suficiente), le ocupaban una buena parte del tiempo todos los días y le resultaban bastante difíciles de controlar. Para combatirlas, utilizaba estrategias como buscar tranquilización por parte de otros, aplazar decisiones, no expresar sus opiniones y, ocasionalmente, beber alcohol. No creía que sus preocupaciones tuvieran ninguna utilidad, pero sí que podían llegar a implicar una serie de consecuencias negativas tales como dejar de funcionar, enfermar y volverse loca.

Como consecuencia de sus preocupaciones y ansiedad, Carla padecía tensión muscular, fatiga y dificultad para concentrarse en un grado bastante alto y, en mayor medida aún, inquietud, irritabilidad y

dificultades para mantener el sueño. Además, tenía dolores de cabeza y, en los momentos de mayor tensión, taquicardia y dificultades para respirar. Todos estos síntomas interferían claramente en su vida. Así, posponía actividades laborales, había bajado su rendimiento laboral, había reducido sus contactos sociales y, a partir de una cierta época, establecía relaciones rápidas de pareja que no le eran emocionalmente satisfactorias y no terminaban de funcionar. Además, presentaba un estado de ánimo deprimido (Bados, 2012, pp. 267-268. Reproducido con permiso de Editorial Dykinson).

Tal como muestra el caso anterior, dos de los componentes nucleares del TAG son la ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y difíciles de controlar sobre una serie de áreas o temas, tales como la salud, la familia, los amigos, el trabajo, la escuela, la economía y otras cuestiones de la vida cotidiana. Lo usual es que haya más de dos áreas de preocupación y que estas puedan ir cambiando. Que la preocupación y la ansiedad se consideren excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real de aquello que se teme. En cuanto a la persistencia, es muy frecuente que la preocupación y la ansiedad excesivas aparezcan varios días a la semana e incluso todos los días, y que pueden durar varias horas de media. Además, las personas afectadas perciben que les es muy difícil controlar sus preocupaciones y su ansiedad.

En consecuencia con lo que se acaba de decir, las preocupaciones en el TAG son diferentes de las preocupaciones que cualquier persona tiene en su vida diaria. Estas últimas no son excesivas o desproporcionadas, son mucho menos frecuentes, duraderas e intensas, son más fáciles de controlar, tienen que ver con un menor número de temas o situaciones, generan mucho menos malestar emocional y síntomas físicos, y no producen deterioro en áreas importantes del funcionamiento de la persona.

Por otra parte, no hay que confundir tampoco preocupaciones con obsesiones. Estas últimas no son simplemente preocupaciones excesivas sobre problemas cotidianos o de la vida real, sino cogniciones

experimentadas como intrusas e inaceptables (egodistónicas) que adoptan frecuentemente la forma de impulsos e imágenes añadidos a los pensamientos y que pueden tener un contenido extraño, irracional o de naturaleza aparentemente mágica. En cambio, las preocupaciones suelen experimentarse como pensamientos verbales, son egosintónicas y su contenido no suele ser visto como inapropiado. Por otra parte, la mayoría de las obsesiones van acompañadas de compulsiones dirigidas a reducir la ansiedad asociada con aquellas. Finalmente, el contenido de las obsesiones tiende a ser estático, mientras que el de las preocupaciones es más cambiante y puede variar de una semana a otra e incluso de un día a otro.

Las preocupaciones también deben ser distinguidas de las rumiaciones depresivas. Las preocupaciones tienden a centrarse en posibles eventos negativos en el futuro, mientras que las rumiaciones se focalizan en eventos negativos que ya han sucedido. Aunque una preocupación puede referirse a un acontecimiento pasado, el centro de atención principal radica en las posibles repercusiones futuras. Así, la persona que se preocupa por algo que dijo en una reunión está realmente preocupada por las consecuencias que podría tener lo que dijo.

En el capítulo siguiente se presentarán en primer lugar los criterios diagnósticos que se han establecido para definir el TAG según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) y la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10; Organización mundial de la salud, 1992, 1993). Después, se abordará el diagnóstico diferencial del TAG respecto a otros trastornos con los que podría ser confundido.

## 2



# **Sistemas diagnósticos: DSM-5 y CIE-10**

En este capítulo se consideran los criterios utilizados actualmente para definir la presencia de TAG según los dos principales sistemas diagnósticos: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento contemplada dentro de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud. Finalmente, se aborda también la cuestión del diagnóstico diferencial.

## **2.1. Criterios diagnósticos del DSM-5**

Como ya se explicó en el primer capítulo, los criterios diagnósticos del TAG han sufrido diversos cambios a través de las sucesivas ediciones del DSM. Sin embargo, a partir del DSM-III-R, dos de los criterios fundamentales han sido la ansiedad, las preocupaciones excesivas y persistentes y la dificultad para controlar la preocupación. En su quinta edición, el DSM (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) establece los criterios presentados en el cuadro 2.1.

Cuadro 2.1. Criterios diagnósticos resumidos para el trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-5 \*

---

### Criterio A

Debe haber una ansiedad y preocupación excesivas –esto es, desproporcionadas para las circunstancias actuales o anticipadas– y persistentes (presentes más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) sobre diversas áreas o circunstancias de la vida.

### Criterio B

A la persona le resulta difícil controlar la preocupación y que esta no interfiera con las tareas que hace.

### Criterio C

La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres o más de los siguientes síntomas (basta con uno en niños): inquietud o tener los nervios de punta, cansarse con facilidad, dificultades de concentración o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño. Algunos de estos síntomas deben haber sido persistentes (presentes más de la mitad de los días durante los últimos 6 meses).

### Criterio D

La ansiedad, la preocupación o los síntomas anteriores producen un malestar significativo o un deterioro del funcionamiento de la persona en áreas importantes.

### Criterio E

El trastorno no es debido a los efectos directos de una droga, fármaco o enfermedad.

### Criterio F

El trastorno no se explica mejor por la ocurrencia de otro trastorno mental. Este sería el caso, por ejemplo, si la ansiedad y la preocupación estuvieran focalizadas en ser negativamente evaluado por otros, lo cual correspondería a un diagnóstico de fobia social.

---

\*Resumen elaborado a partir de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Conviene tener en cuenta que puede ser difícil para los niños reconocer en qué medida sus preocupaciones son incontrolables; el informe de los padres parece, pues, especialmente importante. Asimismo, los niños y los padres

informan con poca frecuencia de tensión muscular.

Las diferencias entre el DSM-5 y el DSM-IV-TR son mínimas. Los criterios A, B, C y D del DSM-5 corresponden exactamente a los criterios A, B, C y E del DSM-IV-TR. El criterio F del DSM-5 corresponde al D del DSM-IV-TR, aunque con ligeros cambios de redacción ("El trastorno no se explica mejor por la ocurrencia de otro trastorno mental" frente a "El foco de la ansiedad y preocupación no se limita a lo que es propio de otros trastornos") y más ejemplos sobre los trastornos que no deben poder explicar el TAG. El criterio E de la última versión coincide con la primera parte del criterio F de la anterior, pero elimina el criterio de exclusión de que el TAG no puede ocurrir exclusivamente durante un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo. Sin embargo, al hablar del diagnóstico diferencial, el DSM-5 afirma que el TAG no debe ser diagnosticado si la preocupación excesiva ha ocurrido únicamente durante el curso de un trastorno depresivo, un trastorno bipolar o un trastorno psicótico. Finalmente, cuando hay ataques de pánico, el DSM-5 requiere que se ponga el siguiente especificador: TAG con ataques de pánico.

Algunos de los criterios del DSM-IV-TR, mantenidos en el DSM-5, han sido puestos en duda. En concreto, se ha cuestionado:

1. La utilidad del criterio de duración de 6 meses. Varios estudios epidemiológicos no han hallado diferencias significativas en disfunción y comorbilidad entre las personas con TAG de 6 o más meses de duración y personas con TAG de 1-5 meses de duración.
2. El requerimiento de que las preocupaciones sean excesivas, ya que aunque la gravedad del problema es menor en las personas con TAG cuyas preocupaciones no son excesivas, estas personas presentan sin embargo más deterioro, cronicidad, comorbilidad y búsqueda de tratamiento que las personas sin TAG.
3. La validez de la relación jerárquica del DSM-IV-TR entre el trastorno depresivo mayor y el TAG. Los pacientes que presentan TAG

únicamente durante el curso de su depresión no se diferencian de los pacientes con TAG y depresión comórbida en características clínicas y psicosociales o en su historia familiar de trastornos psiquiátricos; y ambos grupos están más perturbados que los que presentan depresión mayor sin TAG.

- 4.El mantenimiento de los seis síntomas asociados, ya que muchos de ellos se dan también en el trastorno depresivo mayor. La inquietud o nerviosismo y la tensión muscular parecen ser los síntomas específicos del TAG.
- 5.La primacía dada a la preocupación patológica en detrimento de las reacciones somáticas y autónomas. Se ha propuesto considerar diversos subtipos del TAG: con predominio de preocupación, con predominio somático y combinado.
- 6.La consideración del TAG como un trastorno categorial, cuando los datos sugieren que es realmente un trastorno continuo o dimensional.

## 2.2. Criterios diagnósticos de la CIE-10

Dentro de la CIE-10 pueden distinguirse las descripciones clínicas y guías diagnósticas, por una parte, y los criterios diagnósticos de investigación, por otra. Estos últimos fueron pensados para su uso en investigación y proporcionan criterios específicos para los diagnósticos considerados en las descripciones clínicas mencionadas. A diferencia del DSM5, la CIE-10 no requiere que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar y se centra más en los síntomas somáticos de ansiedad.

Según las descripciones clínicas y guías diagnósticas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992), para poder diagnosticar TAG debe haber una ansiedad generalizada y persistente, pero que no esté restringida o predomine fuertemente en ninguna situación o circunstancia en particular. Los síntomas predominantes son variables, pero incluyen quejas de nerviosismo, temblores, tensiones musculares, sudoración, mareo,

palpitaciones y malestar epigástrico, todos ellos persistentes. Son frecuentes los temores de que uno mismo o un familiar se pondrá enfermo en poco tiempo o tendrá un accidente, junto con una variedad de otras preocupaciones. Los síntomas de ansiedad deben estar presentes durante la mayor parte de los días durante varias semanas seguidas, generalmente durante varios meses. Estos síntomas incluyen generalmente:

1. Aprensión: preocupaciones sobre desgracias futuras, nervios de punta, dificultad para concentrarse, etc.
2. Tensión motora: inquietud, cefaleas tensionales, temblores, incapacidad para relajarse.
3. Hiperactividad autónoma: mareo, sudoración, taquicardia o taquipnea, malestar epigástrico, boca seca, etc.

En los niños hay una necesidad frecuente de tranquilización y las quejas somáticas recurrentes son prominentes. Finalmente, para poder diagnosticar TAG según las descripciones clínicas y guías diagnósticas, no deben cumplirse los criterios de trastorno depresivo, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno por pánico o trastorno obsesivo-compulsivo.

Considerando ahora los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 (OMS, 1993) para el TAG en adultos, debe haber, durante al menos 6 meses, tensión, preocupación o sentimientos de aprensión prominentes acerca de problemas y acontecimientos cotidianos. Además, se exige la presencia de 4 síntomas de 22, entre los cuales se incluyen 5 de los 6 síntomas que contiene el DSM-5. Los 22 síntomas se dividen en:

1. Síntomas autónomos (4): palpitaciones o taquicardia; sudoración; temblor o sacudidas; sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación). Al menos uno de los síntomas exigidos para el diagnóstico debe ser de este grupo.
2. Relacionados con pecho y abdomen (4): dificultad para respirar;

sensación de ahogo; dolor o malestar en el pecho; náuseas o malestar abdominal (p. ej.; estómago revuelto).

- 3.Relacionados con el estado mental (4): mareo, inestabilidad o desvanecimiento; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento; miedo a morir.
- 4.Síntomas generales (2): sofocos o escalofríos; entumecimiento o sensaciones de hormigueo.
- 5.Síntomas de tensión (4): tensión muscular, dolores o molestias musculares; inquietud o incapacidad para relajarse; tener los nervios de punta o tensión mental; sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.
- 6.Otros síntomas no específicos (4): respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltarse; dificultad para concentrarse o "mente en blanco" debido a la preocupación o la ansiedad; irritabilidad persistente; dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

Como últimos requisitos, el trastorno no debe cumplir los criterios del trastorno de pánico, trastornos de ansiedad fóbica, trastorno obsesivocompulsivo o trastorno hipocondríaco. Tampoco debe ser mantenido por un trastorno físico (p. ej., hipertiroidismo), un trastorno mental orgánico o un trastorno relacionado con sustancias psicoactivas (p. ej., consumo excesivo de anfetaminas o discontinuación de benzodiazepinas).

Mientras que en el DSM-5, los criterios para el TAG son los mismos para todas las edades, los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 para el TAG son diferentes en el caso de los niños. Por ejemplo, aquí sí que se exige que la ansiedad o la preocupación sean excesivas, aunque la duración mínima se reduce a un mes, y que interfieran significativamente en la vida del niño. Tampoco se exigen 4 de 22 síntomas, sino 3 de 7, que incluyen preocupaciones excesivas sobre distintas áreas, ansiedad libremente flotante,

búsqueda frecuente y persistente de tranquilización, y diversos síntomas somáticos.

Actualmente, se está desarrollando la CIE-11, la cual está previsto que se publique en el año 2017. Por el momento existe una versión beta de las descripciones clínicas y guías diagnósticas que puede consultarse en <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f712535455>. Los criterios diagnósticos de esta versión se acercan a los del DSM-5, pero poniendo más énfasis en las respuestas somáticas. Así, el TAG se caracteriza por:

- 1.Una preocupación, aprensión o ansiedad excesivas y centradas en múltiples eventos de la vida diaria relacionados frecuentemente con la familia, la salud, la economía y el trabajo o los estudios.
- 2.La ansiedad o la preocupación ocurren la mayoría de los días durante 6 meses o más.
- 3.La ansiedad o la preocupación son acompañadas por inquietud, fatigabilidad, dificultades para concentrarse, insomnio, irritabilidad, síntomas gastrointestinales, tensión muscular, temblores, sudoración, mareo, palpitaciones y sensación de desmayo.
- 4.Los síntomas provocan un malestar significativo o interfieren significativamente en áreas importantes del funcionamiento.

El grado de concordancia entre el DSM-IV-TR o DSM-5, por una parte, y la CIE-10, por otra, es solo moderado. En dos estudios con adultos, menos del 50% de las personas diagnosticadas por un sistema fueron también diagnosticadas por el otro. Ambos sistemas parecen estar diagnosticando diferentes tipos de personas. La CIE-10 parece representar una forma más leve del TAG al no exigir que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar y que haya interferencia en la vida.

Finalmente, conviene destacar que el DSM y los criterios diagnósticos de

investigación de la CIE han sido desarrollados para su utilización por especialistas y no para entornos de atención primaria, a los cuales acude un gran número de pacientes con problemas psicológicos, incluido el TAG. Estos pacientes presentan frecuentemente trastornos sublímite que coocurren con otros trastornos o presentan formas mixtas. Esto no es adecuadamente recogido en el DSM y la CIE. Además, estos sistemas han sido desarrollados en países occidentales y, a pesar de ciertos avances, no consideran adecuadamente las diferencias culturales. Asimismo, tampoco contemplan convenientemente otros aspectos como la gravedad de los síntomas, la cronicidad del trastorno y, en el caso de la CIE, el deterioro funcional.

### 2.3. Diagnóstico diferencial

A la hora de establecer un diagnóstico, el TAG debe ser distinguido de otros trastornos con los que podría confundirse: trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión mayor, distimia y trastorno de ansiedad por la enfermedad, entre otros. De todos modos, el TAG puede coexistir con ellos y una persona presentar varios diagnósticos, ya sea en un momento dado (comorbilidad concurrente) o en distintos momentos de su vida (comorbilidad longitudinal o vital).

A continuación se abordará el diagnóstico diferencial del TAG respecto a otros trastornos con los que podría ser confundido.

1. Trastorno de ansiedad social. En este trastorno las preocupaciones se centran en situaciones sociales y el miedo subyacente es ser evaluado negativamente por los demás. En cambio, en el TAG las preocupaciones abarcan diversas áreas, que pueden incluir el área social, y los miedos no se limitan a ser evaluado negativamente.
2. Trastorno de ansiedad debido a una condición médica. A diferencia del TAG, los datos indican que la ansiedad y las preocupaciones son las consecuencias directas de una condición médica (p. ej., hipertiroidismo). Sin embargo, no se diagnostica este trastorno, cuando el TAG precede a la condición médica y la exacerba. Una edad tardía

de inicio, la presencia de síntomas atípicos y la ausencia de una historia personal o familiar de trastornos de ansiedad hacen sospechar la posible presencia de un trastorno de ansiedad debido a una condición médica.

3. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicaciones. A diferencia del TAG, la ansiedad y las preocupaciones pueden ser explicadas por el consumo de una sustancia o medicación o por la abstinencia de las mismas. Esto implica que los síntomas se desarrollaron durante o poco después (no antes) del consumo o abstinencia, que la sustancia o medicación es capaz de producir los síntomas y que estos no persisten después de 1 mes de haber cesado el consumo o abstinencia.
4. Trastorno de ansiedad por la enfermedad. La persona está preocupada por tener o contraer una enfermedad, mientras que en el TAG las personas se preocupan por múltiples temas, uno de los cuales puede ser la salud.
5. Trastorno obsesivo-compulsivo. Se caracteriza por obsesiones, las cuales no son simplemente preocupaciones excesivas sobre problemas cotidianos o de la vida real, sino cogniciones experimentadas como intrusas e inaceptables (egodistónicas) que adoptan frecuentemente la forma de impulsos e imágenes añadidos a los pensamientos. En cambio, las preocupaciones suelen experimentarse como pensamientos verbales, son egosintónicas y su contenido no suele ser visto como inapropiado.
6. Trastorno por estrés postraumático. Se diagnostica este trastorno en vez de TAG cuando la ansiedad y las preocupaciones pueden ser explicadas por la exposición a uno o más eventos traumáticos y están centradas en los mismos. En el TAG, la ansiedad y las preocupaciones no están asociadas con un evento traumático específico.
7. Trastorno adaptativo. Se trata de una categoría residual que solo es

diagnosticada cuando no se cumplen los criterios para ningún otro trastorno, incluido el TAG. Además, en el trastorno adaptativo los síntomas aparecen dentro de los 3 primeros meses tras la ocurrencia de un evento estresante claramente identificado y no persisten más de 6 meses tras la terminación del mismo o de sus consecuencias.

8. Trastornos depresivos. Aunque en estos puede haber preocupaciones centradas en posibles eventos negativos en el futuro, el contenido cognitivo básico es la rumiación focalizada en eventos negativos del pasado. Además, no suele haber tensión muscular asociada.

# 3

# Características clínicas del trastorno

Se considerarán los siguientes componentes principales dentro del TAG: a) preocupaciones, b) ansiedad, reacciones somáticas y otros síntomas, c) creencias sobre la utilidad de las preocupaciones, d) creencias de que las preocupaciones son incontrolables y peligrosas, y e) empleo de estrategias defensivas dirigidas a prevenir la amenaza y reducir la ansiedad. Dentro de estas últimas se distinguirán los intentos de control del pensamiento y las conductas motoras de evitación y de búsqueda de seguridad.

## 3.1. La preocupación

La preocupación es una cadena de pensamientos sobre un peligro o desgracia futuros donde hay incertidumbre sobre los resultados (la amenaza futura es vista como impredecible, incontrolable o ambas cosas) y un sentimiento acompañante de ansiedad (Dugas y Robichaud, 2007). El ciclo de la preocupación suele comenzar con un pensamiento del tipo: "¿Y si... (sucede algo negativo)?", el cual es seguido por una cadena de pensamientos sobre posibles consecuencias negativas. Así, el pensamiento "%y si tengo un cáncer?" puede ir seguido por la siguiente cadena de preocupación: % me lo descubrirán?, ¿tendrá tratamiento?, ¿sobreviviré?, ¿qué pasará con mi mujer y mis hijos?, ¿serán capaces de salir adelante?, ¿podrá mi mujer hacerse cargo de la economía familiar?, ¿qué pasa si no tienen dinero suficiente?, ¿tendrán que depender de la ayuda pública?, ¿terminarán siendo unos desgraciados?". Cuando la preocupación es disfuncional, la cadena de pensamientos es difícil de controlar.

A continuación se presentan algunos ejemplos de preocupaciones en pacientes con TAG:

- a) Una madre se preocupaba por si la comida que preparaba a su bebé estaba muy caliente y podía quemarle, por si no lo oía llorar por la noche y este se ahogase, y por si pasaba por alto algún signo o síntoma de enfermedad y el bebé pudiera enfermar gravemente o morir.
- b) Un periodista estaba preocupado por si a la gente que entrevistaba lo consideraba inepto, por si su jefe rechazaba sus artículos, por si los lectores desaprobaban lo que escribía, por si sus compañeros podían estar juzgando todo lo que hacía y por si podía cometer un error grave que condujera a su despido.
- c) Un psicólogo clínico en formación se preocupaba por si trataba inadecuadamente a sus pacientes, por si recibía una llamada telefónica para informar de que un paciente había recaído o se había intentado suicidar y por si su supervisor desaprobaba lo que hacía.
- d) Una estudiante estaba preocupada porque creía que no rendía lo suficiente, que no estaba a la altura de sus compañeros, que no tenía tiempo suficiente para prepararse, que no lograría superar los exámenes y que tendría que abandonar la carrera.
- e) Un paciente se preocupaba por comentarios que había hecho a los amigos, por lo que estos pudieran pensar de su forma de vestir, por no tener opiniones tan fundadas como ellos y por si podían dejarle de lado.
- f) Otro paciente estaba preocupado por la posibilidad de que él o alguien de su familia cayera gravemente enfermo y por la posibilidad de quedarse sin trabajo y de que su pareja le abandonara.

Craske y Barlow (2006) mencionan diversos temas comunes de preocupación y posibles preocupaciones asociadas a los mismos:

1. Salud. Preocupaciones por posibles problemas de salud de uno mismo o de otros, imágenes de enfermedad, preocupaciones por la incapacidad

de afrontar la propia enfermedad o la de otros.

- 2.Familia/amigos. Preocupaciones por ser un buen progenitor o amigo, por la felicidad, bienestar o seguridad de la familia o amigos y por si uno está diciendo o haciendo lo correcto respecto a ellos. En comparación con las preocupaciones físicas o económicas, las preocupaciones sociales parecen tener más peso a la hora de predecir la tendencia general a preocuparse.
- 3.Trabajo/estudios. Preocupaciones por terminar todas las tareas de un día o semana, por si uno está funcionando al nivel que se espera y por si comete errores.
- 4.Economía. Preocupaciones por pagar las facturas o tener dinero suficiente para el futuro.
- 5.Vida cotidiana. Preocupaciones por ser puntual, por presentar una buena apariencia, por el tráfico o por las tareas domésticas.

Según el DSM-5, los niños y adolescentes con TAG tienden a preocuparse excesivamente por su competencia o la calidad de su actuación en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando no son evaluados por otros. Otros temas de preocupación son la puntualidad y los acontecimientos catastróficos como los terremotos y la guerra nuclear. Los niños con TAG pueden mostrarse conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos debido a una insatisfacción excesiva con un desempeño que no es perfecto. Buscan en demasía la aprobación y requieren ser tranquilizados en exceso respecto a su desempeño y otras preocupaciones. Sin embargo, estas características aparecen también en la vida adulta.

En general, se piensa que no hay diferencias en el contenido de las preocupaciones de las personas "normales" y de las personas con TAG, aunque se ha señalado que las últimas se preocupan por una mayor variedad de situaciones y se preocupan más por cuestiones menores. Por otra parte, está claro que en el personas con TAG las preocupaciones son más

frecuentes, duraderas, intensas y difíciles de controlar. Estas preocupaciones excesivas van asociadas a una hipervigilancia hacia los estímulos amenazantes y a una sensación de incontrolabilidad de los mismos.

En comparación con personas "normales", las personas con TAG se pasan más tiempo preocupados diariamente (1 hora vs. 5 o, más exactamente,  $55 \pm 63$  vs.  $310 \pm 195$  minutos en el estudio de Dupuy et al. [2001]), informan de más preocupaciones no precipitadas por algo y tienen preocupaciones menos realistas, percepciones de menor controlabilidad y más áreas de preocupación. Por otra parte, la observación clínica revela que el foco de las preocupaciones de los pacientes con TAG cambia repetidamente, aunque hay una gran variabilidad individual en la velocidad con que se producen estos cambios.

En comparación con las personas que se preocupan excesivamente, pero sin tener diagnóstico de TAG, los pacientes con TAG (aquellos que buscan tratamiento) puntúan más alto en rasgo de ansiedad y en depresión, se preocupan por una mayor variedad de temas, tienen más creencias negativas sobre preocuparse (en el sentido de que es incontrolable y peligroso) y una mayor necesidad de controlar los pensamientos, presentan más pensamientos negativos intrusos antes y después de un periodo inducido de preocupación (lo que sugiere una menor capacidad actual, y no solo percibida, para controlar la preocupación) y dichos pensamientos intrusos son más negativos según evaluadores independientes. Sin embargo, no difieren en las creencias sobre que preocuparse sea útil (Hirsch et al., 2013). Asimismo, al comparar los dos grupos, los pacientes con TAG informan de una mayor interferencia de sus síntomas en diversas áreas de su vida y creen que funcionan peor en las áreas laboral/académica, social, sexual, salud física y bienestar general (Gentes y Ruscio, 2014).

En el estudio de Hirsch et al. (2013), las dos variables que diferenciaron a las personas con TAG (fueran pacientes o personas que no buscaban tratamiento) y las personas que se preocupan en exceso fueron un rasgo elevado de ansiedad y una mayor frecuencia de pensamientos intrusos, que fueron también más negativos. Estas dos variables podrían contribuir a

explicar la transición entre preocuparse excesivamente y el TAG. Por otra parte, las diferencias adicionales mencionadas en el párrafo anterior entre los pacientes con TAG y las personas que se preocupan en exceso podrían ser atribuidas no tanto al diagnóstico de TAG, sino al hecho de buscar tratamiento.

Entre las personas con TAG, aquellos que buscan tratamiento se diferencian de los que no lo hacen en tener un mayor rasgo de ansiedad, un menor control atencional percibido (menor capacidad percibida para pasar por alto y controlar los pensamientos no deseados) y una mayor necesidad de controlar los pensamientos. Estos factores pueden aumentar la sensación de ser incapaz de afrontar las preocupaciones excesivas y facilitar así la búsqueda de tratamiento. No parece haber diferencias entre los grupos citados en depresión, tendencia a preocuparse, número de áreas de preocupación, frecuencia de pensamientos intrusos negativos y creencias positivas y negativas sobre preocuparse, ni tampoco en la posibilidad de acceder al tratamiento (Hirsch et al., 2013).

Dugas y Ladouceur (1997) distinguieron tres tipos de preocupaciones en el TAG referidas a lo siguiente:

- a) Problemas inmediatos anclados en la realidad y modificables; por ejemplo, conflictos interpersonales, reparaciones, puntualidad, forma de vestirse para una ocasión.
- b) Problemas inmediatos anclados en la realidad e inmodificables; como por ejemplo, enfermedad crónica de un ser querido, economía del país, pobreza y violencia en el mundo, situaciones injustas no controlables.
- c) Acontecimientos muy improbables no basados en la realidad y, por tanto, inmodificables; como son la posibilidad de arruinarse o de caer gravemente enfermo en ausencia de dificultades económicas o de salud.

Posteriormente, Dugas y Robichaud (2007) contemplaron solo dos tipos

de preocupaciones y remarcaron que cada tipo, como se verá en el capítulo 7, requiere una intervención diferente. Los dos tipos son:

- 1.Preocupaciones que atañen a problemas actuales: el problema ya existe. Por ejemplo, preocuparse por las consecuencias de haber discutido con un amigo, por la sobrecarga laboral que se padece, por lo que costará hacer una reparación, por el retraso escolar de un hijo.
- 2.Preocupaciones que tienen que ver con situaciones hipotéticas: el problema no existe todavía y en muchos casos no existirá. Por ejemplo, preocuparse porque el marido pueda tener un accidente de coche, por poder desarrollar cáncer o por perder el puesto de trabajo sin que haya nada que lo indique.

No todas las preocupaciones pueden clasificarse claramente en una de las dos categorías. Por ejemplo, una preocupación puede implicar tanto un problema actual (p. ej., dolor crónico) como una situación hipotética (dolor como un signo de que se puede tener cáncer).

Se ha dicho que preocuparse puede tener una función adaptativa al ayudar a prepararse para situaciones problemáticas y resolverlas. Pero también puede convertirse en algo excesivo o desadaptativo. Craske, Bar low y O'Leary (1992) han enumerado cinco preguntas útiles para decidir si preocuparse es desadaptativo:

- 1.¿Se preocupa por cosas sobre las que, según usted mismo reconoce, la mayoría de la gente no se preocupa (p. ej., pequeñas cosas sobre el manejo de la casa, qué tostadora comprar o qué libro leer)?
- 2.¿Encuentra muy difícil dejar de preocuparse y, en consecuencia, no puede relajarse?
- 3.¿Su preocupación raramente le permite lograr una posible solución para un problema particular?
- 4.¿Cree que si no se preocupa sucederá realmente algo terrible?

## 5.¿Se preocupa por no preocuparse o cuando las cosas le van bien?

Ahora bien, mientras algunos han distinguido entre preocupaciones adaptativas y desadaptativas, otros prefieren diferenciar entre resolución activa de problemas y preocupación. Esta última está fuertemente asociada con la ansiedad, con la anticipación exagerada de eventos negativos futuros y con la ausencia de intentos activos de resolución de problemas o de afrontamiento de los eventos negativos predichos. Sin embargo, ambos procesos pueden entrecruzarse, de modo que el primero puede llevar a un episodio de preocupación y el segundo puede verse aliviado por un giro hacia la solución eficaz de problemas (Barlow, 2002).

Las personas con TAG se preocupan por cosas que es improbable que sucedan o que si ocurren son mucho más manejables y menos dramáticas de lo que ellas piensan. Los pacientes con TAG presentan preocupaciones relativamente constantes y, por lo general, únicamente suelen ser capaces de dejar de lado un tema de preocupación ante la aparición de un nuevo tema de preocupación. Estas personas anticipan eventos negativos, fracasos y equivocaciones y tienden a dar vueltas y vueltas a las cosas que les preocupan, pero sin ser capaces de alcanzar soluciones y ponerlas en práctica. Como dijo Deffenbacher (1997, p. 242), es "como si estuvieran petrificados en las primeras etapas de una solución de problemas".

Como se explicará en el capítulo 5, las preocupaciones están muy relacionadas con la intolerancia a la incertidumbre.

### 3.2. La ansiedad, reacciones somáticas y otros síntomas

La ansiedad es la respuesta emocional (sentimiento de inquietud/malestar o reacciones somáticas de tensión) que acompaña a la anticipación aprensiva de un peligro o desgracia futuros, ya sean internos o externos.

A pesar de que la náusea, la diarrea y otras molestias abdominales son frecuentemente informadas por algunos pacientes, las reacciones autónomas no parecen ser tan frecuentes en el TAG como en otros trastornos de

ansiedad; en cambio, los clientes con TAG informan de más activación del sistema nervioso central (Brown, O'Leary y Barlow, 2001). La tensión muscular es la reacción somática más característica del TAG, mientras que hay un déficit del tono parasimpático en estados de descanso y relajación, por lo que el principal correlato fisiológico del TAG parece ser la inflexibilidad o la falta de variabilidad autónoma (cardiovascular y electrodermal) (Hazlett-Stevens, Pruitt y Collins, 2009). Este sustrato fisiológico tiene sentido si se piensa que los estímulos temidos en el TAG tienen menos que ver con una amenaza presente que requiere lucha o huida y más con pensamientos sobre una amenaza futura sin sitio donde correr y nada con qué luchar. Es como la respuesta animal de quedarse totalmente inmóvil cuando no se dispone de una conducta de lucha o huida; esta inmovilidad implica aumento de la tensión muscular (Sibrava y Borkoverc, 2006).

De todos modos, la activación fisiológica es mayor en el TAG que en grupos control. El rasgo de preocupación está asociado con una mayor actividad del sistema nervioso simpático (p. ej., actividad cardiovascular aumentada) y con una menor actividad del sistema nervioso parasimpático (p. ej., menor variabilidad del ritmo cardíaco). Igualmente, la preocupación experimentalmente inducida produce los mismos efectos en dichos sistemas en comparación con periodos de línea base y relajación. Además, en sociedades no occidentales las presentaciones somáticas de la ansiedad generalizada son más prominentes que las psicológicas y son frecuentes reacciones como palpitaciones, dificultades para respirar, sudoración, malestar abdominal, diarrea, sensación de mareo, dolor o malestar en el pecho y náuseas. Asimismo, las reacciones somáticas son especialmente notables en niños y personas mayores.

Finalmente, la ansiedad y las preocupaciones están asociadas con síntomas tales como fatigabilidad, irritabilidad, inquietud o gran nerviosismo, perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador), dificultades de concentración, quedarse en blanco y deterioro de la ejecución de tareas, especialmente de tareas cognitivas complejas.

### 3.3. Las creencias sobre las preocupaciones

Pueden distinguirse dos tipos básicos de creencias en el TAG, las cuales entran en conflicto a la hora de regular las preocupaciones. Por un lado, muchos pacientes tienen creencias positivas sobre las preocupaciones y creen que preocuparse les es útil para resolver problemas o evitar lo que temen. Por otro lado, y en conflicto con las creencias anteriores, también se dan las creencias negativas sobre las preocupaciones, esto es las creencias de que las preocupaciones son incontrolables y peligrosas.

#### 3.3.1. Las creencias de que preocuparse es útil

Muchos pacientes con TAG creen que sus preocupaciones son útiles y estas creencias contribuyen al mantenimiento de las preocupaciones. Así mismo, tienden a sobrestimar la utilidad de sus preocupaciones, informan básicamente de siete tipos de creencias. Estas creencias son informadas más frecuentemente por pacientes con TAG que por personas sin TAG, aunque no todos los pacientes las presentan y, además, parecen ser propias de diversos trastornos de ansiedad más que específicas del TAG:

1. Preocuparse ayuda a descubrir medios de evitar lo que se teme. Sin embargo, más que descubrir estos medios, lo que se teme no ocurre debido a que es muy improbable.
2. Preocuparse es un medio eficaz de resolver problemas. Sin embargo, la preocupación, más que un medio eficaz para generar soluciones eficaces, entorpece el proceso de solución de problemas.
3. Preocuparse motiva a llevar a cabo lo que hay que hacer. La realización de la acción refuerza el papel de la preocupación como una estrategia motivacional; a su vez, lo que se ha realizado queda reforzado negativamente por la desaparición del malestar emocional asociado al estado de preocupación. Sin embargo, hay métodos motivacionales más adecuados.

4. Preocuparse prepara para lo peor, protege de las emociones negativas. Esto es, preocuparse por un evento negativo ayuda a prepararse para su ocurrencia; de este modo, se mitiga la reacción emocional ante el acontecimiento negativo dado que ocurra. Sin embargo, el precio que se paga es sufrir largos periodos de malestar, entre otras consecuencias negativas.
5. Preocuparse puede por sí mismo evitar la ocurrencia de consecuencias negativas o hace menos probable que ocurran. Este es un pensamiento mágico que es reforzado por una coincidencia supersticiosa entre preocuparse y la ausencia de resultados negativos.
6. Preocuparse ayuda a no pensar en otras cosas más perturbadoras emocionalmente. Por ejemplo, eventos traumáticos pasados (experiencias de enfermedad, daño, muerte, agresión física o sexual), experiencias negativas de la infancia (p. ej., rechazo por parte de los padres) o problemas en las relaciones interpersonales actuales. Esta creencia se vería reforzada negativamente por la evitación de temas emocionales más profundos.
7. Preocuparse es un rasgo positivo de personalidad. Preocuparse indica que la persona es responsable, bondadosa y bien intencionada. Esto puede ser reforzado cuando otros mencionan que se poseen estas cualidades.

### 3.3.2. Las creencias de que las preocupaciones son incontrolables y peligrosas

Las creencias negativas sobre las preocupaciones incluyen dos tipos:

1. La creencia de que preocuparse es incontrolable: "si no controlo mis preocupaciones, terminarán por controlarme", "cuando comienzo a preocuparme, no puedo parar".
2. La creencia de que preocuparse es peligroso. Entre los posibles peligros

están perder la salud mental, volverse loco, dejar de ser normal, dejar de funcionar bien, enfermar y perder cosas en la vida.

Las creencias negativas sobre la incontrolabilidad están siempre presentes, mientras que las creencias negativas sobre que las preocupaciones son peligrosas suelen ser habituales.

Estas creencias negativas estimulan lo que Wells (1997) ha denominado preocupaciones Tipo 2 o preocupaciones sobre el hecho de preocuparse (metapreocupaciones). Ejemplos serían:

1. "No puedo hacer nada para dejar de preocuparme."
2. "Las preocupaciones se apoderan de mí."
3. "Esta preocupación solo terminará por sí misma."
4. "Me estoy volviendo loco con preocuparme."
5. "No voy a poder seguir funcionando."
6. "Me voy a poner enfermo."
7. "Pasará algo terrible si no manejo estas preocupaciones."

### 3.4. Control del pensamiento y conductas motoras de evitación y de búsqueda de seguridad

Son estrategias dirigidas a prevenir la amenaza y a reducir la incertidumbre y la ansiedad. Pueden ser de tipo cognitivo o conductual. Entre las primeras están la supresión de los pensamientos inquietantes, su sustitución por otros agradables o neutrales, la distracción y la sustitución de imágenes amenazantes por pensamientos verbales.

Las segundas consisten en no hacer (evitación pasiva) o hacer (evitación activa) ciertas actividades motoras con el fin de prevenir o minimizar los

supuestos peligros anticipados, la incertidumbre y la ansiedad.

1. Ejemplos de conductas de evitación serían negarse a leer esquelas o noticias desagradables en el periódico o a hablar sobre ellas, rehuir conversaciones incómodas, posponer actividades, no aceptar invitaciones a reuniones sociales, no querer ver ciertos programas de televisión, no delegar trabajos, posponer decisiones, no aceptar una promoción en el trabajo, etc.
2. Ejemplos de conductas de búsqueda de seguridad (o defensivas) serían llamar frecuentemente a los seres queridos para comprobar que están bien, llamar a los hospitales cuando un hijo que viaja en moto se retrasa, llegar con antelación a las citas, consultar frecuentemente al médico por síntomas propios o de familiares cuya importancia se magnifica, pedir tranquilización a los amigos sobre estos síntomas, tomar medicación tranquilizante, limpiar la casa diariamente por si alguien viene inesperadamente de visita, asegurarse con exceso de que un trabajo está bien hecho (repasándolo o preguntando a otros varias veces), etc.

Como se verá en el capítulo 5, todas estas conductas de evitación y de búsqueda de seguridad contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza.

# 4

# Otros aspectos descriptivos del trastorno

En este capítulo se abordarán otros aspectos del TAG, tales como la edad de comienzo y curso, la epidemiología y la comorbilidad junto con otros trastornos.

## 4.1. Edad de comienzo y curso

La mayoría de los pacientes con TAG dicen haber sido ansiosos o nerviosos toda la vida; de hecho, algunos autores han considerado al TAG como un trastorno de personalidad ansiosa, aunque otros consideran que la personalidad ansiosa (p. ej., neuroticismo) es un factor de vulnerabilidad para el TAG que es necesario, pero no suficiente. La mitad de los pacientes con TAG informan de que su trastorno comenzó en la infancia o adolescencia, aunque un inicio después de los 20 años no es raro. En muestras clínicas la edad media ha ido de 21 a 25 años. En cambio, en el estudio epidemiológico de Kessler, Berglund et al. (2005), la edad mediana fue 31 años. Cuanto más temprano es el inicio del TAG, mayor tiende a ser el deterioro asociado y es más probable presentar comorbilidad con otros trastornos.

Con niños y adolescentes, la edad media de comienzo ha oscilado entre los 11 y los 13,5 años. Es plausible que las preocupaciones excesivas aparezcan ya en la infancia o adolescencia, pero que en muchos casos no alcancen la categoría de trastorno hasta el comienzo de la vida adulta, coincidiendo con acontecimientos vitales tales como la acumulación de responsabilidades, el nacimiento de niños, las dificultades laborales o los problemas de salud.

El curso del trastorno es crónico, aunque con fluctuaciones dependientes de la presencia o ausencia de periodos de estrés. La remisión total del trastorno es baja. En una investigación con pacientes graves con TAG de larga duración (M = 20 años) la probabilidad de remisión total al cabo de 1, 2, 5 y 8 años fue solo del 15%, 25%, 38% y 49%, respectivamente, a pesar de haber recibido farmacoterapia y algún tipo de tratamiento psicológico (psicodinámico, conductual, cognitivo-conductual). De los pacientes remitidos, el 27% y el 40% recayeron dentro de un periodo de 3 y 8 años, respectivamente (Yonkers et al., 1996, 2003). Las remisiones fueron menos probables en pacientes que tenían malas relaciones familiares o maritales, trastornos de personalidad del grupo B o C o peor satisfacción global con su vida.

Los datos anteriores coinciden con los de otros estudios. Así, en un seguimiento a los 12 años, el TAG había reaparecido en el 45% de los pacientes recuperados (Bruce et al., 2005). En otro estudio con personas que buscaron tratamiento y con seguimiento a los 7 años, el porcentaje de pacientes remitidos fue más alto (83,5%), pero el 41% de los pacientes recuperados había recaído (Ansell et al., 2011). Y en un trabajo con seguimiento a 2 años el 19,7% de los pacientes en los que había remitido el TAG volvieron a presentar TAG (lo más frecuente) u otro trastorno de ansiedad. La reaparición fue predicha por la discapacidad y la susceptibilidad a la ansiedad (Scholten et al., 2013).

En otro trabajo con pacientes de asistencia primaria diagnosticados con TAG solo el 39% se recuperaron totalmente a lo largo de 2 años; además, el 22% de los que se habían recuperado recayeron parcialmente y el 30%, totalmente (Rodríguez et al., 2006). En un estudio más ambicioso a lo largo de 14 años, la mayoría de pacientes dejó de cumplir criterios diagnósticos de TAG, aunque solo hubo una reducción modesta en la gravedad del trastorno. La mayoría de las personas siguió presentando síntomas junto con un deterioro significativo; es decir, el TAG permaneció a un nivel subumbral (Ramshaw et al., 2009). Por otra parte, en un estudio con adolescentes (Ferdinand et al., 2007), la presencia de TAG predijo al cabo de 2 años casi

con la misma probabilidad la continuidad del trastorno (continuidad homotípica) o la aparición de otros trastornos diferentes (continuidad heterotípica). En resumen, El TAG puede remitir totalmente, especialmente con el tratamiento adecuado, pero lo más frecuente es que continúe a un nivel subumbral (con importantes síntomas residuales) o que sea reemplazado por otro trastorno.

La forma en que se manifiesta el TAG dentro de una cultura es relativamente consistente a lo largo de la vida, aunque hay diferencias en el contenido de las preocupaciones y en la intensidad de los síntomas. Así, los niños tienden a preocuparse más por su desempeño escolar y deportivo, mientras que las personas mayores muestran más preocupaciones por su salud o el bienestar de su familia. La intensidad de los síntomas es menor en las personas mayores.

En comparación con otras personas con trastornos de ansiedad, es menos frecuente que aquellas con TAG busquen tratamiento psicológico, quizá porque acepten el trastorno como una forma de ser o porque son tratadas por médicos generales que prescriben ansiolíticos.

## 4.2. Epidemiología

Conviene tener en cuenta que los datos de prevalencia varían en función de diversos factores: instrumento utilizado, uso del DSM-IV o de la CIE-10, operacionalización de los criterios diagnósticos, metodología de entrevista, país y datos sociodemográficos (sexo, edad, nivel socioeconómico, estado civil). Por otra parte, los datos de prevalencia-vida (tener el trastorno en algún momento de la vida) obtenidos retrospectivamente, como los que se presentan más abajo, pueden ser una subestimación debido a problemas de recuerdo. Cuando los datos se obtienen prospectivamente, las cifras de prevalencia-vida, como mínimo, se doblan (Moffitt et al., 2009). Por ejemplo, estos autores obtuvieron en población estadounidense una prevalencia-vida de 14,2% y una prevalencia anual de 4,2%. El primero de estos valores es al menos dos veces más alto que los presentados en el cuadro 4.1 para estudios

estadounidenses.

El cuadro 4.1 presenta distintos tipos de prevalencia del TAG a partir de estudios epidemiológicos realizados con muestras grandes y siguiendo criterios del DSM-IV.

Cuadro 4.1. Prevalencia del TAG

<i>Tipo</i>	<i>Prevalencia (%)</i>	<i>País</i>	<i>Estudios</i>
Actual	2,8	Australia	Hunt, Issakidis y Andrews (2002)
Anual	1-1,7	Europa	ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004); Lieb, Becker y Altamura (2005)
	2,1-3,1	EE. UU.	Grant <i>et al.</i> (2005) ; Kessler, Chiu <i>et al.</i> (2005)
	3,6	Australia	Hunt, Issakidis y Andrews (2002)
En algún momento de la vida	2,3-2,8	Europa	ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004); Lieb, Becker y Altamura (2005)
	4,1-5,7	EE. UU.	Grant <i>et al.</i> (2005); Kessler, Berglund <i>et al.</i> (2005)
	6,1	Australia	McEvoy, Grove y Slade (2011)

Los datos presentados indican que la prevalencia del TAG en Europa parece menor que en EE. UU. y Australia; la prevalencia es aún más baja en Asia y África. Por otra parte, la prevalencia es más alta en el contexto de atención primaria; en España la prevalencia anual ha oscilado entre el 3,8% y el 11,7%.

En el estudio epidemiológico estadounidense "National Comorbidity Survey Replication" (Kessler, Chiu *et al.*, 2005), con una prevalencia anual

del 3,1%, el 32,3% de los casos fueron graves, el 44,6% moderados y el 23,1% leves. En el mismo estudio epidemiológico, se estimó que hasta los 75 años un 8,3% habrá desarrollado el trastorno (Kessler, Berglund et al., 2005). Conviene señalar que la prevalencia-vida del TAG se dobla cuando el criterio de duración se reduce de 6 a 1-5 meses.

Prevalencias más bajas que en EE. UU. han sido halladas en un estudio realizado en seis países europeos (entre ellos España) con 21.425 adultos, mediante entrevista y con criterios del DSM-IV (ESEMED/MHEDEA 2000 Investigators, 2004; Haro et al., 2006). La prevalencia anual del TAG fue de un 1% y la prevalencia-vida de un 2,8% (0,5% y 1,9%, respectivamente, en España); la razón entre mujeres/hombres afectados estuvo entre 1,8 y 2,5 según el tipo de prevalencia.

Lieb, Becker y Altamura (2005) revisaron varios estudios realizados en Europa con criterios DSM-IV y hallaron una prevalencia anual entre 0,1% y 1,5% (mediana: 1,2%) y una prevalencia-vida entre 0,1% y 6,9% (mediana: 2,3%). En su extensa revisión, Wittchen et al. (2011) estiman en población europea mayor de 14 años una prevalencia anual del 1,7-3,4%, con una razón entre mujeres/hombres de 2,1. La prevalencia anual fue 1,7% entre los 14 y 65 años y 3,4% en los mayores de 65 años.

El TAG es menos frecuente en niños y adolescentes. Siguiendo los criterios del DSM-IV, la prevalencia actual o trimestral del TAG en niños/adolescentes británicos o estadounidenses ha sido 0,8-1,3%, mientras que la prevalencia anual ha sido curiosamente más baja: 0,3-0,4%, salvo un 2,4% en Puerto Rico (Merikangas, Nakamura y Kessler, 2009). En niños británicos o estadounidenses, la prevalencia actual o trimestral ha sido del 0,7% (Costello et al., 2003; Ford et al., 2003).

Por lo que respecta a la adolescencia, en estudios con población estadounidense la prevalencia mensual, anual y en algún momento de la vida han sido, respectivamente, 0,4%, 1,1% y 2,2% (Kessler et al., 2012; Merikangas et al., 2010). La prevalencia anual ha sido 0,5% en un estudio con adolescentes mejicanos y, sorprendentemente, 2,6% en un estudio con

adolescentes chilenos. En población alemana de 14-24 años, la prevalencia anual y la prevalencia-vida del TAG fueron 0,5% y 0,8%, respectivamente.

En estudios epidemiológicos alrededor del 60-70% de las personas con TAG son mujeres, aunque en contextos clínicos representan sólo el 55-60%. El TAG es también más frecuente en las personas mayores de 24 años y menores de 55, en los separados/viudos/divorciados, en aquellos con menores ingresos, en los desempleados y en las amas de casa. En cambio, el nivel educativo, la religión y el entorno rural/urbano no son predictores, aunque en un trabajo se halló una mayor frecuencia de TAG en ausencia de estudios universitarios.

Hay datos estadounidenses de que en comparación con los familiares de primer grado de personas sin trastornos, hay un mayor riesgo de TAG a lo largo de la vida en los familiares de primer grado de los pacientes con TAG que buscan tratamiento (8% contra 24%). Sin embargo, el riesgo es similar en familiares de personas con TAG de muestras comunitarias (8,2%), lo que sugiere que las muestras clínicas presentan un trastorno más grave.

#### 4.3. Comorbilidad

Es muy frecuente que los pacientes con TAG presenten otros trastornos tales como trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia social, fobia específica y abuso o dependencia de alcohol o de sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas.

Otros problemas que aparecen también frecuentemente son aquellos asociados al estrés: síndrome del colon irritable, síndrome de fatiga crónica, úlceras, diarrea, gases, dolores de cabeza, hipertensión esencial, trastorno cardiovascular, diabetes, insomnio, síndrome temporomandibular e incluso cáncer. Esto puede explicarse en parte por la asociación de las preocupaciones con cambios en la activación cardiovascular, inmunológica y endocrina. Estos efectos fisiológicos parecen debidos, al menos en parte, a la carga mental (no solo emocional) que suponen las preocupaciones, especialmente cuando son frecuentes y, sobre todo, duraderas (Verkhuil et

al., 2009).

Los niños y adolescentes con TAG, en comparación con aquellos que tienen otros trastornos de ansiedad, presentan más trastornos comórbidos de ansiedad. Son frecuentes, aparte de los trastornos depresivos, la fobia social, la fobia específica, el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de pánico; también el trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

En estudios epidemiológicos, del 67% al 93% de los pacientes con TAG (sea este su diagnóstico principal o no) presentan o han presentado al menos otro problema asociado. Así, en el de Carter et al. (2001), el 93% de las personas con TAG (prevalencia anual) presentaron algún trastorno comórbido del eje 1 durante el año anterior. Y en el de Hunt, Issakidis y Andrews (2002) el 68% de las personas con TAG (prevalencia mensual) presentaron algún trastorno comórbido del eje 1 o II durante el mes anterior. En concreto:

- 1.El 45% de las personas con TAG presentó algún trastorno afectivo (39% depresión mayor, 18% distimia).
- 2.El 37% presentó algún trastorno de ansiedad (21% fobia social, 14% trastorno de pánico con o sin agorafobia, 5% agorafobia, 12% trastorno por estrés postraumático, 6% trastorno obsesivo-compulsivo).
- 3.El 13% presentó algún trastorno de uso de sustancias (8% abuso o dependencia del alcohol, 6% abuso o dependencia de otras drogas).
- 4.El 38% presentó trastornos de personalidad.
- 5.El 21% de la personas con TAG presentó un trastorno adicional, el 19% dos y el 28% tres o más trastornos.

Otros trastornos comórbidos frecuentes hallados por Carter et al. (2001) fueron los somatoformes (48%). La automedicación con alcohol o con alcohol y otras medicaciones/drogas ha sido autoinformada, respectivamente, por el 14% y el 5% de las personas con TAG en otro trabajo (Robinson et al.,

2009).

En cuanto a comorbilidad actual en pacientes con diagnóstico actual de TAG como trastorno principal, Provencher, Ladouceur y Dugas (2006) hallaron que el 73% de 90 pacientes con TAG recibieron además al menos un diagnóstico adicional de trastornos de ansiedad o depresivos del DSM-IV: 53%, un diagnóstico adicional; 27%, dos; 14%, tres; 5%, cuatro; y 1%, cinco.

Asimismo, Brown et al. (2001) hallaron que de 120 pacientes con TAG la inmensa mayoría habían presentado a lo largo de su vida:

- a) Un diagnóstico adicional de cualquier trastorno del Eje 1 (92%).
- b) Cualquier trastorno de ansiedad o del estado de ánimo (88%).
- c) Cualquier trastorno de ansiedad (71%).
- d) Cualquier trastorno del estado de ánimo (73%).

En el caso de la comorbilidad actual, los porcentajes fueron más bajos, pero sobrepasaron el 50% en tres de los cuatro casos (véase el cuadro 4.2).

Cuadro 4.2. Porcentajes de pacientes con TAG con trastornos comórbidos actuales o a lo largo de la vida

	<i>Cualquier trastorno del Eje I</i>	<i>Cualquier trastorno de ansiedad o del estado de ánimo</i>	<i>Cualquier trastorno de ansiedad</i>	<i>Cualquier trastorno del estado de ánimo</i>
Actual	68	65	52	36
A lo largo de la vida	92	88	71	73

*Fuente:* datos extraídos de Brown *et al.* (2001).

Los dos diagnósticos comórbidos más frecuentes, tanto en la actualidad como a lo largo de la vida, fueron la fobia social (36% y 39%), el trastorno

depresivo mayor (26% y 64%), el trastorno de pánico con agorafobia (18% y 20%) y las fobias específicas (12% y 17%). El abuso del alcohol u otras drogas (18%) y la distimia (13%) fueron también relativamente frecuentes a lo largo de la vida. El TAG tendió a preceder a otros trastornos de ansiedad y afectivos con las excepciones de la fobia social (que tendió a aparecer antes) y de las fobias específicas (con igual probabilidad de preceder y seguir al TAG).

Finalmente, cabe mencionar que, según algunos estudios, las personas con mayores niveles de ansiedad o preocupación tienen más probabilidades de morir prematuramente, especialmente por causas cardíacas. Esta mayor mortalidad se da incluso después de controlar otros factores de riesgo (Denollet et al., 2009), aunque la probabilidad de muerte prematura es baja. Además, hay que tener en cuenta que algunos factores de riesgo utilizados como covariantes (tabaco, alcohol, colesterol, hipertensión, peso, sedentarismo) pueden mediar la relación entre ansiedad y mortalidad. Por otra parte, hay estudios que no han encontrado asociación entre nivel de ansiedad y mortalidad e incluso en algunos se ha hallado una asociación negativa (Mykletun et al., 2009).

La comorbilidad entre el TAG y otros problemas puede ser explicada por diversos factores que, además, pueden variar según el problema considerado. Por un lado, hay explicaciones que desafían los actuales sistemas de clasificación diagnóstica. Así, dos trastornos pueden coocurrir porque:

- a) Comparten criterios definitorios que se superponen (p. ej., TAG y depresión mayor).
- b) Representan variaciones sin trascendencia de un síndrome subyacente más amplio (p. ej., el síndrome neurótico general) que ha sido separado erróneamente en varias categorías.

Otras explicaciones de la comorbilidad no implican problemas en el sistema de clasificación diagnóstica. Así, la coocurrencia entre dos trastornos puede ser debida a que:

- a) Uno supone factores de riesgo para el otro (p. ej., el TAG para la depresión).
- b) Ambos emergen de una diátesis común (p. ej., los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo surgirían de vulnerabilidades genéticas, biológicas y psicosociales compartidas).

# 5

# Etiología y mantenimiento

Existen actualmente diversos modelos teóricos psicológicos del TAG (Behar et al., 2009; Fisher y Wells, 2009): modelo de aprensión ansiosa de Barlow, modelo de evitación de Borkovec, modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas, modelo metacognitivo de Wells y los dos más recientes, modelo de desregulación emocional de Mennin y modelo basado en la aceptación de Roemer y Orsillo. Estos modelos se explican a continuación y finalmente se presentará un modelo integrador del propio autor.

Aunque para cada modelo se presentan los datos empíricos que lo sustentan, conviene tener en cuenta varios aspectos. Primero, la gran mayoría de estudios se han basado en el empleo de cuestionarios y los resultados obtenidos no tienen por qué coincidir, como se indica más abajo, con los obtenidos por otros medios (medidas observacionales y fisiológicas, autorregistros durante tiempo prolongado, datos proporcionados por otras personas). Segundo, muchas de las muestras analizadas han sido muestras análogas con TAG identificado a partir de puntuaciones en ciertos cuestionarios en vez de entrevistas diagnósticas. Sin embargo, estas personas pueden presentar una menor gravedad que los pacientes con TAG. Finalmente, la gran mayoría de investigaciones no han empleado diseños experimentales para someter a prueba las hipótesis causales propuestas por los modelos. Y cuando se ha hecho, se ha confiado más en análisis post hoc que en el diseño de estudios con hipótesis formuladas a priori.

## 5.1. Modelo de aprensión ansiosa

Según este modelo (Barlow, 2002; Zinbarg, Craske y Barlow, 2006), el TAG es conceptualizado como una aprensión ansiosa que constituye el trastorno de

ansiedad básico. En el surgimiento de los trastornos de ansiedad en general y del TAG en particular intervienen una vulnerabilidad biológica y una vulnerabilidad psicológica. La primera consiste en una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada e incluye rasgos temperamentales que tienen un fuerte componente genético. Entre los principales se encuentran el neuroticismo, la introversión, la afectividad negativa (tendencia estable y heredable a experimentar una amplia gama de sentimientos negativos) y la inhibición conductual ante lo desconocido.

La vulnerabilidad biológica puede interactuar con una vulnerabilidad psicológica o percepción, basada en experiencias evolutivas tempranas, de que los eventos negativos o amenazantes son impredecibles, incontrolables o ambas cosas. Como resultado, ante la ocurrencia de eventos estresantes o problemáticos, las personas aprenden a estar hipervigilantes para descubrir las posibles amenazas de tipo externo o interno, centran su atención en las posibles fuentes de amenaza, interpretan la información ambigua como amenazante y presentan sesgos de memoria respecto a los aspectos amenazantes. Todo esto implica un aumento de la activación y la ansiedad que se intenta afrontar mediante:

- a) Preocupaciones verbales que inhiben las imágenes amenazantes, restringen la activación autonómica y suponen un intento vano de solución de problemas, al tiempo que evitan el afecto negativo nuclear.
- b) Conductas de evitación del contexto situacional o de aspectos del afecto negativo, en caso de que sea posible.

La consideración de la preocupación como procesamiento básicamente verbal y reductor de la activación autonómica deriva del modelo de evitación de Borkovec presentado más abajo. La eficacia del proceso de preocupación es solo temporal y las imágenes amenazantes vuelven a resurgir generando más ansiedad y nuevas preocupaciones. Un segundo ciclo vicioso se presenta cuando las personas intentan distraerse de sus preocupaciones, lo cual tiene el efecto paradójico de hacer que las imágenes amenazantes sean más accesibles. Finalmente, la dificultad para terminar el proceso de preocupación

conduce a un funcionamiento deteriorado o a la dificultad para concentrarse en lo que se está haciendo. Esto constituye una nueva fuente de ansiedad y preocupación; al no poder realizar una eficaz resolución de problemas, las personas se reafirman en que las situaciones estresantes son incontrolables y empiezan a preocuparse acerca de sus preocupaciones. Esto remite al modelo metacognitivo de Wells presentado después.

Datos empíricos. Los rasgos temperamentales y el rasgo de ansiedad se dan en familias y aunque no está aún claro que el TAG sea más frecuente en familiares de pacientes con TAG que en familiares de personas control, hay datos sugerentes de que es así, al menos en muestras clínicas. La carga genética para el TAG ha oscilado entre el 22% y el 37%; la varianza restante vendría explicada, al menos en muestras adultas, por factores ambientales no compartidos. Por lo que respecta a la vulnerabilidad psicológica, las personas con TAG han informado, en comparación con personas sin TAG, de a) una mayor frecuencia de eventos traumáticos en el pasado, tanto en general como de tipos concretos de eventos: enfermedad/daño, muerte de otros, agresión física/sexual, acontecimientos emocionales muy negativos con familiares y amigos; y b) de estilos educativos (educación inconsistente, hipercontrol, falta de afecto) que dificultan el desarrollo de la autonomía y de la sensación de control. Sin embargo, la ocurrencia de dichos eventos y estilos educativos no es específica del TAG, sino que se da también en otros trastornos.

Finalmente, los sesgos cognitivos de atención, interpretación y, quizá, de memoria implícita (pero no explícita) han caracterizado a personas con TAG en comparación con grupos control sin ansiedad, aunque estos sesgos son típicos de los trastornos de ansiedad en general y no solo del TAG.

## 5.2. Modelo de evitación acerca de la preocupación

Borkovec (Sibrava y Borkovec, 2006) ha enfatizado la vulnerabilidad psicológica en el surgimiento del TAG y ha distinguido dos componentes en la misma: la percepción de amenaza generalizada (o la visión del mundo como peligroso) y el sentirse incapaz de afrontar los eventos amenazantes.

Esta vulnerabilidad ha podido surgir a partir de la experiencia de eventos traumáticos o muy estresantes y de ciertos estilos educativos (falta de afecto, sobreprotección) que favorecen un apego inseguro en la infancia y el desarrollo de pobres habilidades interpersonales.

Por lo que se refiere al mantenimiento del TAG, las preocupaciones son vistas básicamente como pensamientos verbales que inhiben o reducen las imágenes vívidas amenazantes y la activación somática y emocional que las acompaña, pero sin constituir un proceso eficaz de solución de problemas. La preocupación funciona como una respuesta de evitación cognitiva ante las amenazas percibidas, internas y externas, e impide el procesamiento emocional de la información amenazante. En consecuencia, no se activa suficientemente la estructura de miedo ni se llevan a cabo acciones para reevaluar y afrontar la amenaza, con lo que no se incorpora la información correctiva necesaria. Como resultado, las preocupaciones, aunque son reforzadas negativamente por la reducción de las imágenes aversivas, contribuyen a mantener las interpretaciones de amenaza y disminuyen el control percibido sobre las amenazas futuras.

Asimismo, las preocupaciones son reforzadas negativamente cuando la activación emocional se reduce al no ocurrir las consecuencias temidas (lo que sucede la inmensa mayoría de las veces) y cuando la función de la preocupación es no pensar en otro tipo de experiencias más perturbadoras emocionalmente. Por otra parte, el resurgimiento periódico de las imágenes amenazantes, debido a la inhibición del procesamiento emocional, facilita la nueva ocurrencia de preocupaciones.

Otro factor que contribuye al mantenimiento de las preocupaciones lo constituyen las creencias de que son útiles para resolver problemas, evitar lo que se teme, motivarse para actuar, prepararse para lo peor o ayudar a no pensar en otras cosas más perturbadoras emocionalmente. Dichas creencias se han desarrollado posiblemente a partir de los efectos percibidos de las preocupaciones: como la inmensa mayoría de las consecuencias temidas en el TAG tienen una baja probabilidad de ocurrencia, la preocupación es supersticiosamente reforzada de modo negativo por la no ocurrencia de lo

que se teme. Además, también pueden influir el modelado y la información por parte de personas allegadas.

Datos empíricos. Factores históricos asociados al TAG han sido haber tenido una mayor frecuencia de eventos traumáticos (p. ej., maltrato, pérdida de un progenitor) y más problemas familiares durante la infancia: conflictos con los padres, conflictos entre los padres, falta de atención y afecto de los padres, rechazo por parte de estos y educación inconsistente por parte de los padres. Las personas con TAG también han informado de sentimientos ambivalentes hacia los seres queridos y de haber cuidado a sus seres queridos (más que ser cuidados por ellos) para obtener su amor y aprobación. En niños y adolescentes los síntomas del TAG han estado asociados con la percepción de progenitores sobreprotectores, hipercontroladores, muy exigentes, con reglas estrictas y disciplina severa, lo cual puede impedir el desarrollo de la autonomía.

Hay datos de que las preocupaciones contribuyen a mantener la percepción de amenaza y disminuyen la capacidad percibida para afrontarla. Se ha comprobado que la preocupación es fundamentalmente un proceso que ocurre más nivel verbal más que en la imaginación. Sin embargo, aunque las imágenes son menos frecuentes en personas con TAG que en personas sin TAG, las preocupaciones pueden implicar un papel de las imágenes mayor de lo pensado.

Por otra parte, preocuparse antes de imaginar o ver una situación amenazante ha dado lugar a una menor respuesta autonómica y emocional en comparación con relajarse o hacer una tarea neutral. No obstante, esto solo ha sido así cuando las medidas durante la situación han sido comparadas con las obtenidas durante el periodo inmediatamente anterior a la preocupación; no ha habido una menor reactividad, e incluso esta ha sido mayor, cuando la comparación se ha hecho con una línea base convenientemente separada del periodo de preocupación. Otro dato importante es que la activación en términos absolutos durante la imaginación o afrontamiento de la situación amenazante ha sido similar para las condiciones de preocupación, relajación o tarea neutral previa. Además, la activación en términos absolutos durante la

preocupación ha sido más alta que durante la relajación o tarea neutral y también que durante una línea base no contaminada por el periodo de preocupación. Finalmente, diversos estudios han puesto de manifiesto que la preocupación está asociada con una mayor actividad del sistema nervioso simpático y con una menor actividad del sistema nervioso parasimpático (bajo tono vagal).

En resumen, las preocupaciones producen una clara activación somática y emocional y, en comparación con tareas previas de relajación o actividades neutrales, no reducen dicha activación al imaginar o afrontar posteriormente las situaciones temidas. La preocupación prolongaría la representación cognitiva del evento amenazante junto con su repercusión emocional concomitante. Todo esto ha llevado a postular el modelo de evitación del contraste emocional negativo (Llera y Newman, 2014; Newman y Llera, 2011), según el cual la preocupación no intenta ni consigue evitar las emociones negativas, sino que sirve para estar emocionalmente preparado para el peor resultado posible de diversos eventos. Es decir, la persona usaría la preocupación como una estrategia de afrontamiento para evitar pasar de un estado emocional neutral o positivo a uno negativo o experimentar un incremento intenso o repentino en afecto negativo en los pocos casos en que las consecuencias temidas suceden. Esta evitación refuerza negativamente la ocurrencia de las preocupaciones como preparación para lo peor e impide el procesamiento emocional.

Las creencias sobre la utilidad de las preocupaciones han sido informadas más frecuentemente por pacientes con TAG que por personas sin TAG, aunque no todos los pacientes las presentan y, además, parecen ser propias de diversos trastornos de ansiedad más que específicas del TAG.

### 5.3. Modelo de intolerancia a la incertidumbre

El grupo de Dugas (Dugas y Robichaud, 2007) ha destacado la intolerancia a la incertidumbre como fenómeno clave en los trastornos de ansiedad en general y en el TAG en particular. La intolerancia a la incertidumbre es

considerada como el modo disfuncional en que la persona percibe la información en situaciones inciertas o ambiguas y responde a esta información con una serie de reacciones cognitivas, emocionales y conductuales. Más en concreto, la intolerancia a la incertidumbre es la tendencia general de una persona a considerar inaceptable que un evento negativo pueda ocurrir, aunque la probabilidad de su ocurrencia sea pequeña. Esta intolerancia incluye creencias de que la incertidumbre es inaceptable y debe evitarse, provoca frustración, induce estrés e inhibe la acción. De este modo, la intolerancia a la incertidumbre es considerada como una característica disposicional que refleja un conjunto de creencias negativas sobre la incertidumbre y sus implicaciones.

La intolerancia a la incertidumbre contribuye al desarrollo y mantenimiento de las preocupaciones y la ansiedad al facilitar:

- a) Ciertos sesgos cognitivos: atención sesgada hacia la amenaza, interpretación de la información ambigua como amenazante, exageración de la probabilidad de la amenaza, necesidad de mayor información a la hora de tomar decisiones.
- b) La orientación negativa hacia los problemas (p. ej., la percepción de poco control sobre los problemas, los cuales son vistos como amenazas, y la poca confianza sobre el propio proceso de resolución de problemas), orientación que, a su vez, interfiere con la puesta en marcha de las habilidades de resolución de problemas.
- c) Las creencias de que las preocupaciones son útiles.
- d) El empleo de estrategias de evitación, como la sustitución o supresión de pensamientos y la distracción). Las preocupaciones y la ansiedad contribuyen asimismo a la orientación negativa hacia los problemas y a las estrategias de evitación. A su vez, el estado de ánimo y la ocurrencia de eventos vitales influyen en todo este proceso.

Por otra parte, el grupo de Dugas destacó inicialmente otro factor, la

intolerancia a la activación emocional. Según los casos, las emociones pueden ser vistas como peligrosas, inmanejables, incontrolables, inaceptables para uno mismo o los demás, vergonzosas, infantiles o demostradoras de debilidad. El miedo e intolerancia de las emociones exacerban el malestar y facilitan el empleo de estrategias inadecuadas de afrontamiento para reducir el afecto intenso o evitar el incremento del afecto negativo.

Datos empíricos. Los cuatro elementos principales del modelo (intolerancia a la incertidumbre, creencias sobre la utilidad de las preocupaciones, orientación negativa hacia los problemas y estrategias de evitación) han predicho la gravedad del TAG y han distinguido entre pacientes con TAG y controles no clínicos, por una parte, y entre pacientes con TAG que buscaban tratamiento y una muestra universitaria análoga con TAG, por otra. La intolerancia a la incertidumbre ha sido el elemento de mayor peso y el único que ha diferenciado a pacientes con TAG de pacientes con otros trastornos de ansiedad, aunque no de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. La intolerancia a la incertidumbre ha estado más fuertemente relacionada con la preocupación que con otras reacciones ansiosas y depresivas y no parece depender de estas dos últimas.

La intolerancia a la incertidumbre ha sido más alta en personas que se preocupan que en las que no cuando han afrontado una tarea moderadamente ambigua. Asimismo, ha sido más probable que las personas con alta intolerancia a la incertidumbre hagan interpretaciones negativas en situaciones ambiguas. En un estudio experimental en el que se empleó una tarea de juego para manipular la intolerancia a la incertidumbre, se vio que incrementar esta aumentó posteriormente la preocupación sobre la realización exitosa de la tarea en comparación con un grupo en que se redujo dicha intolerancia. Además, en pacientes que recibían tratamiento, los cambios en la intolerancia a la incertidumbre han precedido a los cambios en preocupación, sin que se diera la relación inversa.

Por otra parte, los pacientes con TAG han informado de más dificultades para aceptar sus emociones y de más miedo a las emociones negativas. En un estudio, tras controlar la varianza atribuible a las reacciones depresivas,

creencias metacognitivas, intolerancia a la incertidumbre y percepciones de amenaza externa, un menor control percibido sobre las reacciones emocionales fue un predictor único del TAG y de las preocupaciones. Asimismo, los datos de otro estudio indican que, en comparación con universitarios sin TAG, aquellos con TAG informan y muestran una menor habilidad para reconocer, comprender y manejar sus emociones.

Los datos sobre las creencias acerca de la utilidad de las preocupaciones han sido ya revisados al presentar el modelo anterior. Sin embargo, no se ha estudiado si estas creencias son facilitadas por la intolerancia a la incertidumbre.

#### 5.4. Modelo metacognitivo

Según este modelo (Wells, 2009), las consecuencias perjudiciales de las preocupaciones se deben no tanto a su contenido como a las valoraciones metacognitivas de las mismas y al intento de controlar el pensamiento. Se distinguen dos tipos de preocupaciones:

- a)Preocupaciones de Tipo 1 o sobre eventos externos y eventos internos no cognitivos (reacciones físicas).
- b)Preocupaciones de Tipo 2 o sobre el hecho de preocuparse (metapreocupaciones), las cuales consisten en interpretaciones negativas de las preocupaciones, que son vistas como incontrolables y peligrosas. Estas metapreocupaciones surgen de creencias negativas sobre las preocupaciones que se han desarrollado a partir de experiencias propias (preocupaciones que se van volviendo cada vez más incontrolables y perturbadoras) y de otros (persona allegada que presenta un problema psicológico asociado con las preocupaciones).

Las preocupaciones suelen ser disparadas por un pensamiento intruso del tipo "¿y si...?", el cual activa creencias metacognitivas positivas sobre la utilidad de seguir preocupándose para afrontar lo que se teme o evitarlo. Estas creencias mantienen las preocupaciones, lo que conduce a ansiedad y

afecto negativo, aunque estos pueden reducirse en función de si la personas logra "resolver" lo que le preocupa. Sin embargo, lo usual es que no se procesen las imágenes necesarias para el procesamiento emocional de la información amenazante, por lo que el problema se perpetúa. Además, este se complica cuando se desarrollan las creencias negativas sobre las preocupaciones. Estas dan lugar a las metapreocupaciones, las cuales favorecen la ansiedad y el empleo de la preocupación; por ejemplo, esta última no se intenta detener porque se considera incontrolable.

Otros efectos de las creencias negativas y las metapreocupaciones son:

- a) Los intentos de controlar los pensamientos no deseados.
- b) Las conductas motoras de evitación y de búsqueda de seguridad dirigidas a buscar tranquilización y a prevenir los peligros.
- c) La ocurrencia de reacciones tales como ansiedad, tensión, disociación, mente acelerada, problemas de concentración, perturbaciones del sueño, etc. Todos estos efectos exacerbaban los pensamientos intrusos, mantienen las interpretaciones de amenaza y contribuyen al mantenimiento de las creencias negativas y metapreocupaciones.

Datos empíricos. Las personas con TAG no han diferido en las creencias sobre la utilidad de las preocupaciones de las personas ansiosas sin preocupaciones elevadas o de las personas que se preocupan mucho, aunque no tienen TAG. Por otra parte, las personas con TAG han presentado más creencias negativas sobre las preocupaciones y más metapreocupaciones (tanto en la dimensión de incontrolabilidad como en la de peligrosidad) que personas sin trastornos de ansiedad o con otros trastornos de ansiedad, aunque no ha habido diferencias respecto a personas con trastorno obsesivo-compulsivo y los datos son inconsistentes cuando la comparación se ha hecho con personas con trastorno de pánico. A diferencia de las creencias sobre la utilidad de las preocupaciones, las creencias negativas sobre las preocupaciones han predicho los síntomas del TAG tras controlar la tendencia a preocuparse. Por otra parte, es posible que las creencias negativas

sean relevantes para las personas que se preocupan en exceso y no solo para aquellas con TAG, ya que las primeras las han presentado en mayor grado que estudiantes universitarios.

En un estudio prospectivo, las metapreocupaciones, pero no las preocupaciones, han predicho la aparición posterior del TAG. No se ha estudiado todavía las relaciones temporales entre las variables propuestas por el modelo.

### S.S.Modelo de desregulación emocional

Este modelo (Mennin et al., 2004, citado en Behar et al., 2009) presenta cuatro componentes fundamentales. Según el primero, las personas con TAG presentan una característica disposicional a la hiperactivación emocional, de modo que ante una amenaza percibida reaccionan emocionalmente de un modo más fácil, rápido e intenso. En consecuencia, expresan emociones, especialmente las negativas, con más frecuencia que otras personas. El segundo componente es que las personas con TAG se caracterizan por una comprensión más pobre de sus emociones, lo cual implica déficits para describirlas y denominarlas, para acceder a la información útil que proporcionan y para aplicar esta información.

Como resultado de la combinación de los dos componentes anteriores, surge el tercer componente, una actitud negativa hacia las emociones al percibir las como algo amenazante. De este modo, las personas con TAG se sienten ansiosas, molestas o abrumadas cuando experimentan emociones intensas, lo cual crea un bucle que se retroalimenta a sí mismo. Además, se hipotetiza que estas personas muestran una extrema hipervigilancia hacia la información amenazante y una atención incrementada hacia las emociones, aunque también pueden intentar no fijarse en las mismas. Todo esto culmina en el cuarto componente, los intentos desadaptativos para regular las emociones. Con el fin de intentar controlar, minimizar o suprimir la experiencia emocional (p. ej., ansiedad, tristeza, enfado, euforia), las personas con TAG utilizan la preocupación y otras estrategias ineficaces, tales como

obtener seguridad de otros y actuar para evitar a toda costa consecuencias interpersonales negativas. Sin embargo, estas estrategias pueden conducir a la experiencia de intensos estados emocionales que pueden ser incluso peores que los que se intentaban regular.

Datos empíricos. Las personas con TAG han informado experimentar más intensamente sus emociones negativas, pero no las positivas, que las personas sanas o con trastorno depresivo o de ansiedad social. Asimismo, han tenido más dificultades que personas sin TAG para identificar, describir y comprender sus emociones cuando se ha utilizado un cuestionario, pero no cuando se ha usado un autorregistro o calificación por clínicos. Tampoco ha habido diferencias en estos aspectos en comparación con personas con depresión o trastorno de ansiedad social.

Las personas con TAG han informado de más miedo a las emociones intensas que las personas sanas, pero no que las personas con trastorno depresivo o de ansiedad social. Finalmente, las estrategias inadecuadas de afrontamiento emocional (p. ej., preocupaciones excesivas, supresión emocional) han sido informadas más frecuentemente por las personas con TAG que por los tres grupos antes mencionados, aunque se requieren más estudios para saber si la desregulación emocional es específica del TAG. Casi todos los trabajos han sido realizados con muestras análogas y no se ha estudiado si las personas con TAG tienen un umbral emocional más bajo o la forma en que los cuatro componentes interactúan temporalmente.

## 5.6. Modelo de evitación experiencia)

Este modelo (Roemer y Orsillo, 2009) presenta tres componentes. En primer lugar, las personas con TAG tienen una relación problemática con sus experiencias internas (pensamientos, emociones y sensaciones corporales). Dentro de este componente se distinguen dos aspectos, la reacción negativa a las experiencias internas y la fusión o sobreidentificación con las mismas. La reacción negativa incluye pensamientos negativos (p. ej., ver las respuestas emocionales como indeseables o amenazantes) y metaemociones (p. ej.,

miedo a las emociones negativas), los cuales suscitan dificultades para observar y aceptar las experiencias internas. La fusión con las experiencias internas implica verlas como mucho más indicativas de la realidad de lo que son, lo que incluye considerar que un pensamiento negativo transitorio (p. ej., "no puedo soportar la ansiedad, soy débil") constituye una característica definitoria de la persona.

La reacción problemática con las experiencias internas da lugar al segundo componente, la evitación experiencial. Esta consiste en la evitación deliberada o automática de las experiencias internas percibidas como amenazantes; un ejemplo sería preocuparse para distraerse de experiencias más perturbadoras emocionalmente. Esta evitación reduce el malestar, pero solo temporalmente, y contribuye a mantener la relación problemática con las experiencias internas. Además, facilita la aparición de un tercer componente, la restricción conductual; la persona se ocupa menos en actividades valiosas o significativas o bien es menos consciente de las mismas cuando las realiza. Esta restricción conductual aumenta el malestar, con lo que se generan más experiencias negativas internas y el ciclo se perpetúa.

Datos empíricos. Las reacciones negativas a las emociones y la evitación experiencial han estado positivamente asociadas con la gravedad sintomatológica del TAG en una muestra no clínica, aunque no en población clínica. Sin embargo, esto último puede ser debido a la pequeña muestra empleada. Asimismo, las dificultades de regulación emocional y la conciencia plena han estado asociadas de modo positivo y negativo respectivamente, con la gravedad sintomatológica del TAG en una muestra no clínica. Por otra parte, en comparación con un grupo control no clínico, las personas con TAG han informado, por una parte, de más dificultades para regular sus emociones, mayor malestar acerca de sus emociones y más evitación experiencial; y, por otra parte, de menos conciencia plena y de menor participación en acciones valiosas.

Finalmente, el aumento de la aceptación de las experiencias internas y de la ocupación en actividades valiosas ha predicho, por encima del cambio en la tendencia a preocuparse, la respuesta a la terapia conductual basada en la

aceptación. Por el momento, no se ha estudiado la relación temporal entre los componentes del modelo.

### 5.7. Un modelo integrador

Un ejemplo de modelo explicativo integrador, derivado de los principales datos existentes, puede verse en la figura 5.1. En el surgimiento del TAG intervienen una vulnerabilidad biológica y, con mayor peso, una vulnerabilidad psicológica. La primera consiste en una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada e incluye rasgos temperamentales que tienen un fuerte componente genético. Entre los principales se encuentran el neuroticismo, la introversión, la afectividad negativa (tendencia estable y heredable a experimentar una amplia gama de sentimientos negativos) y la inhibición conductual ante lo desconocido.

La vulnerabilidad biológica interactúa con una vulnerabilidad psicológica o percepción, basada en experiencias evolutivas tempranas, de que los eventos negativos o amenazantes son impredecibles, incontrolables o ambas cosas. Como resultado, ante la ocurrencia de eventos estresantes o problemáticos, la persona puede responder con preocupación y ansiedad; esta respuesta estará moderada por factores como las habilidades de afrontamiento y el apoyo social.

Dentro de la vulnerabilidad psicológica pueden distinguirse dos componentes: la percepción de amenaza generalizada (o la visión del mundo como peligroso) y el sentirse incapaz de afrontar los eventos amenazantes. Esta vulnerabilidad ha podido surgir a partir de la experiencia de eventos traumáticos o muy estresantes y de ciertos estilos educativos (falta de afecto, sobreprotección) que favorecen un apego inseguro en la infancia.

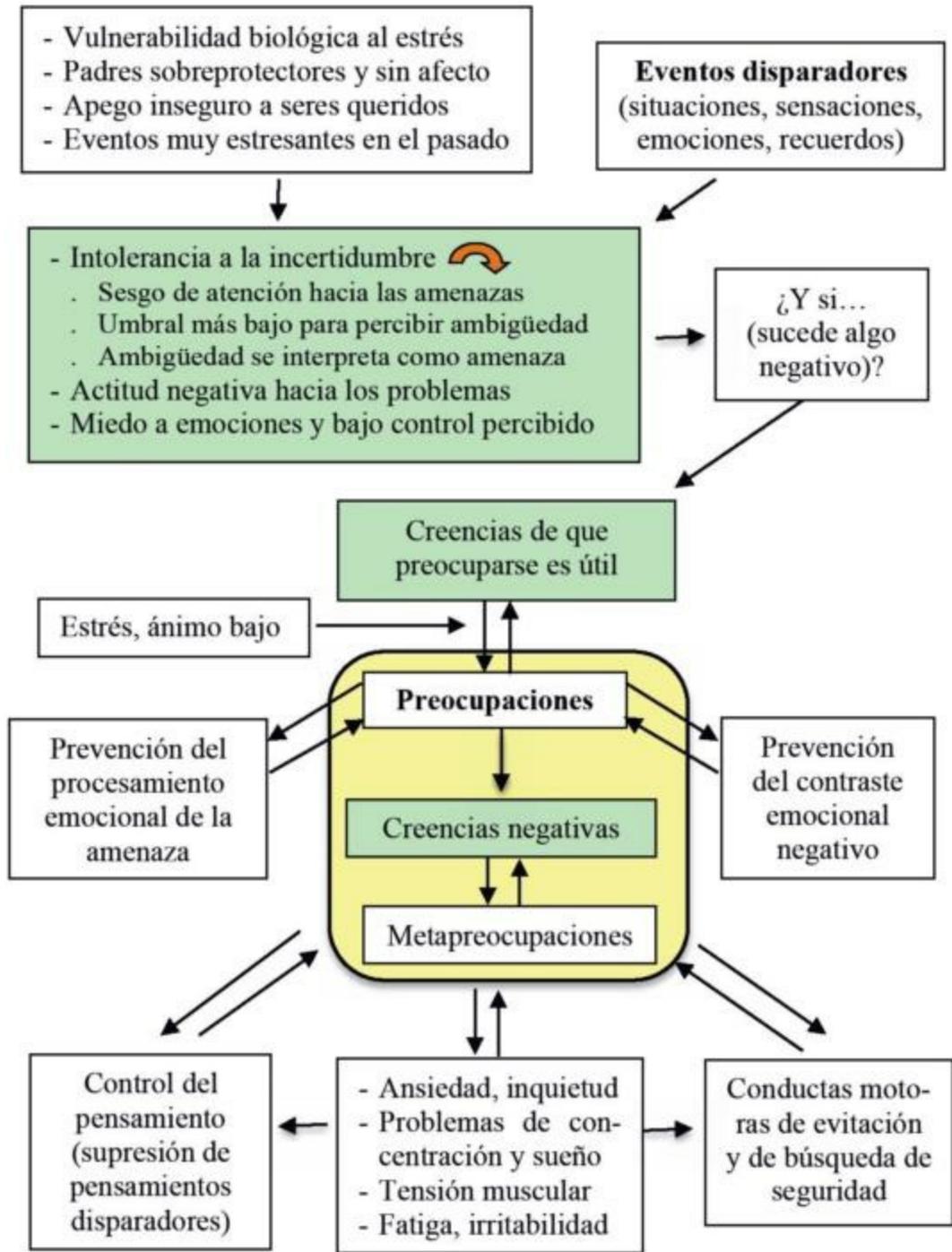


Figura 5.1. Modelo explicativo del trastorno de ansiedad generalizada.

Como consecuencia de las dos vulnerabilidades descritas, se desarrollan una serie de características personales:

1. Intolerancia a la incertidumbre o tendencia general a considerar inaceptable que un evento negativo pueda ocurrir, aunque la probabilidad de su ocurrencia sea pequeña. Esta intolerancia contribuye al desarrollo y mantenimiento de ciertos sesgos cognitivos, tales como la atención sesgada hacia la amenaza (y hacia la información negativa, en general), un umbral más bajo para percibir ambigüedad, la interpretación de la información ambigua como amenazante, la exageración de la probabilidad de la amenaza y la necesidad de mayor información a la hora de tomar decisiones.
2. Actitud negativa hacia los problemas: no saber reconocer los problemas, hacer atribuciones inadecuadas sobre los mismos, valorarlos como amenazas y sentirse frustrado y perturbado al encontrarse con problemas, no creer en la propia capacidad para resolverlos y mantener un punto de vista pesimista sobre los resultados; es decir, en general, las reacciones iniciales afectivas, cognitivas y conductuales ante los problemas.
3. Miedo a las emociones negativas - las cuales son vistas como peligrosas, inmanejables, incontrolables o inaceptables - y dificultad para regularlas o aceptarlas, lo que da lugar a un bajo control percibido sobre las reacciones emocionales.

Estas características personales se ven activadas por la ocurrencia de eventos disparadores tales como situaciones externas (p. ej., un hijo que se retrasa), sensaciones (p. ej., una punzada en el corazón), emociones y recuerdos negativos que son significativos para la persona. De este modo, surgen pensamientos del tipo "¿y si... (sucede algo negativo)?". Este tipo de pensamientos - o, en ocasiones, imágenes negativas-, junto con su correspondiente percepción de amenaza, favorecen el surgimiento de las preocupaciones, las cuales implican una sobrestimación de la probabilidad y coste de las amenazas. ¿Por qué surgen las preocupaciones y no otros métodos de afrontamiento de la amenaza? Una respuesta plausible es que lo que se teme en el TAG no es una amenaza presente, sino una amenaza futura de muy baja probabilidad de ocurrencia para la cual no existe ninguna

solución tipo acción; de este modo, los únicos recursos que quedan son los de tipo mental y, entre estos, ante la carencia de otros más adecuados (p. ej., reevaluación de la amenaza, resolución de problemas), la preocupación constante para intentar prevenir la amenaza. Una vez que una preocupación se pone en marcha, perdura hasta que la situación origen de la misma cambia (p. ej., desaparece una mancha que preocupaba), hasta que surge otra fuente de preocupación más potente o hasta que la persona pasa a considerarla poco útil e incluso aversiva.

Los pensamientos "¿y si...?" (pensamientos disparadores de preocupaciones) suelen iniciar la cadena de preocupaciones mediante la activación de creencias de que preocuparse es útil. Estas creencias contribuyen al mantenimiento de las preocupaciones y se han desarrollado posiblemente a partir de los efectos percibidos de las preocupaciones: como la inmensa mayoría de las consecuencias temidas en el TAG tienen una baja probabilidad de ocurrencia, la preocupación es supersticiosamente reforzada de modo negativo por la no ocurrencia de lo que se teme. Además, también pueden influir el modelado y la información por parte de personas allegadas.

Las personas con preocupaciones no clínicas son capaces de poner fin a las mismas reevaluando la amenaza de modo más realista o formulando un plan de acción para afrontar un peligro realista o resolver un problema. En contraste, los pacientes con TAG son incapaces de terminar con las mismas. El flujo incontrolado de preocupación tiene varios efectos, los cuales contribuyen a mantener las preocupaciones. Además, estas se ven agravadas por los eventos estresantes y el humor deprimido. Los efectos de las preocupaciones incontroladas son:

1. Prevención o reducción del procesamiento emocional de la información amenazante. El procesamiento emocional se refiere a la activación de las estructuras de miedo y a la incorporación de información incongruente con el miedo dentro de las mismas. La reducción del procesamiento emocional puede ser debida a la evitación de las consecuencias temidas nucleares que subyacen a las preocupaciones. En efecto, estas consisten básicamente en pensamientos verbales poco

concretos o elaborados respecto a la amenaza percibida, de modo que se evita, en general, pensar en los peores resultados posibles y, más aún, imaginarlos. En consecuencia, no se activa suficientemente la estructura de miedo ni se llevan a cabo acciones para reevaluar y afrontar la amenaza, con lo que no se incorpora información correctiva. De esta forma, las preocupaciones contribuyen a mantener las interpretaciones de amenaza y disminuyen el control percibido sobre las amenazas futuras.

2. Previsión del contraste emocional negativo. La preocupación prolonga la representación cognitiva del evento amenazante junto con su repercusión emocional concomitante. Esta activación producida por la preocupación evita el contraste emocional negativo (pasar de un estado emocional neutral o positivo a uno negativo o experimentar un incremento intenso en afecto negativo) en los pocos casos en que las consecuencias temidas suceden. Esta evitación refuerza negativamente la ocurrencia de las preocupaciones como preparación para lo peor e impide el procesamiento emocional. Así pues, las personas con TAG usarían la preocupación como una estrategia de afrontamiento porque prefieren mantener un estado emocional negativo con el fin de prepararse para lo peor en vez de experimentar un cambio desde un estado neutral o positivo a una emoción negativa. Es decir, preocuparse no evita la emoción negativa, sino el contraste emocional negativo. Asimismo, las preocupaciones son reforzadas negativamente mediante el alivio que se produce cuando no ocurren las consecuencias temidas (lo que es lo más habitual) o cuando, incluso, ocurren resultados positivos; también, cuando la función de la preocupación es no pensar en otro tipo de experiencias más perturbadoras emocionalmente.

3. Ansiedad o inquietud, deterioro de la ejecución de tareas (especialmente de tareas cognitivas complejas), problemas de concentración, perturbaciones del sueño, tensión muscular, fatigabilidad, irritabilidad. Esto último puede ser favorecido por el miedo a cometer un error y por la búsqueda de mayor seguridad a la hora de decidir. Las

consecuencias negativas de las preocupaciones pueden contribuir al mantenimiento de estas, al igual que el humor deprimido. Asimismo, favorecen el empleo de estrategias cognitivas y conductuales dirigidas a reducirlas y a prevenir las supuestas amenazas.

4. Control del pensamiento a través de medios como la supresión de los pensamientos disparadores de las preocupaciones o su sustitución por otros agradables o neutrales. El fin es prevenir la amenaza y reducir la ansiedad, pero la estrategia es ineficaz o contribuye a mantener el problema.
5. Conductas motoras de evitación y de búsqueda de seguridad. Consisten en no hacer (evitación pasiva) o hacer (evitación activa) ciertas actividades motoras con el fin de prevenir o minimizar los supuestos peligros anticipados y la ansiedad. Ejemplos serían llamar a los seres queridos para comprobar que están bien, negarse a escuchar noticias desagradables y posponer decisiones. Estas conductas de seguridad contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza.

Por otra parte, con el paso del tiempo los pacientes desarrollan creencias negativas sobre las preocupaciones, lo cual termina de complicar el problema. A partir de experiencias propias y de otros, los pacientes tienden a creer que preocuparse es incontrolable y peligroso. Las creencias negativas sobre la incontrolabilidad están siempre presentes, mientras que las creencias negativas sobre que las preocupaciones son peligrosas suelen ser habituales.

Estas creencias negativas estimulan las metapreocupaciones o preocupaciones sobre el hecho de preocuparse. Tanto unas como otras tienen una serie de efectos, algunos de los cuales ya han sido comentados:

1. Mayor atención a los pensamientos no deseados y mejor detección de los mismos.
2. Intentos de controlar los pensamientos no deseados mediante la

supresión o sustitución de los pensamientos disparadores.

3. Conductas motoras de seguridad dirigidas a buscar tranquilización y a prevenir los peligros asociados con las preocupaciones.

4. Respuestas emocionales y otras reacciones. Incremento de ansiedad y tensión, disociación, mente acelerada, problemas de concentración, perturbaciones del sueño, etc. Estas reacciones pueden ser interpretadas como prueba favorable a las creencias negativas que subyacen a las metapreocupaciones. En caso de tener lugar una valoración de una catástrofe mental inmediata, podrían aparecer ataques de pánico.

Todos estos efectos exacerban los pensamientos intrusos, mantienen las interpretaciones de amenaza y contribuyen al mantenimiento de las metapreocupaciones.

Finalmente, el TAG interfiere de modo notable en la vida personal, laboral, social y familiar de las personas afectadas en comparación con controles sanos e incluso con personas con otros trastornos. Entre sus efectos negativos pueden citarse los siguientes: estado de ánimo más deprimido, mayor probabilidad de ideación suicida e intentos suicidas, más problemas interpersonales y familiares, baja satisfacción marital, mayor riesgo de separación o divorcio, falta de amigos íntimos, peor rendimiento laboral, mayor probabilidad de problemas médicos (p. ej., problemas cardíacos, hipertensión, dolor de cabeza, colon irritable) y mayor empleo de servicios médicos y medicación (benzodiazepinas, antidepresivos, hipnóticos) para controlar sus síntomas. El deterioro es mayor si hay comorbilidad con depresión mayor. Además, el TAG aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos afectivos, otros trastornos de ansiedad y trastornos de abuso de sustancias, y reduce la probabilidad de alentar en los hijos la confianza en sí mismos. EL TAG representa un coste significativo para la sociedad, ya que reduce la productividad laboral y supone un uso elevado de los recursos sanitarios y una carga económica notable.

# Parte II

# **Evaluación y tratamiento**

6

# Evaluación

La finalidad de este capítulo es la de ofrecer algunos ejemplos de instrumentos útiles de evaluación clasificados en varios métodos básicos: entrevista, cuestionarios/escalas de valoración y autorregistros. Para las entrevistas diagnósticas y para la inmensa mayoría de cuestionarios presentados, existen datos que avalan su fiabilidad y validez. Antony, Orsillo y Roemer (2001), Bobes et al. (2002) y Muñoz et al. (2002) describen una serie de instrumentos junto con sus propiedades psicométricas. Fuentes et al. (2005) y Prados (2008) también presentan información útil de cara a la evaluación del TAG. A continuación se describen los métodos e instrumentos más importantes y se concluirá exponiendo cómo evaluar si los cambios conseguidos han sido clínica o socialmente significativos.

## 6.1. Entrevista

La entrevista clínica es un medio muy útil para explorar diversos aspectos importantes para entender al paciente y conceptualizar el caso. Estos aspectos incluyen: a) motivo de consulta y otros posibles problemas que el paciente quiera reconocer en este momento inicial, b) definición y análisis del problema: características del mismo, condiciones que lo agravan o reducen, variables situacionales y personales que lo mantienen, interferencia que causa en la vida, c) historia y fluctuaciones del problema, d) tratamientos previos y actuales y resultados logrados, e) motivación, expectativas y objetivos del paciente, f) recursos y limitaciones del paciente, y g) otros trastornos o problemas que pueda presentar el paciente.

El cuadro 6.1 presenta una serie de preguntas que pueden ser útiles a la hora de definir y analizar el TAG. Para el resto de aspectos antes mencionados, puede consultarse Bados (2000, Apéndice I).

Cuadro 6.1. Posibles preguntas de la entrevista clínica para definir y

## analizar el trastorno de ansiedad generalizada

---

- ¿Diría usted que es una persona que se preocupa con facilidad?
  - ¿Qué es lo que dispara sus preocupaciones?: trabajo/escuela, familia, dinero, amigos/conocidos, salud propia, salud de otros, pequeñas cosas (puntualidad, reparaciones poco importantes), asuntos del país o del mundo, otras cosas sobre las que la mayoría de la gente no se preocupa.
  - ¿Qué cree que puede suceder respecto a... (mencionar cada área de preocupación reconocida por el cliente)? (se trata de identificar lo que la persona teme que ocurra).
  - ¿Se manifiestan sus preocupaciones solo en forma de pensamientos verbales o aparecen también imágenes? Si es así, descríbame estas imágenes.
  - Para establecer en qué grado cada preocupación es excesiva e incontrolable, se hacen, para cada área de preocupación identificada, las preguntas que sean necesarias de las siguientes:
    - a) ¿Con qué frecuencia se siente ansioso o preocupado acerca de...? ¿Considera que se preocupa demasiado acerca de...? ¿Cree que otras personas se preocupan tanto como usted acerca de...? ¿Cuánta tensión o ansiedad le producen sus preocupaciones acerca de...?
    - b) ¿Encuentra muy difícil dejar de preocuparse acerca de...? ¿Cree que preocuparse es incontrolable? Si necesita concentrarse en otra cosa, ¿es capaz de quitarse de la cabeza la preocupación acerca de...? Si está intentando leer, ver la televisión o trabajar, ¿su preocupación acerca de... le viene a la mente y le dificulta concentrarse en estas tareas?
  - Cuando las cosas van bien, ¿todavía encuentra cosas que le preocupan y le ponen ansioso? ¿Se preocupa por no preocuparse o se preocupa cuando las cosas le van bien en la vida?
  - En los últimos 6 meses, ¿ha habido más días en los que se ha encontrado excesivamente preocupado o ansioso que en los que no?
  - ¿Cuánto tiempo hace que dura este periodo actual de preocupaciones y ansiedad excesivas y difíciles de controlar?
  - Piense detenidamente en la última vez que se preocupó en exceso y descríbame qué sucedió, qué pensamiento disparó sus preocupaciones, en qué estuvo
-

- 
- pensando y qué hizo para manejar su preocupación y ansiedad. ¿Fue similar a otras veces? Si no es así, ¿en qué fue diferente?
- ¿Qué síntomas nota usted habitualmente en las épocas en que se encuentra agobiado por las preocupaciones? (Para cada uno de los seis síntomas enumerados más abajo, hacer las siguientes preguntas.) Durante los últimos 6 meses, ¿ha experimentado usted frecuentemente... al estar ansioso o preocupado? ¿Lo ha experimentado la mayoría de los días durante los últimos 6 meses? ¿Cómo de intenso ha sido?
    - a) Inquietud o tener los nervios de punta.
    - b) Cansarse o fatigarse fácilmente.
    - c) Dificultades de concentración o quedarse en blanco.
    - d) Irritabilidad.
    - e) Tensión muscular.
    - f) Perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador)?
  - ¿Qué cosas explican, según usted, que sus preocupaciones y su ansiedad se mantengan?
  - ¿Qué cosas agravan sus preocupaciones y su ansiedad? (ocurrencia de eventos estresantes tales como problemas familiares o laborales, dificultades económicas, problemas de salud, notarse activado o alterado emocionalmente, sentirse deprimido). ¿Qué cosas hacen que disminuyan?
  - ¿Acuden preocupaciones a su mente sin una razón aparente? ¿Con qué frecuencia? ¿Cuáles son estas preocupaciones?
  - ¿Qué piensa usted respecto a los problemas que van apareciendo en su vida? ¿Cómo se siente cuando surgen? ¿Qué piensa de su capacidad para resolverlos?
  - ¿Cree que preocuparse puede serle útil de algún modo? ¿En qué medida su preocupación le lleva a encontrar una solución para el problema sobre el que se preocupa? ¿Cree que puede pasar algo malo si deja de preocuparse?
  - Cuando está muy preocupado y ansioso, ¿piensa que puede sucederle algo malo como consecuencia? ¿Puede decirme qué? ¿Qué es lo peor que le podría ocurrir si continuara preocupándose?
  - ¿Qué hace para controlar sus preocupaciones? ¿Intenta suprimirlas o distraerse o pensar en otras cosas cuando se siente preocupado?
  - ¿Le llevan sus preocupaciones a hacer cosas para tranquilizarse o para reducir la ansiedad que le producen? ¿Qué hace o deja de hacer con el fin de intentar evitar que suceda lo que teme? (preguntar para cada tipo de preocupación identificado).
  - ¿Qué cree que pasaría si no llevara a cabo estas conductas (dirigidas a controlar su ansiedad o impedir que ocurra lo que teme)? ¿En qué medida cree que pasaría lo que teme (pueden citarse las consecuencias temidas)?
-

- 
- ¿En qué medida le resultan eficaces todas estas conductas para deshacerse de sus preocupaciones a largo plazo?
  - ¿Cómo reaccionan (qué dicen y qué hacen) las personas importantes para usted ante sus preocupaciones y ansiedad? (critican, apoyan, pasan).
  - ¿Cómo repercute el problema en su vida? (Preguntar por repercusiones en estado de ánimo; relación con pareja, hijos, familia de origen, amigos, otras personas; trabajo o estudios; cuidado de la casa; actividades de ocio; sueño; vida sexual.) ¿Cómo de graves son estas repercusiones?
  - ¿Qué consecuencias a largo plazo cree que puede tener su problema tanto para usted como para otras personas? ¿Qué cree usted que pasará si el problema no se soluciona?
  - Enfermedades, molestias físicas y problemas de dolor que padece actualmente: tipo, duración y tratamiento.
  - Consumo de fármacos, café, alcohol y drogas: tipo, frecuencia, cantidad. Preguntar si ha habido o hay problemas con estas sustancias.
  - [Estar atentos a posibles consecuencias positivas derivadas del problema o consecuencias negativas que se seguirían si se solucionara. Si se considera necesario, puede preguntarse: ¿Puede pensar en algo negativo que podría suceder caso de que su problema se solucionara?]
- 

Si con las preguntas contempladas en el cuadro 6.1 no se obtiene la información deseada - debido, por ejemplo, a una emoción limitada durante la entrevista-, puede pedirse al paciente que imagine lo más vívidamente que pueda una situación que le preocupe. Luego se le hacen las preguntas oportunas para identificar la situación y el pensamiento que disparó la preocupación, en qué estuvo pensando, en qué centró su atención (amenaza percibida), cómo se sintió, qué hizo a nivel cognitivo y conductual para manejar su preocupación y ansiedad, el grado en que consideró útil preocuparse, el grado en que pudo controlar su preocupación y lo peor que hubiera podido sucederle de no haber controlado sus preocupaciones.

Aparte de la entrevista clínica, existen otros tipos de entrevistas que pueden ser útiles según los casos. Se comentarán dos de ellas. La entrevista para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV) de Brown, DiNardo y Barlow (1994) es un modelo de entrevista que sigue los criterios del DSM-IV, dura 1-2 horas y evalúa los diferentes trastornos de ansiedad a

un nivel no solamente diagnóstico. Además, contiene secciones para evaluar los trastornos del estado de ánimo, la hipocondría, el trastorno por somatización, el trastorno mixto de ansiedad depresión y los trastornos de abuso/dependencia de sustancias psicoactivas. En todos estos casos, la evaluación puede hacerse solo en el presente o también en el pasado, según el modelo de entrevista que se emplee de los dos existentes. También se incluyen unas pocas preguntas de cribado sobre aspectos psicóticos y de conversión, y sobre la historia familiar de trastornos psicológicos. La última sección aborda la historia de tratamiento psicológico y psiquiátrico y la historia médica del cliente. Finalmente, se incluyen las escalas de Hamilton para la ansiedad y la depresión. Una adaptación de esta entrevista para niños y adolescentes es la entrevista para los trastornos de ansiedad en niños (ADIS-C) de Silverman y Albano (1996).

De alcance más limitado, la escala de gravedad del trastorno de ansiedad generalizada (Generalized Anxiety Disorder Severity Scale, GADSS; Shear et al., 2006) es una entrevista breve dirigida a evaluar la gravedad del TAG. Comienza con una lista de áreas de preocupación para identificar las situaciones que suscitan preocupación: futuro, salud, familia, economía, trabajo, etc. El resto de la escala incluye seis ítems: frecuencia de la preocupación, malestar debido a la preocupación, frecuencia de las reacciones asociadas, intensidad de las reacciones asociadas y malestar debido a las mismas, deterioro laboral y deterioro social. Cada ítem es valorado por el entrevistador en una escala de gravedad de 0 a 4. El instrumento puede consultarse en la fuente original.

Finalmente, suele ser conveniente entrevistar a una persona allegada del paciente para obtener otro punto de vista. Es necesario pedir permiso al cliente y preguntarle qué parte de la información que ha dado se puede comunicar en caso necesario y cuál no; esta misma pregunta debe hacerse a la persona allegada.

## 6.2. Cuestionarios

Se comentarán a continuación los cuestionarios y escalas de valoración dirigidos a evaluar la posible existencia de TAG (cuestionarios de tipo diagnóstico), la ansiedad general, la preocupación, los factores que se piensa que contribuyen a mantener el TAG y la interferencia o discapacidad producida por este. Se abordarán los cuestionarios dirigidos a adultos y niños, especialmente a los primeros. En el caso de personas mayores, se describe un cuestionario de ansiedad, pero puede consultarse la revisión de Therrien y Hunsley (2012).

Una buena batería de cuestionarios para valorar los resultados podría incluir uno de ansiedad (p. ej., las escalas de depresión, ansiedad y estrés [versión de 21 ítems; DASS-21] o el inventario de estado-rasgo para la ansiedad cognitiva y somática), el inventario de preocupación del estado de Pensilvania, la escala de intolerancia hacia la incertidumbre, el ¿por qué me preocupo II? y el cuestionario de metapreocupación (o el cuestionario de metacogniciones, versión breve, en sustitución de los dos últimos). Otros instrumentos que pueden ser útiles para el tratamiento son el cuestionario de orientación negativa hacia los problemas (o, con miras más amplias, el inventario de solución de problemas sociales - revisado), el cuestionario de evitación cognitiva y algún cuestionario para evaluar la interferencia producida por el trastorno.

También es aconsejable pasar un cuestionario de depresión, dada la importancia del bajo estado de ánimo en el TAG, aunque la DASS-21 ya proporciona una medida al respecto. Finalmente, existen instrumentos no normalizados que son útiles como medida semanal para ir valorando el progreso del paciente y que incluso pueden ser individualizados para cada caso. Uno de estos instrumentos es la escala revisada sobre el trastorno de ansiedad generalizada de Wells (2009); una adaptación individualizada de la misma se presentará en el capítulo 8. El clínico con poco tiempo para pasar cuestionarios puede limitarse a esta última escala o a su adaptación, junto con la DASS-21 y el inventario de preocupación de Pensilvania administrados, al menos, en el pretratamiento y postratamiento.

### 6.2.1. Cuestionarios de tipo diagnóstico

Son cuestionarios que permiten evaluar la posible existencia de TAG, aunque la confirmación del diagnóstico requiere la realización de una entrevista debido a la existencia de muchos falsos positivos.

Cuestionario de preocupación y ansiedad (Questionnaire sur le Inquiétude el l'Anxiété; Worry and Anxiety Questionnaire, WAQ; Dugas et al., 2001). Consta de 11 ítems agrupados en 6 preguntas que evalúan los criterios diagnósticos del TAG según el DSM-IV. La primera pregunta indaga por hasta seis temas de preocupación frecuentes. Las tres siguientes preguntas abordan si las preocupaciones parecen excesivas, los días que ocupan y la dificultad para controlarlas. La quinta pregunta enumera los seis síntomas del DSM-IV asociados a la ansiedad y preocupación, y la última explora el grado de interferencia de la ansiedad y las preocupaciones en la vida. Salvo el primero, todos los ítems se valoran en escalas 0-8 y se requiere un 4 o más para satisfacer un criterio. El cuestionario puede consultarse en la fuente original y en Caballo (2005) y Prados (2008).

Cuestionario del trastorno de ansiedad generalizada IV (Generalized Anxiety Disorder Questionnaire IV, GADQ-IV; Newman et al., 2002). Consta de 9 ítems que evalúan los criterios diagnósticos del TAG según el DSM-IV. Todos los ítems se responden con sí o no, salvo el que pide enumerar hasta seis áreas de preocupación y los dos que preguntan por la interferencia y el malestar producidos por las preocupaciones y síntomas asociados, los cuales se valoran de 0 a 8. Una puntuación de 5,7 o más indica probable TAG, según los datos de sensibilidad y especificidad de la escala. El instrumento puede consultarse en la fuente original.

Escala del trastorno de ansiedad generalizada - 7 (Generalized Anxiety Disorder - 7 Scale; GAD - 7; Spitzer et al., 2006). Es una escala que pretende identificar casos probables de TAG a partir de algunos criterios fundamentales fijados en el DSM-IV. Consta de 7 ítems que la persona valora en una escala de 0 a 3 según la frecuencia con que cada síntoma le ha perturbado durante las 2 últimas semanas. Además, un ítem adicional que no

contribuye a la puntuación total evalúa la interferencia producida por los síntomas. La escala es unifactorial y una puntuación de 10 o más muestra valores adecuados de sensibilidad y especificidad. La escala puede consultarse en la fuente original y ha sido adaptada al español por García Campayo et al. (2010).

### 6.2.2. Cuestionarios de ansiedad

Keedwell y Snaith (1996) han destacado que el término ansiedad no es un constructo unitario, sino que hace referencia a un número diferente de dimensiones: emoción (p. ej., miedo no situacional), cognición (p. ej., preocupación sobre la ocurrencia de un evento adverso), conducta (p. ej., incapacidad de estar quieto y relajado, movimientos repetitivos sin objeto), reacciones corporales (p. ej., taquicardia, sudoración), hiperactivación (p. ej., hipervigilancia, dificultad para dormir) y otras (p. ej., despersonalización, problemas para concentrarse). Las distintas escalas de ansiedad varían considerablemente en la medida en que reflejan estas dimensiones; la inmensa mayoría enfatizan primordialmente una o dos dimensiones y, por lo tanto, no presentan una distribución más o menos equilibrada de todas ellas. Conviene tener en cuenta que cuando un paciente presente una enfermedad con síntomas somáticos que puedan confundirse con los de la ansiedad, es importante emplear un instrumento que se centre en los otros aspectos.

Por otra parte, debe considerarse que los cuestionarios de ansiedad no tienden a discriminar a los pacientes con TAG de los pacientes con otros trastornos de ansiedad, salvo aquellos con fobia específica. Asimismo, muchos cuestionarios de ansiedad correlacionan de forma elevada con medidas de depresión, por lo que conviene elegir aquellos que muestran una adecuada validez discriminante al respecto. Ejemplos son la versión de 21 ítems de las escalas de depresión, ansiedad y estrés, el inventario de estado-rasgo para la ansiedad cognitiva y somática y el inventario de ansiedad de Beck descritos aquí debajo.

Escalas de depresión, ansiedad y estrés (Depression Anxiety, Stress

Scales, DASS; Lovibond y Lovibond, 1995; versión española de Bados, Solanas y Andrés, 2005). En este cuestionario, que puede consultarse en el cuadro 6.2, el cliente valora de 0 a 3 con qué intensidad/frecuencia ha experimentado durante la semana anterior cada uno de 21 síntomas emocionales negativos. Existen tres escalas (depresión, ansiedad y estrés) de 7 ítems cada una y moderadamente correlacionadas entre sí. La escala de depresión incluye los ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21 y evalúa tristeza, falta de emociones positivas, falta de ilusión y de iniciativa para hacer cosas, desvalorización de sí mismo y falta de sentido de la vida. La escala de ansiedad incluye los ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20 y evalúa principalmente la activación somática y también la preocupación por situaciones y la experiencia subjetiva de ansiedad. La escala de estrés incluye los ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18 y evalúa dificultad para relajarse, hiperreactividad ante las situaciones, agitación, irritabilidad, gasto de energía e impaciencia. Esta última escala discrimina entre pacientes con TAG y pacientes con otros trastornos de ansiedad. Los tres factores del DASS-21 cargan en un factor de orden superior (malestar psicológico general), por lo que sería adecuado calcular también una puntuación total.

Cuadro 6.2. Escalas de depresión, ansiedad y estrés (versión de 21 ítems)

Por favor, lea cada una de las siguientes frases y rodee con un círculo el número 0, 1, 2 o 3 que mejor indique en qué medida cada frase ha sido aplicable a usted durante *los últimos 7 días*. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No emplee mucho tiempo en cada frase. La escala de valoración es como sigue:

0 = Nada aplicable a mí

1 = Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo

2 = Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo

3 = Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

1. Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2. He notado la boca seca	0	1	2	3
3. No he podido sentir ninguna emoción positiva	0	1	2	3
4. He tenido dificultades para respirar (p. ej., respiración excesivamente rápida, falta de aliento sin haber hecho esfuerzo físico)	0	1	2	3
5. Me ha resultado difícil tener iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. He tendido a reaccionar exageradamente ante las situaciones	0	1	2	3
7. He tenido temblores (p. ej., en las manos)	0	1	2	3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9. He estado preocupado por situaciones en las que pudiera ser presa del pánico y hacer el ridículo	0	1	2	3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11. Me he sentido agitado	0	1	2	3
12. Me ha resultado difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me he sentido desanimado y triste	0	1	2	3
14. No he tolerado nada que me impidiera seguir con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. He sentido que estaba al borde del pánico	0	1	2	3
16. He sido incapaz de entusiasarme por nada	0	1	2	3
17. He sentido que no valía mucho como persona	0	1	2	3
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19. He notado mi corazón sin hacer esfuerzo físico (p. ej., aumento del ritmo cardíaco, ausencia de algún latido)	0	1	2	3
20. Me he sentido asustado sin una razón de peso	0	1	2	3
21. He sentido que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

*Fuente:* traducido de Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sidney: Psychology Foundation of Australia. Adaptación española de Bados, Solanas y Andrés (2005). Cuestionario de libre acceso.

Inventario de estado-rasgo para la ansiedad cognitiva y somática (State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety, STICSA; Ree et al. [2000, citado en Grós et al., 2007]). Este inventario considera la ansiedad cognitiva y somática, tanto en su versión rasgo (disposición a responder con ansiedad ante situaciones percibidas como amenazantes) como estado. Ambas formas constan de 21 ítems (10 para la ansiedad cognitiva y 11 para la somática) que se valoran en una escala de 1 a 4 según el grado en que caracterizan cómo se siente la persona, ya sea en el momento presente (forma estado) o en general (forma rasgo). Ejemplos de ítems son "creo que ocurrirá lo peor" (ansiedad cognitiva) y "mis músculos están tensos" (ansiedad somática). El inventario puede consultarse en Grós et al. (2007). El STICSA es un cuestionario preferible a otro que es utilizado con mucha frecuencia, el inventario de estado rasgo de ansiedad (STAI-T), ya que este último parece medir tanto ansiedad como depresión, especialmente la segunda.

Otra medida utilizada frecuentemente, pero que también muestra una correlación elevada con depresión, es la escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS; Hamilton, 1959). La versión original de esta escala implica la valoración por parte de un evaluador mediante una entrevista, pero el instrumento tiene también una versión de autoinforme. Consta de 14 ítems en los que se valora de 0 a 4 diversos aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad durante los últimos días; además, un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.

Inventario de ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI; Beck y Steer, 1990). Es un cuestionario que evalúa estado prolongado de ansiedad. Consta de 21 ítems o síntomas que el cliente valora de 0 a 3 según el grado de molestia que le han producido durante los últimos 7 días. Aunque se identificaron cuatro factores en un estudio, otros trabajos han hallado solo dos factores: a) subjetivo/cognitivo (p. ej., miedo a que suceda lo peor") y b) somático (p. ej., "sensación de ahogo").

Algunos han señalado que el BAI evalúa principalmente síntomas del trastorno de pánico, pero otros argumentan que el trastorno de pánico puede

representar simplemente un nivel más intenso de ansiedad que el TAG u otros trastornos de ansiedad. De todos modos, las instrucciones no preguntan sobre el grado en que se han experimentado los síntomas, sino sobre la medida en que han resultado molestos, algo que puede estar más relacionado con el miedo al miedo típico del trastorno de pánico. Puede consultarse en Botella y Ballester (1997) y Comeche, Díaz y Vallejo (1995). El cuestionario ha sido publicado por Pearson ([www.pearsonpsychcorp.es](http://www.pearsonpsychcorp.es)).

Inventario de ansiedad de Beck-versión rasgo (Beck Anxiety Inventory-Trait, BAIT, Kohn et al., 2008). Mientras que el BAI mide un estado prolongado de ansiedad, el BAIT evalúa el rasgo de ansiedad. Los ítems son los mismos, pero las instrucciones se refieren a cómo se siente la persona en general y la escala de 0 a 3 se refiere a la frecuencia con que los síntomas resultan molestos. Se han hallado dos factores, subjetivo y somático, aunque por el momento solo ha sido estudiado en universitarios.

Por lo que se refiere a los niños, se mencionarán dos cuestionarios, pero ambos presentan el problema de que correlacionan en igual medida con otras medidas de ansiedad que con depresión.

Inventario de estado-rasgo de ansiedad para niños (State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC; Spielberger et al., 1973). Está dirigido a niños/adolescentes de 7-16 años y pretende evaluar el estado y el rasgo de ansiedad. Cada una de estas dos escalas consta de 20 ítems y el niño contesta, respectivamente, cómo se siente en este momento (p. ej., "estoy preocupado") y cómo se siente generalmente (p. ej., "me preocupo demasiado"); para ello emplea una escala de intensidad de 1 a 3. Existe una versión española publicada por TEA.

Escala de ansiedad manifiesta para niños - revisada (Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS; Reynolds y Richmond, 1978). De sus 37 ítems de respuesta sí/no, 28 permiten obtener una medida general de la ansiedad y tres medidas más específicas: a) dimensión fisiológica (p. ej., "tengo pesadillas"), b) preocupaciones sociales/concentración (p. ej., "creo que a otros no les gusta el modo en que hago las cosas") y e)

preocupación/hipersensibilidad (p. ej., "me preocupo por lo que va a suceder"); incluye además una escala de mentiras de 9 ítems. A pesar de ser la escala más utilizada con niños, confunde la ansiedad con la depresión y con la hiperactividad y el déficit de atención, y es poco sensible al tratamiento. La versión española de Sosa et al. (1993) no incluye la escala de mentiras y parece ser unifactorial. Reynolds y Richmond (2008) han publicado una segunda edición de la escala, la cual consta de 49 ítems de respuesta dicotómica distribuidos en cinco escalas: tres de ansiedad (ansiedad fisiológica, preocupación, ansiedad social), que permiten obtener también una medida de ansiedad total, y dos de validez (actitud defensiva e índice de respuesta inconsistente). Existe una versión en español (Reynolds y Richmond, 2012).

Finalmente, para evaluar la ansiedad en personas mayores, es útil el Inventario de Ansiedad Geriátrica (Geriatric Anxiety Inventory, GAI; Pachana et al., 2007). Consta de 20 ítems de respuesta dicotómica (de acuerdo, en desacuerdo). Existe también una versión abreviada de 5 ítems (Byrne y Pachana, 2011). La versión española del GAI puede consultarse en Márquez González et al. (2012) y en ella se han hallado tres factores: síntomas cognitivos, de activación y somáticos.

### 6.2.3. Cuestionarios de preocupaciones

Se incluyen aquí cuestionarios sobre la tendencia a preocuparse y sobre las áreas que suponen una fuente de preocupación.

Inventario de preocupación del estado de Pensilvania (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ; Meyer et al., 1990). Este cuestionario, que puede consultarse en el cuadro 6.3, consta de 16 ítems que miden la tendencia a preocuparse en general (rasgo de preocupabilidad) y es uno de los instrumentos básicos en la evaluación del TAG. El cliente valora de 1 a 5 en qué medida el contenido de cada ítem es característico de él. Once de los ítems están redactados de forma que indican preocupación (p. ej., "mis preocupaciones me abruma") y cinco, falta de problemas de preocupación

(p. ej., "no suelo preocuparme por las cosas"). Según los estudios que se consideren, el PSWQ es unifactorial o presenta dos factores (tendencia a preocuparse y ausencia de preocupación) que cargan en un factor de orden superior (preocupación). El factor tendencia a preocuparse correlaciona en mayor grado con medidas de ansiedad y depresión que el factor ausencia de preocupación, el cual no parece tener un significado sustantivo, sino obedecer a un factor de método, ya que incluye todos los ítems redactados inversamente: 1, 3, 8, 10 y 11. Por lo tanto, se aconseja emplear la puntuación de la escala total o la correspondiente a los ítems directos. La validación española ha sido realizada por Sandín et al. (2009), los cuales presentan también una versión reducida de 11 ítems en la cual se han eliminado los cinco ítems formulados inversamente. Nuevo, Montorio y Ruiz (2002) han publicado una adaptación del PSWQ, específicamente pensada para personas mayores, en la que han invertido la redacción de los cinco ítems redactados en negativo para facilitar su comprensión.

#### Cuadro 6.3. Inventario de preocupación del estado de Pensilvania

---

*Instrucciones:*

A continuación encontrará una lista de 16 enunciados relacionados con formas de sentir que tiene la gente. Lea detenidamente cada uno de ellos y, *aplicándolo a usted*, conteste rodeando con un círculo el número que mejor se ajuste a su forma de sentir habitual. Tenga en cuenta que existe un rango posible de respuesta que oscila entre 1 y 5, es decir:

---

<i>No es en absoluto típico en mí</i>					<i>Es muy típico en mí</i>	
1	2	3	4	5		

---

Así, por ejemplo, si estima que lo que dice un enunciado no es nada típico en usted, debería rodear el número 1; pero si cree que es poco típico en usted, entonces debe rodear el número 2; si considera que es relativamente típico en usted, deberá rodear el número 3; si es bastante típico, marque el número 4; finalmente, si es muy típico en usted, rodee el número 5. No piense demasiado en cada frase. Contesto lo que a primera vista crea que es lo que mejor le define.

---

1. Cuando no dispongo de tiempo suficiente para hacer todo lo que tengo que hacer, no me preocupo por ello	1	2	3	4	5
2. Me agobian mis preocupaciones	1	2	3	4	5
3. No suelo preocuparme por las cosas	1	2	3	4	5
4. Son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado/a	1	2	3	4	5
5. Sé que no debería estar tan preocupado/a por las cosas, pero no puedo hacer nada por evitarlo	1	2	3	4	5
6. Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo	1	2	3	4	5
7. Siempre estoy preocupado/a por algo	1	2	3	4	5
8. Me resulta fácil eliminar mis pensamientos de preocupación	1	2	3	4	5
9. Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme sobre alguna otra cosa que debo hacer	1	2	3	4	5

---

10. Nunca suelo estar preocupado/a	1	2	3	4	5
11. Cuando no puedo hacer nada más sobre algún asunto, no vuelvo a preocuparme más de él	1	2	3	4	5
12. Toda mi vida he sido una persona muy preocupada	1	2	3	4	5
13. Soy consciente de que me he preocupado excesivamente por las cosas	1	2	3	4	5
14. Una vez que comienzan mis preocupaciones no puedo detenerlas	1	2	3	4	5
15. Estoy preocupado/a constantemente	1	2	3	4	5
16. Cuando tengo algún proyecto no dejo de preocuparme hasta haberlo efectuado	1	2	3	4	5

*Fuente:* tomado de Sandín, B. y Chorot, P. (2008). “Síndromes clínicos de la ansiedad”. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, edición revisada (vol. II, p. 79). Madrid: McGraw-Hill. Con permiso de McGraw-Hill. Se trata de la adaptación española de la versión original de Meyer *et al.* (1990).

A partir de un análisis factorial confirmatorio, Hopko *et al.* (2003) crearon una versión abreviada del PSWQ con solo 8 ítems (el PSWQ-A), en la que se han eliminado los cinco ítems redactados inversamente y tres de los once restantes. Esta versión abreviada correlaciona muy alto con la original y tiene propiedades psicométricas similares. Por otra parte, Stóber y Bittencourt (1998) han modificado el PSWQ para evaluar la tendencia a preocuparse durante la semana pasada y poder detectar así cambios más inmediatos; esta versión tiene un ítem menos e implica cambios en el tiempo verbal de redacción de los ítems, en las instrucciones y en la escala de respuesta (una escala de frecuencia que va de 0 a 6).

Inventario de preocupación del estado de Pensilvania para niños (Penn State Worry Questionnaire for Children, PSWQC; Chorpita *et al.*, 1997). Es una adaptación del PSWQ para población infantil mayor de 6 años. De los 16 ítems originales, 14 han sido retenidos, ya sea en su forma original o escritos con otras palabras. Los ítems 1 y 11 han sido eliminados y la escala de respuesta se ha reducido de 5 a 4 puntos. Los ítems pueden consultarse en Prados (2008).

Cuestionario de áreas de preocupación (Worry Domains Questionnaire, WDQ; Tallis, Eysenck y Mathews, 1992). Consta de 25 ítems que reflejan cinco áreas de preocupación de cinco ítems cada una y moderadamente relacionadas entre sí: a) relaciones interpersonales (p. ej., "perder amigos íntimos"), b) falta de confianza en sí mismo (p. ej., "sentirse inseguro"), c) futuro sin objeto (p. ej., "no tener buenas perspectivas de trabajo futuro"), d) incompetencia en el trabajo (p. ej., "cometer errores en el trabajo") y e) cuestiones económicas (p. ej., "no poder pagar facturas"). Se echa en falta el área de salud. Para cada ítem el cliente debe valorar en qué medida le preocupa según una escala de 0 (nada en absoluto) a 4 (extremadamente). La puntuación total refleja la intensidad de preocupación y las de las cinco áreas dan información sobre el contenido de las preocupaciones. Su empleo en clínica debe hacerse con cuidado, ya que puntuaciones elevadas pueden reflejar, al menos en parte, afrontamiento centrado en los problemas. Por ello, conviene que vaya acompañado del PSWQ. Los ítems pueden consultarse en Prados (2008) y el instrumento en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y Tallis, Davey y Bond (1994). Una versión breve (10 ítems, dos por cada área) del WDQ ha sido elaborada por Stóber y Joorman (2001) y la versión española correspondiente puede consultarse en Nuevo et al. (2009).

Existen otros cuestionarios sobre el contenido de las preocupaciones en poblaciones específicas tales como estudiantes (Student Worry Scale [Davey et al., 1992]; Student Worry Questionnaire-30; [Osman et al., 2001]), personas mayores (Worry Scale; Wisocki, 1988; existe una versión revisada que ha sido adaptada al español por Montorio et al., 2003), niños (The Worry Inventory for Children [realmente una entrevista estructurada]; Silverman et al., 1995) y adolescentes (Things I Worry About Scale; Millar y Gallagher, 1996).

Inventario de pensamientos ansiosos (Anxious Thought Inventory, AnTI; Wells, 1994). Consta de 22 ítems, valorados en una escala de frecuencia de 1 a 4, que miden tres dimensiones de preocupación: a) preocupación social (p. ej., "me preocupo por mi apariencia"), b) preocupación por la salud (p. ej., "me preocupa tener un ataque al corazón o cáncer") y c) metapreocupación

(p. ej., "me resulta difícil apartar de mi mente pensamientos repetitivos"). Cada dimensión tiene 9, 6 y 7 ítems, respectivamente. Todas las escalas miden contenido, pero la última evalúa también características de proceso tales como la involuntariedad e incontrolabilidad de las preocupaciones. Puede obtenerse una puntuación total además de las tres subpuntuaciones mencionadas. Los ítems pueden consultarse en Prados (2008) y el cuestionario en Wells (1997).

#### 6.2.4. Cuestionarios sobre factores que se piensa que contribuyen a mantener el TAG

Se presentarán cuestionarios que evalúan la intolerancia a la incertidumbre, las creencias positivas y negativas sobre preocuparse, la orientación hacia los problemas y las conductas de evitación.

Escala de intolerancia a la incertidumbre (Intolerance of Uncertainty Scale, IUS; Freston et al., 1994; Buhr y Dugas, 2002). El instrumento ha sido adaptado al español por González et al. (2006) y puede consultarse en el cuadro 6.4. Consta de 27 ítems que la persona valora de 1 a 5 según el grado en que los considera característicos de sí misma y que versan sobre reacciones emocionales y conductuales de no estar seguro, cómo ser inseguro refleja el carácter de una persona, expectativas de que el futuro es predecible, frustración cuando no lo es, intentos de control del futuro y respuestas todo o nada en situaciones inciertas. La estructura factorial de la IUS ha variado según los estudios, pero se han confirmado dos subescalas en un análisis factorial confirmatorio (Sexton y Dugas, 2009): a) la incertidumbre tiene implicaciones negativas conductuales y personales (ítems 1, 2, 3, 9, 12 a 17, 20, 22 a 25), y b) la incertidumbre es injusta y lo arruina todo (ítems 4 a 8, 10, 11, 18, 19, 21, 26 y 27). González et al. (2006) hallaron prácticamente estos mismos factores en una muestra española, con solo tres ítems cambiados; denominaron a estos factores incertidumbre generadora de inhibición e incertidumbre como desconcierto e imprevisión. La escala puede aplicarse semanalmente porque su reducción indica que el tratamiento progresa bien.

Las elevadas intercorrelaciones entre los ítems de la IUS y la inestabilidad factorial de la misma llevaron a Carleton, Norton y Asmundson (2007) a desarrollar una versión abreviada de 12 ítems (IUS-12), la cual incluye, en el siguiente orden, los ítems 7 a 12, 15, 18 a 21 y 25 del IUS. Esta versión breve correlaciona muy alto con la original (0,96) y presenta una estructural bifactorial estable: a) ansiedad prospectiva (ansiedad basada en eventos futuros; ítems 1, 2, 4, 5, 8, 9 y 11 del IUS-12) y b) ansiedad inhibitoria (inhibición de la acción debido a la incertidumbre; ítems 3, 6, 7, 10 y 12 del IUS-12). Esta estructura bifactorial se corresponde con la hallada en la IUS de 27 ítems: el primer factor correspondería al segundo y viceversa. En una revisión de la IUS de 12 y 27 ítems, Birrell et al. (2011) concluyeron que la escala presenta dos factores que denominaron a) deseo de predictibilidad y búsqueda de certeza, y b) parálisis cognitiva y conductual ante la incertidumbre.

#### Cuadro 6.4. Escala de intolerancia a la incertidumbre

---

A continuación aparecen una serie de afirmaciones sobre la incertidumbre. Indique en qué medida es representativa de usted cada una de ellas empleando la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Nada representativa	Algo representativa	Moderadamente representativa	Bastante representativa	Completamente representativa

1. La incertidumbre me impide tener una opinión firme \_\_\_\_\_
  2. Estar inseguro/a sobre algo me desorganiza \_\_\_\_\_
  3. La incertidumbre hace intolerable la vida \_\_\_\_\_
  4. Es injusto no tener garantías de que las cosas vayan a salir bien en la vida \_\_\_\_\_
  5. No puedo estar tranquilo/a mientras no sepa lo que va a suceder al día siguiente \_\_\_\_\_
  6. La incertidumbre me produce inquietud, ansiedad o estrés \_\_\_\_\_
  7. Los imprevistos me molestan mucho \_\_\_\_\_
  8. Es frustrante para mí no tener toda la información que necesito \_\_\_\_\_
  9. La incertidumbre me impide disfrutar plenamente de la vida \_\_\_\_\_
  10. Se debería prever todo para evitar las sorpresas \_\_\_\_\_
  11. Un pequeño imprevisto puede arruinarlo todo, incluso con la mejor de las planeaciones \_\_\_\_\_
  12. Cuando llega el momento de actuar, la incertidumbre me paraliza \_\_\_\_\_
  13. Estar inseguro/a implica no poder figurar entre los mejores \_\_\_\_\_
  14. Cuando estoy indeciso/a no puedo seguir adelante \_\_\_\_\_
  15. Cuando estoy indeciso/a no puedo funcionar muy bien \_\_\_\_\_
  16. A diferencia de mí, los demás siempre parecen saber hacia dónde dirigen sus vidas \_\_\_\_\_
  17. La incertidumbre me hace vulnerable, infeliz o triste \_\_\_\_\_
  18. Quiero saber siempre qué me depara el futuro \_\_\_\_\_
  19. No soporto que me cojan por sorpresa \_\_\_\_\_
  20. La más mínima duda me puede impedir actuar \_\_\_\_\_
  21. Tendría que ser capaz de organizar todo de antemano \_\_\_\_\_
-

- 
- |   |       |
|---|-------|
| 22. La incertidumbre me produce falta de confianza en mí mismo                          | _____ |
| 23. No entiendo cómo otras personas parecen tan seguras y decididas acerca de su futuro | _____ |
| 24. La incertidumbre me impide dormir bien  | _____ |
| 25. Debo alejarme de toda situación incierta  | _____ |
| 26. Las ambigüedades de la vida me causan estrés  | _____ |
| 27. No soporto estar indeciso/a acerca de mi futuro                                     | _____ |
- 

*Fuente:* reproducido de González, M., Cubas, R., Rovella, A. T. y Darías, M. (2006). Adaptación española de la “Escala de Intolerancia a la Incertidumbre: Procesos cognitivos, ansiedad y depresión”. *Psicología y Salud*, 16, 219-233. Con permiso de la revista *Psicología y Salud*. La versión original es de Freeston *et al.* (1994).

Cuestionario de orientación negativa hacia los problemas (Negative Problem Orientation Questionnaire, NPOQ; Rochibaud y Dugas, 2005). Evalúa las actitudes negativas hacia la resolución de problemas. Consta de 12 ítems valorados de 1 a 5 según el grado en que se consideran característicos de uno al afrontar problemas. Hay tres ítems para cada uno de los cuatro siguientes aspectos: tendencia a ver los problemas como amenazas, ser pesimista respecto a los problemas que se han de resolver, dudar de las soluciones posibles y dudar de la propia capacidad para resolver problemas. A diferencia de la subescala de orientación negativa hacia los problemas del inventario de solución de problemas sociales - revisado, este cuestionario no evalúa la tendencia emocional a sentirse fácilmente frustrado y perturbado al encontrarse con problemas. El instrumento es unifactorial y los ítems pueden consultarse en la fuente original y en Dugas y Robichaud (2007).

Inventario de solución de problemas sociales revisado (Social Problem-Solving Inventory Revised, SPSI-R; D’Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 1997). Está compuesto de 52 ítems valorados de 0 a 4 y repartidos en cinco escalas: a) orientación positiva hacia los problemas (5 ítems; p. ej., "intento ver mis problemas como retos o desafíos"), b) orientación negativa hacia los problemas (10 ítems; p. ej., "siento miedo cuando tengo problemas importantes"), c) resolución racional de problemas (20 ítems; p. ej., "cuando tomo decisiones, intento predecir los pros y contras de cada opción"), d) estilo de impulsividad/irreflexión (10 ítems; p. ej., "cuando tomo decisiones,

no examino con detenimiento todas mis opciones"), y e) estilo de evitación (7 ítems; p. ej., "pospongo el resolver problemas tanto tiempo como me sea posible"). La escala de resolución racional de problemas puede descomponerse en cuatro subescalas de 5 ítems cada una: a) definición y formulación del problema, b) generación de soluciones alternativas, c) toma de decisión, y d) ejecución de la solución y verificación. También puede calcularse una puntuación total del inventario sumando las medias obtenidas en las cinco escalas. La escala que mejor correlaciona con medidas de ansiedad o de malestar es la de orientación negativa hacia los problemas. Existe una versión abreviada del cuestionario con 25 ítems, 5 en cada una de las escalas.

¿Por qué preocuparse II? (Why Worry II, WWS-II; Gosselin et al., 2003). Evalúa las creencias que se tienen sobre la utilidad de preocuparse. Tiene 25 ítems valorados de 1 a 5 según el grado en que se cree que son ciertos. Este cuestionario presenta cinco subescalas con cinco ítems cada una: a) preocuparse ayuda a resolver problemas (p. ej., "preocupándome puedo encontrar una manera mejor de hacer las cosas"), b) preocuparse motiva a actuar (p. ej., "preocuparme me estimula y me hace más eficaz"), c) preocuparse protege de las emociones negativas en caso de que se dé un resultado negativo (p. ej., "si me preocupo, seré menos desdichado cuando algo negativo ocurra"), d) preocuparse previene los resultados negativos (pensamiento mágico) (p. ej., "el simple hecho de preocuparme puede prevenir que ocurran contratiempos") y e) preocuparse es un rasgo positivo de personalidad (p. ej., "si no me preocupara, sería descuidado e irresponsable"). Una limitación de esta prueba es que muchas personas pueden no ser conscientes de las creencias evaluadas o que algunas personas pueden no querer reconocerlas. El WW-II puede consultarse en la fuente original y en Dugas y Robichaud (2007).

Cuestionario de metacogniciones (Meta-Cognitions Questionnaire, MCQ; Cartwright-Hatton y Wells, 1997). Sus 65 ítems, valorados de 1 a 4 según el grado en que se está de acuerdo con ellos, tratan de medir creencias sobre las preocupaciones y actitudes y procesos asociados con la cognición. El análisis

factorial ha puesto de manifiesto cinco subescalas: a) creencias positivas sobre las preocupaciones (19 ítems; p. ej., "preocuparse es un signo de ser buen persona"); b) creencias sobre la incontrolabilidad y peligro de las preocupaciones (16 ítems; p. ej., "mis preocupaciones me pueden volver loco"); c) falta de confianza cognitiva (en las propias capacidades de memoria y atención; 10 ítems; p. ej., "tengo mala memoria"); d) creencias negativas sobre los pensamientos en general, incluyendo temas de necesidad de control, superstición, castigo y responsabilidad; 13 ítems; p. ej., "es malo tener ciertos pensamientos") y e) autoconciencia cognitiva (grado en que uno se centra en sus procesos cognitivos; 7 ítems; p. ej., "examino constantemente mis pensamientos"). Las tres primeras subescalas son las que aparecen asociadas con la predisposición a preocuparse en general. Puede obtenerse una puntuación total además de las cinco subpuntuaciones mencionadas. Los ítems pueden consultarse en Prados (2008) y el cuestionario en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y en Wells (1997). Wells y Cartwright-Hatton (2004) han desarrollado una versión abreviada de 30 ítems que presenta una estructura factorial casi idéntica a la de la extensa y en la que la cuarta subescala ha sido denominada "necesidad de controlar los pensamientos"; la versión abreviada puede consultarse en la fuente original y en Wells (2009). Existe una versión del MCQ para adolescentes (Cartwright-Hatton et al., 2004) así como una adaptación de este último para niños (Bacow et al., 2009).

Cuestionario de metapreocupación (Meta-Worry Questionnaire, MWQ; Wells, 2005). Evalúa metacogniciones de peligro o pensamientos sobre los peligros asociados con el hecho de preocuparse; por ejemplo, volverse loco, ponerse enfermo, dejar de funcionar o ser anormal. Cada uno de los siete pensamientos es evaluado en primer lugar según la frecuencia con la que ocurre (de 1 a 4) y en segundo lugar según el grado en que se cree en él (de 0 a 100). El cuestionario no ha sido estudiado por el momento en muestras clínicas, aunque ha discriminado entre tres grupos de universitarios que, según un cuestionario, presentaban TAG, tenían ansiedad somática o no eran ansiosos. El instrumento puede consultarse en la fuente original y en Wells (2009) y ha sido adaptada al español por Ramos-Cejudo, Salguero y Cano-

Vindel (2013).

Escala de las consecuencias de preocuparse (Consequences of Worrying Scale, CWS; Davey, Tallis y Capuzzo, 1996). Sus 29 ítems evalúan las consecuencias negativas y positivas de preocuparse y son valorados por el cliente de 1 a 5 de acuerdo con el grado en que piensa que le describen cuando se preocupa. Las consecuencias negativas vienen representadas por tres factores: a) preocuparse perturba la actuación eficaz (p. ej., "cuando me preocupo, dejo de actuar eficazmente"), b) preocuparse exagera el problema (p. ej., "los problemas crecen cuando empiezo a darles vueltas") y c) preocuparse causa malestar emocional (p. ej., "preocuparme me pone tenso e irritable"). Estas consecuencias no son tan extremas como las descritas en el cuestionario de metapreocupación. Las consecuencias positivas vienen representadas por dos factores: a) preocuparse motiva (p. ej., "preocuparme actúa como un estimulante") y b) preocuparse ayuda al pensamiento analítico (p. ej., "preocuparme me prepara para afrontar nuevas situaciones"). Sin embargo, en otro estudio solo se han hallado dos factores: consecuencias negativas y consecuencias positivas de preocuparse. Esta escala no ha sido validada con muestras clínicas. Los ítems pueden consultarse en Prados (2008) y el instrumento en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Cuestionario de evitación cognitiva (Questionnaire d'Évitement Cognitif, Cognitive Avoidance Questionnaire, CAQ; Gosselin et al. 2003; Sexton y Dugas, 2008). Evalúa la tendencia a emplear estrategias de evitación cognitiva, es decir, estrategias dirigidas a evitar o expulsar las intrusiones cognitivas, tales como las preocupaciones y obsesiones. Consta de 25 ítems que la persona valora de 1 a 5 según el grado en que los considera característicos de ella y que se distribuyen en cinco subescalas de cinco ítems cada una: a) supresión de pensamientos preocupantes (p. ej., "hay cosas en las que preferiría no pensar"), b) sustitución de pensamientos (p. ej., "pienso en muchas cosas pequeñas para no pensar en materias más importantes"), c) distracción (p. ej., "me distraigo a mí mismo para evitar pensar en ciertos temas perturbadores"), d) transformación de imágenes en pensamientos

verbales (p. ej., "sustituyo imágenes mentales amenazantes con cosas que me digo a mí mismo mentalmente"), y e) evitación de estímulos que disparan los pensamientos desagradables (p. ej., "evito situaciones con personas que me hacen pensar en cosas desagradables"). Esta última subescala corresponde realmente a evitación conductual. Un problema con el cuestionario es que algunas formas de evitación cognitiva (p. ej., evitación de imágenes concretas) pueden no ser accesibles a la conciencia. El instrumento puede consultarse en la fuente original y en Dugas y Robichaud (2007).

Hasta el momento no se ha elaborado ningún cuestionario para evaluar las conductas motoras defensivas y de evitación en el TAG, aunque algunos ítems generales vienen incluidos en las subescalas de evitación del cuestionario de evitación cognitiva y del inventario de solución de problemas sociales - revisado. Una opción es elaborar un cuestionario individualizado a partir de la información obtenida en la entrevista sobre las conductas defensivas y de evitación del paciente; o bien incluir algunas de estas conductas entre las estrategias de evitación consideradas en la escala revisada sobre el trastorno de ansiedad generalizada, una medida semanal desarrollada por Wells (2009) para ir valorando el progreso del paciente. En el cuadro 6.5 se presenta esta escala y en el cuadro 8.1 del capítulo 8 puede verse una adaptación individualizada de la misma.

También es posible utilizar los ejercicios e instrumentos para evaluar los valores presentados en Wilson y Luciano (2002, cap. 7) o el cuestionario de vida valiosa (Valued Living Questionnaire; Wilson et al., 2010) para identificar áreas en las que la persona pueda estar restringiendo su vida debido a preocupaciones por consecuencias negativas.

#### Cuadro 6.5. Escala revisada sobre el TAG

1. ¿En qué medida han sido molestas o incapacitantes sus preocupaciones durante la última semana? (Rodee un número debajo.)								
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada en absoluto			Moderadamente			Extremadamente		

2. ¿Cuánto tiempo ha estado preocupándose durante la última semana? (Rodee un número debajo.)								
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada de tiempo			La mitad del tiempo			Todo el tiempo		

3. ¿Con qué frecuencia ha hecho cada una de las siguientes cosas para manejar su preocupación durante la última semana? (Ponga un número de la escala a la derecha de cada elemento.)								
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada de tiempo			La mitad del tiempo			Todo el tiempo		

Intenté distraerme	—	Intenté no pensar sobre las cosas	—
Intenté controlar mis pensamientos	—	Busqué pruebas	—
Intenté razonar las cosas	—	Actúe cautelosamente	—
Pedí tranquilización a otros	—	Planeé cómo afrontar si mis preocupaciones fueran verdad	—
Me hablé a mí mismo	—		—

4. ¿Con qué frecuencia ha evitado durante la última semana lo siguiente para prevenir preocuparse? (Ponga un número de la escala a la derecha de cada elemento.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Nada de tiempo				La mitad del tiempo			Todo el tiempo		
Noticias				—	Pensamientos de enfermedad			—	
Situaciones sociales				—	Pensamientos de accidentes o			—	
Incertidumbre				—	pérdidas			—	
				—	Otros (especifique): _____			—	

5. Debajo hay creencias que las personas tienen sobre sus preocupaciones. Indique cuánto cree en cada una poniendo un número de la escala a su derecha.)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No lo creo nada					Estoy totalmente convencido de que es cierto					
Puedo volverme loco con mis preocupaciones.					—	Preocuparme me ayuda a afrontar.				—
Preocuparme puede hacerme daño.					—	Si me preocupo, estaré preparado.				—
Preocuparme somete mi cuerpo a estrés.					—	Preocuparme me mantiene a salvo.				—
Si no controlo mis preocupaciones, me controlarán a mí.					—	Preocuparme me ayuda a hacer las cosas.				—
Mis preocupaciones son incontrolables.					—	Algo malo sucederá si no me preocupo.				—
Si me preocupo demasiado, puedo perder el control.					—	Preocuparme me ayuda a resolver problemas				—

*Fuente:* traducido de Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Nueva York: Guilford. Con permiso de Guilford.

### 6.2.5. Cuestionarios de interferencia y calidad de vida

Se comentan dos cuestionarios para evaluar la interferencia producida por el TAG y un cuestionario dirigido a evaluar la calidad de vida.

Cuestionario de discapacidad de Sheehan (Sheehan Disability Inventory, SDI; Sheehan, Harnett-Sheehan y Raj [1996, citado en Bobes et al., 2002]). Consta de 5 ítems valorados de 0 a 10, excepto el último que lo es de 0 a 100.

Los tres primeros evalúan, respectivamente, la disfunción producida por los síntomas en el trabajo, vida social y vida familiar/responsabilidades domésticas; su suma constituye la puntuación de discapacidad. El cuarto valora el estrés percibido, las dificultades en la vida producidas por eventos estresantes y problemas personales; y el quinto, el apoyo social percibido o el grado de apoyo recibido de personas allegadas con relación al apoyo necesitado. Puede consultarse en Bobes et al. (1998, 2002).

Cuestionario de interferencia (basado en la Work and Social Adjustment Scale de Marks [1986, citado en Mundt et al., 2002]). Pueden emplearse escalas de 0-5, 0-8 o 0-10 puntos para que la persona valore el grado de interferencia producido por sus problemas en su vida en general y en áreas más específicas tales como trabajo/estudios, amistades, relación de pareja, vida familiar, manejo de la casa, tiempo libre pasado con otros, tiempo libre pasado solo, economía y salud. Ejemplos de este cuestionario pueden verse en Bados (2000) y en Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000). Estos últimos presentan la escala de inadaptación, en la que la persona valora de 0 a 5 la medida en que sus problemas actuales afectan tanto a su vida en general como a cinco áreas concretas: trabajo/estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar.

Índice multicultural de calidad de vida (Multicultural Quality of Life Index; MQLI; Mezzich et al., 2000). Evalúa de forma rápida y sencilla nueve dimensiones de la calidad de vida: bienestar físico, bienestar psicológico/emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual; además, incluye una percepción global de la calidad de vida. Cada uno de los 10 ítems es evaluado de 1 (malo) a 10 (excelente). El cuestionario parece unifactorial, aunque algunos estudios informan de dos factores: satisfacción personal y apoyo social y comunitario; este último incluye los ítems 6 y 7. El instrumento puede ser consultado en la fuente original.

### 6.3. Autorregistros

Existen diversos modelos de autorregistro. En uno de ellos el cliente apunta al final del día, según escalas 0-8, su nivel medio de ansiedad, su nivel máximo de ansiedad, su nivel medio de depresión, su nivel medio de afecto positivo y el porcentaje del día (0-100%) que pasó preocupado; puede verse en Brown, O'Leary y Barlow (2001). En otro autorregistro más inmediato, el cliente apunta cada vez que se siente preocupado o ansioso (p. ej., cada vez que alcanza un nivel de 4 o más en la escala 0-8) los siguientes aspectos: factores precipitantes (situacionales, cognitivos o emocionales), nivel de ansiedad y preocupación, pensamientos tenidos y métodos o conductas empleados para reducir la preocupación o la ansiedad.

#### Cuadro 6.6. Modelo de autorregistro

<i>Apartados</i>	<i>Ejemplo</i>
SITUACIÓN QUE DISPARA LA PREOCUPACIÓN. ¿Qué ha pasado?, ¿qué estoy haciendo, sintiendo y pensando? DÍA Y HORA	Escucho la noticia de un accidente 23-04/ 18 horas
¿QUÉ EMOCIÓN SIENTO? (de 0 = nada a 10 = máxima)	Inquietud (7), nervios (8)
¿QUÉ ME PASA POR LA CABEZA? ¿QUÉ TEMO QUE PUEDA PASAR? (pensamientos e imágenes)	Me preocupa que mi hijo tenga un accidente y quede parálítico.
DURACIÓN de la preocupación (en minutos u horas)	60 minutos
¿QUÉ HAGO PARA REDUCIR LA PREOCUPACIÓN?	Intento suprimir la preocupación, pienso en otras cosas, me distraigo, llamo por teléfono a mi hijo para comprobar si está bien
¿HA SIDO ÚTIL PREOCUPARME? (0 = nada, 10 = muchísimo)	6
ANSIEDAD media a lo largo del día (0 = nada, 10 = máxima)	8
ESTADO DE ÁNIMO medio a lo largo del día (0 = muy bajo, 10 = muy alto)	5
% DEL DÍA PREOCUPADO	50%
GRADO DE INTERFERENCIA en mis actividades (0 = ninguna, 10 = muy alta)	8

*Fuente:* adaptado de Bados, A. (2012). “Trastorno de ansiedad generalizada”. En M. A. Vallejo (Coord.), *Manual de terapia de conducta* (Vol. I, p. 288). Madrid: Dykinson. Con permiso de Dykinson.

Newman, Consoli y Taylor (1997) han propuesto también un autorregistro cuyo uso, si se desea, puede ser facilitado por un computador de bolsillo. El cliente registra cuatro veces al día (a las 8 h, 16 h, 20 h y al final del día) el porcentaje del tiempo que ha pasado preocupado, el número de episodios de ansiedad aguda (> 50 sobre 100) y el nivel más alto de ansiedad (estos tres

datos referidos a la última hora), así como el nivel actual de ansiedad (0-10). Al final del día, el cliente registra su nivel de ansiedad durante el día (0-10), el porcentaje del tiempo que ha pasado preocupado y el nivel de ansiedad más alto.

Otro modelo de autorregistro que puede utilizarse antes del tratamiento y durante el mismo puede verse en el cuadro 6.6. Naturalmente, los aspectos que se han de registrar deben decidirse en función de las características de cada paciente. Otro autorregistro, el diario de los resultados de las preocupaciones, es descrito al hablar de la terapia cognitivoconductual de Borkovec en el capítulo 7 y se utiliza para que el cliente compruebe si sus predicciones son o no ciertas y cuestione la utilidad de preocuparse.

#### 6.4. Significación clínico-social

Los cambios tras la intervención deben ser de tal magnitud que supongan una resolución o al menos una mejora sustancial de los problemas tratados. Para concluir que ha habido un cambio clínica o socialmente significativo, deben cumplirse dos criterios:

1. Nivel suficiente de mejora. Puede calcularse si ha habido una mejora estadísticamente fiable (véase Jacobson et al., 1999) en la medida o medidas consideradas o bien si el porcentaje de mejora en estas medidas es superior a un determinado valor arbitrario, el cual ha oscilado entre el 20% y el 50%. También puede emplearse (como criterio complementario, pero no alternativo) la valoración que hace el cliente, personas relacionadas con este (incluido el terapeuta) o evaluadores independientes del grado en que ha cambiado en los problemas de interés. Puede emplearse una escala de 0 (muchísimo peor) a 8 (muchísimo mejor) en la que el 4 significa que no ha habido cambios.
2. Nivel absoluto de funcionamiento. El grado de mejora conseguido puede ser insuficiente y no dice nada sobre si el nivel final de funcionamiento es adecuado o no. Por lo tanto, se necesita además

emplear uno o más de los siguientes medios, incluyendo, preferiblemente, el primero:

- a) Comparación del funcionamiento del cliente en las áreas de interés con el de un grupo normativo constituido por personas de características similares a él, pero que no presentan el problema (población sana o funcional). A veces, el grupo normativo está formado por personas de la población general, sin excluir a los que también pudieran presentar problemas similares. En este caso, el criterio no es tan riguroso.
- b) Valoración que hace el cliente o personas relacionadas con este (incluido el terapeuta) sobre el grado en que sus problemas siguen siendo importantes e incapacitantes; por ejemplo, en una escala de 0 (el problema ya no existe; no me perturba ni me afecta) a 8 (es grave; me perturba o incapacita muchísimo).
- c) Valoración que hacen evaluadores independientes sobre el grado en que el cliente tiene un funcionamiento adecuado en las áreas de interés o presenta determinados problemas. Un caso especial de esto último es establecer si un paciente presenta o no el diagnóstico del trastorno por el que ha sido tratado. Sin embargo, a pesar de no presentar ya un cierto diagnóstico (p. ej., TAG), un paciente puede ser más similar a las personas con TAG que a las personas sin TAG en variables relevantes para el diagnóstico; es decir, puede seguir presentando síntomas residuales importantes. Debido a esto, seguir presentando o no cierto diagnóstico no es un criterio riguroso de significación clínica.

El primero de estos medios es el más objetivo y dentro del mismo existen diversos criterios para valorar el nivel absoluto de funcionamiento tras el tratamiento (véase Jacobson y Truax, 1991). El más adecuado cuando las distribuciones de la población funcional y de la disfuncional se solapan, como ocurre en el caso del TAG, es aquel que permite saber si el nivel de funcionamiento en el postratamiento es más probable que caiga en la

distribución funcional que en la disfuncional. Este criterio de funcionalidad (CF) se define, asumiendo que ambas distribuciones son normales, así:

$$CF = \frac{M_d \times DT_f + M_f \times DT_d}{DT_f + DT_d}$$

En la fórmula anterior,  $M_d$  y  $DT_d$  son la media y desviación típica de la población o grupo disfuncional y  $M_f$  y  $DT_f$ , la media y desviación típica de la población o grupo funcional. Un cliente cuya puntuación postratamiento vaya más allá del valor del criterio de funcionalidad en la dirección de la funcionalidad es más probable que pertenezca a la distribución de la población funcional, en la variable que se esté considerando, que a la de la población disfuncional. Cuando no hay datos de la población funcional, se utilizan los de la población general. Si se dispone de datos de las dos poblaciones, pueden calcularse dos puntos de corte; el primero será más estricto y el segundo más laxo.

En el cuadro 6.7 se presenta, para diversos cuestionarios explicados en este capítulo, el punto de corte orientativo que indica que es más probable pertenecer a la población general que a la disfuncional (pacientes con TAG).

Cuadro 6.7. Punto de corte orientativo de diversos cuestionarios

	<i>Rango teórico</i>	<i>Punto de corte</i>
Escalas de depresión, ansiedad y estrés <sup>a</sup>		
Depresión	0-42	≤ 10
Ansiedad	0-42	≤ 8
Estrés	0-42	≤ 17
Inventario de ansiedad de Beck	0-63	≤ 13
Inventario de preocupación del estado de Pensilvania	16-80	≤ 56
Escala de intolerancia a la incertidumbre	27-135	≤ 63
Incertidumbre tiene implicaciones negativas	15-75	≤ 33
Incertidumbre es injusta y lo arruina todo	12-60	≤ 30
Escala de intolerancia a la incertidumbre - 12	12-60	≤ 34
Ansiedad prospectiva	7-35	≤ 21
Ansiedad inhibitoria	5-25	≤ 13
Escala de inadaptación		
Total	0-30	≤ 12
Ítems individuales	0-5	≤ 2
Índice multicultural de calidad de vida <sup>b</sup>	1-10	≥ 6,5

<sup>a</sup> A la hora de corregir, la suma de cada escala se multiplica por dos.

<sup>b</sup> Se calcula la puntuación media de todos los ítems.

Conviene recordar que cumplir el criterio de funcionalidad en una medida no permite por sí solo hablar de efecto clínicamente significativo; se requiere además que haya habido una mejora en la misma. A partir de estos dos criterios, un paciente puede ser clasificado como:

1. Recuperado: mejora significativa en la medida de interés y nivel de funcionamiento dentro de la distribución de la población funcional (o, en su defecto, la población general).
2. Mejorado: mejora significativa en la medida de interés y nivel de funcionamiento dentro de la población disfuncional.
3. Sin cambio: ausencia de mejora significativa, sea cual sea la población

en la que se sitúa el nivel de funcionamiento.

4.Deteriorado: empeoramiento significativo en la medida de interés. (Un deterioro en el seguimiento junto a un cambio de la distribución funcional equivaldría a una recaída.)

En el caso de que se consideren diversas medidas, debería haber una mejora en la mayoría de las mismas para poder considerar que el paciente ha mejorado. Lo mismo puede decirse sobre el nivel final de funcionamiento.

7

# Tratamiento

En este capítulo se abordará el tratamiento psicológico y farmacológico del TAG como trastorno diferenciado de ansiedad. Sin embargo, existen modelos transdiagnósticos de la ansiedad que postulan unas características nucleares que subyacen a todos los trastornos de ansiedad. Estas características compartidas, una comorbilidad entre trastornos de ansiedad mayor de la que sería esperable y la reducción de estos trastornos comórbidos al tratar solo el trastorno principal hacen pensar que hay más similitudes que diferencias entre los distintos trastornos de ansiedad. Todo esto, junto con el hecho de que los programas cognitivo-conductuales para los distintos trastornos de ansiedad comparten muchos contenidos, ha llevado al desarrollo de protocolos dirigidos a tratar dentro del mismo grupo múltiples trastornos de ansiedad, principalmente, fobia social, agorafobia, fobias específicas, pánico y ansiedad generalizada.

Según el metaanálisis de Norton y Philipp (2008), estos programas transdiagnósticos de tratamiento psicológico han logrado en medidas de ansiedad o gravedad un alto tamaño del efecto entre el pretratamiento y el postratamiento en términos de la diferencia tipificada de medias (1,29). Esta diferencia ha sido significativamente mayor que la de los grupos control (0,14) y las mejoras se han mantenido en seguimientos de hasta 6 meses. Y en el metaanálisis de Reinholt y Krogh (2014) el tamaño del efecto fue bajo respecto al tratamiento habitual (0,28) y alto respecto a la lista de espera (1,00). Falta comprobar si el tratamiento mezclando trastornos de ansiedad diferentes es igual de eficaz que el tratamiento con grupos homogéneos. Ejemplos de programas transdiagnósticos para adultos y niños pueden verse, respectivamente, en Barlow et al. (2010) y Ehrenreich-May y Bilek (2012).

## 7.1. Programas de tratamiento psicológico para el TAG en adultos

Volviendo al tratamiento del TAG como trastorno diferenciado de ansiedad,

lo primero es decidir, en caso de comorbilidad, si el TAG es el trastorno principal en términos de gravedad e interferencia causada en la vida. De no ser así, habrá que abordar primero el trastorno primario (p. ej., una dependencia del alcohol). Si el TAG es el problema principal, existen varios programas de tipo cognitivo-conductual o cognitivo que se han mostrado eficaces con adultos y que serán expuestos a continuación. Estos programas incluyen la terapia cognitivo-conductual (TCC) del grupo de Borkovec, la TCC del grupo de Barlow, la TCC del grupo de Dugas y la terapia metacognitiva de Wells. Estos programas se diferencian en la conceptualización del TAG y en diversos aspectos tales como el uso o no de la relajación aplicada y de otros componentes (resolución de problemas, organización del tiempo), el tipo de exposición empleada y el fin al que se dirige la reestructuración cognitiva: modificación del contenido de las preocupaciones o de las creencias negativas y positivas sobre las mismas o de ambas.

También la relajación aplicada por sí sola se ha mostrado eficaz, pero no será descrita en este capítulo, sino en el capítulo 9, como módulo del protocolo de intervención presentado en la Parte III. La relajación aplicada incluye el aprendizaje de diversas técnicas, tales como el entrenamiento en respiración, la relajación diferencial, la relajación inducida por señal y, en ocasiones, la relajación mediante imágenes. Estas técnicas se aplican posteriormente en una variedad de circunstancias: imaginando una jerarquía de situaciones ansiógenas externas e internas y en respuesta a situaciones de la vida diaria que generan preocupación y ansiedad.

#### 7.1.1. Terapia cognitivo-conductual de Borkovec

Esta TCC (Behar y Borkovec, 2005, 2010; Borkovec, 2006; Borkovec, Alcaine y Behar, 2004; Borkovec, Hazlett-Stevens y Diaz, 1999) combina la terapia cognitiva de Beck con el entrenamiento en relajación, se aplica a lo largo de 12 sesiones de 90 minutos e incluye los siguientes componentes:

1. Entrenamiento para darse cuenta de los eventos internos (cogniciones,

emociones, sensaciones) y externos que producen ansiedad y de las reacciones a los mismos. Esto se hace mediante autorregistros, imaginación en la consulta de los estímulos provocadores de ansiedad y petición al cliente de que comience a preocuparse en sesión sobre algo y que note las sensaciones, pensamientos e imágenes asociados. Todo esto permite que el cliente sea consciente de los factores que mantienen su ansiedad y que aprenda a identificar tempranamente los cambios que hacen que se ponga ansioso. Además, el terapeuta señala que la ansiedad es generada por los pensamientos e imágenes del paciente dirigidos a un futuro no existente, pero que esta ansiedad no se produce si uno se centra en el momento presente.

2. Estrategia de control de estímulos. Se trata de posponer las preocupaciones para un momento y lugar específicos del día. Se dice al paciente que:

- a) Identifique preocupaciones y otros pensamientos que sean innecesarios o desagradables.
- b) Elija un periodo de preocupación de 15-30 minutos en el mismo lugar y a la misma hora. No es conveniente elegir como momento el final del día, ya que lo más probable es que las preocupaciones que queden sin resolver interfieran en el sueño.
- c) Cuando note que se está preocupando, posponga la preocupación al periodo prefijado y se concentre hasta entonces en la experiencia del momento presente.
- d) Utilice el periodo de preocupación para preocuparse y aplicar sus estrategias, una vez que las haya aprendido. Se incluye aquí la búsqueda de soluciones cuando sea posible.

Cuando a una persona le resulte difícil seguir el procedimiento tal cual, puede comenzar por un periodo y zona limitados para no preocuparse y luego ir ampliándolos progresivamente; de este modo,

irá aumentando el tiempo de posposición de las preocupaciones. La finalidad del control de estímulos es que el cliente adquiera inicialmente un cierto control sobre las preocupaciones, en vez de sentirse desbordado por ellas, pero se trata de una estrategia temporal, la cual se emplea hasta que se aprenden las habilidades de relajación y reestructuración para manejar la preocupación.

3. Relajación. Se han empleado diversas técnicas: relajación progresiva, respiración lenta y regular, relajación mediante imaginación y técnicas de meditación. Se recomienda enseñar varias de estas, ya que su eficacia varía según los clientes, diferentes métodos pueden ser más o menos útiles según las reacciones o circunstancias y el problema de la ansiedad inducida por la relajación es menos probable cuando se dispone de varios métodos. Las técnicas enseñadas se aplican en situaciones de ansiedad durante la sesión y en la vida real.

4. Reestructuración cognitiva del contenido y utilidad de las preocupaciones. Se identifican los pensamientos, imágenes y creencias asociados con la respuesta ansiosa y se utiliza el método socrático para examinar los datos a favor y en contra de los mismos, generar interpretaciones alternativas y descatastrofizar; esto último implica suponer que es cierto lo que se piensa y luego a) identificar qué pasaría y examinar las pruebas de esta nueva cognición y b) buscar qué se podría hacer para afrontarlo. Además del contenido de las preocupaciones, se cuestiona su utilidad, tal como se explica un poco más abajo. Junto con la reestructuración verbal, se realizan experimentos conductuales para someter a prueba las viejas y nuevas perspectivas.

El diario de los resultados de las preocupaciones es una técnica muy útil para que un cliente compruebe si sus predicciones son o no ciertas y cuestione la utilidad de preocuparse. El paciente apunta cada preocupación, lo que teme que suceda y su habilidad percibida para afrontarlo. Al final del día considera las preocupaciones con resultados para ese día y valora si los resultados y su habilidad de

afrontamiento fueron mejores, iguales o peores que los predichos; lo primero es lo habitual. Además, el paciente debe imaginar vívidamente los resultados ocurridos para procesar en su totalidad la información que la realidad proporciona.

Respecto al cuestionamiento de las creencias sobre la utilidad de las preocupaciones, Borkovec, Hazlett-Stevens y Diaz (1999) proporcionan las siguientes ideas:

- a)Preocuparse ayuda a descubrir medios de evitar lo que se teme y, más en general, es un medio eficaz de resolver problemas.

Conviene señalar al paciente que las preocupaciones excesivas implican quedarse petrificado en las fases iniciales de una resolución de problemas. Las preocupaciones implican darle vueltas y más vueltas a la anticipación de posibilidades negativas, pero no van más allá de esto y no contribuyen a identificar soluciones, tomar decisiones y llevar a cabo las acciones correspondientes. Además, se indica que preocuparse genera ansiedad, la cual interfiere con el proceso racional y concentración requeridos en una resolución de problemas.

Por otra parte, se ayuda al paciente a discriminar entre preocupaciones acerca de cosas sobre las que puede lograrse un cierto control -y sobre las que puede aplicarse, por tanto, una resolución de problemas - y preocupaciones acerca de cosas sobre las que no se tiene control y que, por tanto, no son resolubles. Para las primeras, se pide al cliente que a) las posponga para un momento determinado en que pueda aplicar resolución de problemas y b) lleve a cabo tan pronto como le sea posible la solución escogida para reducir así la tendencia a posponer las cosas.

- b)Preocuparse motiva a llevar a cabo lo que hay que hacer.

En este caso, preocuparse conduce a hacer algo que será reforzado

negativamente por la terminación del malestar emocional generado por el estado de preocupación. Una alternativa consiste en establecer contingencias de reforzamiento positivo para motivarse a realizar la acción, lo cual tiene la ventaja de no generar emociones aversivas. Además, muchos pacientes que mantienen esta creencia tienden a aplazar sus decisiones. El terapeuta debe señalar que aunque preocuparse puede tener a veces una función motivacional, no siempre es útil, puede interferir con otras conductas más adecuadas y existen métodos alternativos más eficaces de lograr el objetivo, tales como la resolución de problemas. Se alienta al paciente a probar los métodos de control negativo y positivo y a comprobar la utilidad y consecuencias emocionales de cada uno de ellos.

c)Preocuparse prepara para lo peor, protege de las emociones negativas.

Se discute con el cliente que esto puede ser cierto o no y además, muchas veces lo peor no sucede. Asimismo, la posible reducción de la activación emocional futura se consigue al precio de largos periodos de malestar, trastornos asociados al estrés (colon irritable, fatiga crónica, úlceras, diarrea, gases, dolores de cabeza, hipertensión esencial, trastorno cardiovascular, diabetes, insomnio, síndrome temporomandibular), interferencia en la vida familiar, social o laboral y mantenimiento de las creencias en las consecuencias temidas. Se dice al paciente que cuando se preocupe piense en el resultado más realista, según los datos que ha obtenido de su diario de los resultados de preocuparse, y luego pase a centrarse en el momento presente en vez de en el pasado o en el futuro.

d)Preocuparse puede por sí mismo evitar la ocurrencia de consecuencias negativas o hace menos probable que ocurran.

Una técnica útil es emplear un diario de los resultados de preocuparse. Se pide al paciente que apunte sus preocupaciones, los resultados temidos y lo negativos que serían estos (de 1 a 5, por

ejemplo) en caso de que ocurrieran. También debe apuntar los resultados reales que han ocurrido, si han sido mejores o peores de lo esperado (peores, tan malos, algo mejores, bastante mejores, mucho mejores) y cuán bien ha sabido afrontar los resultados negativos. Esto permite comprobar que solo una mínima parte de los resultados negativos ocurren, que normalmente no son tan malos como se creía y que la mayoría de aquellos que son negativos son afrontados mejor de lo que se pensaba. Luego, para facilitar el recuerdo de esta información, se pide al cliente que la revise cada tarde y que la reviva a través de la imaginación. Esto parece mucho más eficaz que considerarla solo verbalmente.

Otra técnica útil la constituyen aquellos experimentos conductuales en que uno a) se permite preocuparse en un día, pero no en el siguiente, y b) observa si la presencia o ausencia de preocupación afecta a los resultados y a su estado emocional. Aunque los pacientes son incapaces de dejar de preocuparse del todo, pueden reducir su preocupación el grado suficiente y comprobar que esto no afecta negativamente a los resultados y que se sienten mejor cuando reducen la frecuencia de sus preocupaciones.

e)Preocuparse ayuda a no pensar en cosas más perturbadoras emocionalmente.

Estas cosas más perturbadoras pueden ser los miedos últimos subyacentes a cada preocupación y en los que los pacientes con TAG intentan no pensar. La solución estaría en identificar estos miedos a través de la técnica de la flecha descendente y en aplicar posteriormente las técnicas adecuadas para tratarlos: exposición a los mismos o reestructuración cognitiva con énfasis en la desdramatización o ambas cosas.

Una segunda posibilidad es que las cosas perturbadoras que se intentan evitar no estén conectadas con el contenido de las preocupaciones. Así, los clientes con TAG informan de una mayor

frecuencia de eventos traumáticos interpersonales en el pasado (p. ej., muerte de otros, agresiones), experiencias negativas de la infancia (p. ej., rechazo por parte de los padres), problemas en las relaciones interpersonales actuales y un apego más inseguro a los seres queridos en la infancia. Esto sugiere que los pacientes con TAG han aprendido a anticipar amenazas para ellos y otras personas allegadas y que buscan el cariño y aceptación de los demás preocupándose por ellos. Si hay temas interpersonales no resueltos, la terapia debería ayudar al paciente a identificar sus necesidades y miedos respecto a las relaciones interpersonales, acceder y procesar emocionalmente los sentimientos negativos provenientes de relaciones actuales y pasadas relacionadas con dichos miedos y necesidades, y facilitar nuevos modos de comportarse que permitan lograr la satisfacción de las necesidades interpersonales. A este respecto, puede verse en el capítulo 18 la terapia integradora de Newman et al. (2004).

5. Exposición graduada, en la imaginación y en vivo, a situaciones y estímulos internos suscitadores de ansiedad con la finalidad de aprender a manejar esta mediante la aplicación de las estrategias aprendidas. Los clientes imaginan situaciones externas y eventos internos que les preocupan y, cuando notan ansiedad, aplican relajación e imaginan los resultados más realistas y probables. El procedimiento se practica en la sesión y luego en casa. Posteriormente, se pide a los clientes que apliquen sus estrategias de afrontamiento en la vida real cuando noten que empiezan a preocuparse o ponerse ansiosos y antes, durante y después de eventos estresantes. Una parte importante del procedimiento es que, una vez que se sabe afrontar una imagen, se termine esta con la imaginación del resultado más probable, tanto en la consulta como en la vida real al detectar el surgimiento de una preocupación.

Una vez dominados los elementos anteriores, se añaden los dos siguientes.

6. Minimizar las expectativas y predicciones negativas focalizando la

atención en el momento presente. No se trata de intentar eliminarlas cuando aparecen, sino de minimizarlas. La idea es vivir más el presente y no tener que intentar corregir continuamente las expectativas erróneas sobre los eventos futuros. Lo malo de hacer predicciones y de centrarse en el futuro es que se tiende a atender y a interpretar la información de un modo que confirma las expectativas previas, lo que hace difícil percibir y procesar lo que realmente ocurre. Ante una predicción negativa, el paciente puede recordarse que simplemente es un pensamiento y pasar a centrarse en el presente, en lo que está sucediendo o se está haciendo o experimentando.

De hecho, algunos autores han señalado que cuestionar el contenido de las preocupaciones sobre las cosas malas que podrían suceder puede no ser lo más útil, ya que las preocupaciones son numerosas y cambiantes. En su lugar proponen: a) centrarse en las creencias positivas y negativas sobre las preocupaciones y b) aprender a identificar las preocupaciones en sus primeras fases para pensar en posibles soluciones cuando pueda hacerse algo al respecto o, de no ser este el caso, dejarlas pasar, en vez de intentar manejarlas o controlarlas, y cambiar la atención hacia lo que requiere el momento presente o hacia algún tipo de actividad atrayente (Butler, Fennell y Hackmann, 2008).

7. Vivir de acuerdo con los propios valores. Una vez que la persona está viviendo más tiempo en el presente, se busca no solo reducir la ansiedad y la preocupación, sino fomentar estados afectivos positivos. Para ello, se identifican los valores del paciente en diversas áreas: familia extensa, pareja, hijos, amigos, trabajo, formación, ocio, espiritualidad, ciudadanía, cuidado físico. Luego, se le ayuda a llevar a cabo actividades en el momento presente que le permitan alcanzarlos. Esto es reforzarse por sí mismo y contribuye aún más a la reducción del problema. Algunos ejercicios e instrumentos para evaluar los valores fueron ya citados en el capítulo de evaluación. En esta línea, Butler (1994) ya había señalado la importancia de planificar actividades

agradables y placenteras, reducir la tendencia a retraerse que resulta de la fatiga asociada a las preocupaciones crónicas y a la mala calidad del sueño, recuperar aficiones, mantener los contactos con los amigos y crearse un repertorio de actividades relajantes y recreativas.

### 7.1.2. Terapia cognitivo-conductual de Barlow

Brown, O'Leary y Barlow (1993, 2001) y Craske, Barlow y O'Leary (1992) elaboraron un tratamiento que se describe a continuación con las modificaciones introducidas en la versión más actualizada de Zinbarg, Craske y Barlow (2006), la cual incluye un libro de trabajo para el paciente (Craske y Barlow, 2006). La TCC de Barlow se extiende a lo largo de 12-15 sesiones semanales de una hora (las 2-4 últimas son cada dos semanas) e incluye los siguientes componentes:

1. Conceptualización del problema y justificación del tratamiento. Comprende el establecimiento de una buena relación terapéutica, la explicación de diversos aspectos de la ansiedad (naturaleza y componentes, fisiología, factores que contribuyen a mantener el problema), la justificación y descripción del tratamiento y el empleo de autorregistros. Estos incluyen el registro de preocupaciones descrito más abajo en el punto de reestructuración cognitiva y el registro de estado de ánimo diario, en el cual el paciente califica cada día de 0 a 100 su ansiedad global, ansiedad máxima, tensión física global y grado de focalización en las preocupaciones. A partir de estos dos autorregistros se elabora un gráfico en el que se anotan cada semana el número de episodios de ansiedad y el promedio de la ansiedad máxima experimentada cada día. Este gráfico sirve para ir controlando el progreso.
2. Entrenamiento en relajación. Se basa en el entrenamiento en relajación progresiva de Bernstein y Borkovec (1973/1983), aunque puede emplearse cualquier otra técnica de relajación que el cliente haya encontrado eficaz. Se comienza con 8 grupos musculares (brazos,

piernas, abdomen, pecho, hombros, cuello, ojos y frente) y luego a 4 (abdomen, pecho, hombros, frente) con la finalidad de que la relajación pueda ser aplicada más rápidamente. Los músculos concretos considerados vienen determinados por las áreas del cuerpo con las que el cliente tiene más problemas. Después de tensar cada músculo (10 segundos), el paciente lo relaja (20 segundos) y piensa en la palabra relax cada vez que exhala. Tras acabar los 8 o 4 grupos musculares, se emplean técnicas de profundización de la relajación como la respiración lenta, regular y diafragmática y la repetición de la palabra relax al espirar. El siguiente paso es la relajación mediante recuerdo: concentrarse en los 4 grupos musculares seleccionados y liberar la tensión existente en ellos mediante el recuerdo de las sensaciones de relajación logradas en las prácticas anteriores. Se alienta al cliente a comenzar a practicar brevemente en entornos que no susciten ansiedad.

Una vez dominada la relajación mediante recuerdo, se pasa a la relajación suscitada por señal: hacer 4-5 respiraciones lentas, repetirse la palabra relax u otra similar al espirar y, al hacer esto, liberar toda la tensión en el cuerpo y concentrarse en las sensaciones de relajación. Se pide al cliente que practique este tipo de relajación a lo largo del día en diversas situaciones cotidianas tales como conduciendo, en la oficina, haciendo cola, etc. Posteriormente, el paciente debe practicar la relajación suscitada por señal cuando se sienta tenso o ansioso.

3. Reestructuración cognitiva del contenido de las preocupaciones. Se explica el concepto de pensamientos negativos, la influencia de las situaciones en estos, el impacto de las interpretaciones y predicciones en lo que sentimos y hacemos, y la necesidad de identificar interpretaciones y predicciones específicas para poder cuestionarlas. Esto último se consigue mediante preguntas, imaginación o simulación de situaciones y, especialmente, un autorregistro en el que el cliente apunta cada vez que experimenta un episodio de ansiedad lo siguiente: ansiedad máxima (0-100), reacciones experimentadas, evento desencadenante, pensamientos ansiosos y conductas ansiosas. Es

importante que las cogniciones identificadas sean específicas: "mi hijo puede tener un accidente de coche y quedar paralítico" frente a "algo malo puede pasarle a mi hijo cuando sale fuera".

Se consideran básicamente dos tipos de errores cognitivos: a) Sobrestimación de la probabilidad de ocurrencia de un evento negativo; por ejemplo, un cliente que, con un buen expediente laboral y sin motivos fundados, cree que va a ser despedido de su trabajo. b) Pensamiento catastrófico o tendencia a esperar o interpretar lo peor (p. ej., esperar consecuencias terribles incluso de sucesos poco importantes) y a ver algo como intolerable e inmanejable o imposible de afrontar cuando no hay razones suficientes para ello; por ejemplo, pensar que uno quedaría tan hundido si muriera su cónyuge que no podría soportarlo y volver a rehacer su vida.

Tras describir los dos tipos de errores anteriores, el terapeuta se centra en el primero de ellos y obtiene ejemplos del mismo a partir de las experiencias del cliente. A continuación se pasa a a) evaluar la validez de lo que se cree y pensar en interpretaciones alternativas (método socrático) y b) generar predicciones a partir de la creencia para someterla a prueba sin utilizar las conductas defensivas que el cliente cree que han prevenido la amenaza (experimentos conductuales). Cuando el cliente ha captado los fundamentos del cuestionamiento de sus cogniciones, se añaden dos apartados a su autorregistro habitual: interpretaciones alternativas y probabilidad realista de que ocurra lo que se teme.

Una vez trabajada la sobrestimación de la probabilidad de un evento negativo, se pasa a describir y obtener ejemplos del segundo tipo de error cognitivo: pensamientos catastróficos. Lo siguiente es cuestionar estos pensamientos catastróficos; para ello, se pide al cliente que suponga que lo peor que teme es cierto y luego que evalúe si realmente es tan malo como parece, qué pasaría realmente y qué podría hacer para afrontarlo. Esto implica reconocer que se tienen medios para manejar los eventos negativos y que el impacto de los

sucesos negativos no durará siempre, sino que tendrá una duración limitada. En vez de centrarse continuamente en las consecuencias negativas de ciertos eventos (p. ej., pérdida del trabajo), el paciente debe aprender a generar soluciones a los mismos en el caso improbable de que ocurran. Todo este proceso de cuestionar las consecuencias catastróficas es precedido por el cuestionamiento de la sobrestimación de la probabilidad del pensamiento negativo, en el cual el paciente genera interpretaciones alternativas creíbles a lo que teme.

4. Exposición en la imaginación a los miedos que subyacen a la preocupación. Consiste en la exposición a las imágenes preocupantes incluyendo la imaginación vívida de la peor consecuencia temida. Además, la exposición incluye la imaginación final de alternativas a la peor consecuencia anticipada. Tras justificar el empleo del procedimiento, se identifican las áreas principales de preocupación de un paciente y se elabora una imagen detallada para cada una de ellas que incluya elementos situacionales, respuestas de ansiedad y consecuencias temidas, incluidas las peores; luego, se jerarquizan estas imágenes. Tras entrenar en imaginación al cliente, se le pide que evoque vívidamente la primera imagen preocupante. El cliente debe concentrarse con todo detalle en la imagen e incluir la peor consecuencia temida. Así, un paciente que se preocupa cuando su cónyuge llega tarde del trabajo puede imaginárselo inconsciente y desplomado sobre el volante del coche.

Una vez que el cliente logra imaginar vívidamente lo anterior, se le pide que vuelva a evocar las imágenes y que las mantenga claramente en su cabeza durante al menos 25-30 minutos. Se pide al paciente que describa en voz alta en tiempo presente lo que está imaginado y se obtienen calificaciones periódicas de la ansiedad (p. ej., cada 5 minutos) para comprobar si esta se va reduciendo y, si no es así, para detectar posibles problemas. Puede ser útil grabar la sesión para que el paciente pueda practicar en casa.

Durante la exposición, el paciente no debe aplicar estrategias de afrontamiento (reestructuración cognitiva, relajación) ni intentar distraerse o huir de la imagen. Esto puede reducir la ansiedad temporalmente, pero contribuye a mantenerla. Hacia el final de la exposición se puede pedir al paciente que imagine cómo serán las cosas un tiempo más adelante (1 día, 1 semana, 1 mes, 6 meses 1-2 años) para favorecer así un proceso de descatastrofización.

Transcurrido el tiempo de exposición, y suponiendo que haya habido una habituación de la ansiedad, se pide al cliente que genere tantas alternativas como pueda a la peor consecuencia anticipada. Por ejemplo, en el caso del cónyuge que se retrasa puede pensarse en las siguientes explicaciones alternativas: imprevisto en el trabajo, entretenerse a hablar con alguien, atasco de tráfico, coche estropeado, pequeño choque con el coche o parar a comprar algo. Esta generación de alternativas puede hacerse solo verbalmente o también en la imaginación, lo que parece más útil. También se puede pedir al paciente que diga e imagine lo que podría hacer en caso de que la peor consecuencia temida ocurriera.

Cuando la exposición no genere más que un nivel ligero de ansiedad (25 o menos en la escala 0-100) a pesar de varios intentos para imaginar vívidamente la preocupación, se pasa a la siguiente área de preocupación de la jerarquía. Una vez que el cliente es capaz de realizar bien el procedimiento en la sesión, lo practicado en esta se asigna como actividad entre sesiones (mínimo de tres días a la semana).

5. Cambio de las conductas de seguridad o defensivas. Estas conductas de seguridad contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza y son modificadas previniendo las conductas de evitación activa (prevención de respuesta) y alentando las actividades que el cliente evita hacer (exposición en vivo). Por ejemplo, una persona que llama a su cónyuge cada dos horas para ver si está bien, puede llamarle una sola vez al día, o si no se atreve a esto,

empezar por una llamada cada 4 horas.

La forma en que suele abordarse este procedimiento con el cliente es considerarlo como una oportunidad para someter a prueba las creencias del paciente de que las conductas de seguridad sirven para prevenir realmente consecuencias terribles; es decir, se emplea la técnica de prueba de hipótesis o experimento conductual. El primer paso es elaborar con el cliente una lista de las conductas de seguridad comunes y Jerarquizarlas según el grado de ansiedad que produciría cambiarlas. Elaborada la jerarquía, se pide al paciente que registre la frecuencia con la que ocurren las conductas de seguridad a lo largo de la semana.

A continuación, se comienza por el nivel más bajo de la jerarquía y se pide al cliente que realice la actividad evitada o no lleve a cabo la conducta de preocupación. Es posible trabajar paralelamente varios ítems de la jerarquía que tengan un nivel similar de ansiedad. Antes de llevar a cabo la exposición o prevención de respuesta, terapeuta y paciente anotan las predicciones de este último respecto a las consecuencias que tendrá dicha exposición o prevención. Realizadas estas, se discute con el cliente la comparación de los resultados observados con las predicciones previas con el fin de comprobar si las conductas de seguridad están correlacionadas o no con una menor ocurrencia de eventos negativos futuros. Superado un ítem de la jerarquía (25 o menos en la escala 0-100) mediante el número de prácticas que sea necesario, se procede con el siguiente. Antes, durante y después de cada práctica el cliente puede manejar la ansiedad mediante reestructuración cognitiva, relajación o ambas.

6.Organización del tiempo. A los pacientes que se sienten abrumados por obligaciones y plazos límite, se les enseñan cuatro estrategias de organización del tiempo: a) delegar responsabilidades, b) saber decir no y rechazar demandas inesperadas o desmesuradas por parte de otros que impiden completar las actividades planeadas, c) ajustarse a los planes previstos y d) evitar el perfeccionismo. Además, se les enseña a

establecer metas, lo que implica fijar prioridades y programar actividades de acuerdo con su prioridad.

7. Resolución de problemas. En pacientes con habilidades ineficaces para resolver problemas, la técnica de resolución de problemas facilita la identificación de soluciones para los problemas existentes y favorece que los clientes piensen de forma diferente sobre situaciones de su vida (en vez de preocuparse exclusivamente), de modo que se promueve la adopción de perspectivas más realistas y menos catastróficas. Se explica al cliente que dos dificultades frecuentes a la hora de intentar solucionar un problema son: a) ver el problema en términos generales, vagos y catastróficos, y b) no generar posibles soluciones. Para abordar la primera dificultad se enseña al cliente a definir los problemas en términos específicos y a descomponerlos en partes más pequeñas y manejables. De cara a la segunda dificultad, se enseña la técnica de la lluvia de ideas y la evaluación de las distintas soluciones generadas con el fin de seleccionar y poner en práctica aquella solución o combinación de soluciones considerada más apropiada.

8. Mantenimiento del progreso. Finalmente, en la última o dos últimas sesiones se planifica la discontinuación de la medicación que el paciente pueda estar tomando, se comenta el progreso conseguido y cómo mantenerlo aún a pesar de la ocurrencia de eventos estresantes. Tras las 12-15 sesiones de tratamiento, se programan contactos al cabo de un mes y de varios meses para controlar el progreso y resolver posibles problemas o dificultades.

Finalmente, Zinbarg, Craske y Barlow (2006) han destacado la importancia de que la familia del paciente participe en la terapia. Esto permite que comprendan mejor lo que le pasa al cliente y le ayuden en la aplicación del tratamiento. Como consecuencia, es menos probable que socaven consciente o inconscientemente la intervención y pueden reducir la posible hostilidad hacia el cliente, la cual ha sido un predictor de peores resultados. Relacionado con esto, Chambless (2012) ha propuesto que la terapia centrada en la familia o pareja puede utilizarse como un módulo

adjunto a la TCC cuando el paciente vive con una persona que es hostil hacia él o está demasiado emocionalmente involucrado con él, se acomoda excesivamente a la ansiedad del paciente o es percibido por este como destructivamente crítico.

### 7.1.3. Terapia cognitivo-conductual de Dugas

El grupo de Dugas (Dugas y Koerner, 2005; Dugas y Ladouceur, 1997; Dugas y Robichaud, 2007) ha propuesto otro tipo de intervención para el TAG, la TCC dirigida a la intolerancia a la incertidumbre, la cual ha ido sufriendo algunas modificaciones a lo largo del tiempo. El tratamiento dura 14-16 sesiones de una hora, aunque la duración es mayor en las sesiones con prácticas de exposición. Con 16 sesiones, la frecuencia de las sesiones es de dos veces por semana para las ocho primeras y de una vez por semana para las ocho segundas, aunque las dos últimas pueden programarse dos y cuatro semanas más tarde. Además, hay tres sesiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. Una descripción detallada del tratamiento original puede verse en Dugas y Robichaud (2007) y un manual para el cliente en Ladouceur, Bélanger y Léger (2003/2009). El tratamiento incluye seis módulos:

1. Psicoeducación y entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones.  
En primer lugar, se presentan mediante ejemplos y preguntas los principios básicos de la TCC: terapia breve, estructurada y directiva, foco en el presente, enseñanza de habilidades. Luego, se ofrece una descripción detallada del TAG y se presenta de modo gráfico un modelo simple explicativo del mismo, al cual se irán añadiendo nuevos componentes conforme se vayan trabajando en la terapia. Al explicar el modelo, es importante ir pidiendo ejemplos al cliente y consensuar una definición de preocupación. También es importante distinguir las preocupaciones que atañen a problemas actuales (el problema ya existe) y las que tienen que ver con situaciones hipotéticas: el problema no existe todavía y en muchos casos no existirá.

En cuanto al entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones

y del tipo de estas, se trata de que el paciente aprenda a identificar sus preocupaciones y a distinguir los dos tipos existentes. Para ello, se le pide que en tres momentos prefijados del día deje lo que esté haciendo y anote en un registro una descripción de sus preocupaciones, la duración de las mismas, el nivel de ansiedad (0-8) y el tipo de preocupación.

2.Reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual. La intolerancia a la incertidumbre es abordada directamente en este módulo, pero también lo es indirectamente en los tres siguientes. Los objetivos principales de este módulo son: a) que el cliente comprenda, mediante explicaciones y analogías, el papel fundamental de la intolerancia a la incertidumbre en el desarrollo y mantenimiento de la preocupación y ansiedad excesivas, y b) alentar al cliente a reconocer y manejar la incertidumbre en su vida. Se busca mediante preguntas y ejemplos que el cliente identifique sus conductas defensivas y de evitación, esto es, sus manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre. Después, se propone aumentar la tolerancia mediante la exposición gradual a la incertidumbre dejando de hacer las conductas que se realizan para eliminar la incertidumbre (p. ej., dejar de buscar que otros nos tranquilicen) y haciendo lo que se evita para salvar la incertidumbre (p. ej., tomar una decisión sin posponerla).

La exposición gradual toma la forma de experimentos conductuales (uno o más a la semana) en los que el cliente registra lo que va a hacer, lo que espera que ocurra, lo que ha ocurrido realmente y las conclusiones extraídas. Los experimentos deben seguir a lo largo de todo el tratamiento e ir aumentando en dificultad. Es importante señalar que no se trabaja previamente con los pacientes para ayudarles a ver que lo que temen es altamente improbable, ya que esto no permitiría abordar la intolerancia a la incertidumbre.

3.Reevaluación de la utilidad de la preocupación. Lo primero es identificar las creencias sobre la utilidad de preocuparse. Para evitar posibles resistencias, se comenta que muchas personas con TAG

quieren reducir sus preocupaciones, pero al mismo tiempo creen que preocuparse es útil. Luego, se pregunta al cliente qué piensa al respecto y si cree que algunas de sus preocupaciones pueden ser útiles. Tras este primer paso, el terapeuta puede presentar los distintos tipos de creencias sobre la utilidad de preocuparse y pedir al cliente que piense en sus propias preocupaciones y vea si tiene algunas de dichas creencias. Otro método para identificar este tipo de creencias es preguntarle al paciente qué pasaría si no se preocupara o se preocupara menos sobre algo en particular. Es primordial identificar las creencias sobre la utilidad de cada preocupación específica, no de preocuparse en general. Esta vinculación a creencias específicas es importante porque a dos preocupaciones sobre la misma temática pueden subyacer diferentes creencias sobre su utilidad.

Una vez identificadas las creencias oportunas, se explica al paciente que sería bueno examinar si el preocuparse es realmente útil en su caso y si preocuparse menos tendría o no un efecto negativo. Se hace una distinción entre preocuparse ocasionalmente y preocuparse excesivamente y se remarca que se está hablando sobre la utilidad de la preocupación excesiva y de las conductas que la acompañan, tales como la búsqueda de seguridad y la posposición. Hecho esto, se pasa a cuestionar las creencias específicas que sustentan cada preocupación. No se trata de desafiar una creencia general (p. ej., preocuparse es un rasgo positivo de personalidad), sino las creencias sobre una preocupación específica (p. ej., "preocuparme por la salud de mis hijos muestra que soy una buena madre"). En el cuestionamiento se utiliza la representación de abogado-fiscal y el método socrático.

En la representación de abogado-fiscal, el paciente identifica una preocupación específica y luego adopta el papel de abogado para convencer a los miembros de un jurado de que su preocupación es útil. Una vez que ha expuesto todos los argumentos a favor, pasa a representar el papel de fiscal para convencer al jurado de que su

preocupación no es útil. El terapeuta utiliza el método socrático para ayudar al cliente a reconsiderar la utilidad de su preocupación cuando hace de fiscal. Mediante el método socrático, pueden cuestionarse o reinterpretarse las pruebas favorables a la utilidad de las preocupaciones y puede pedirse al paciente que considere las desventajas de preocuparse.

Una vez que el paciente deja de ver el preocuparse excesivamente como algo útil, se le plantea que existen alternativas a la preocupación: entrenamiento en resolución de problemas para los problemas actuales y exposición en la imaginación para las situaciones hipotéticas.

4. Entrenamiento en solución de problemas. El entrenamiento en solución de problemas tiene dos componentes básicos: orientación o actitud hacia el problema, que es el componente más enfatizado, y habilidades de solución de problemas. Dentro de la orientación negativa se incluye no saber reconocer los problemas, hacer atribuciones inadecuadas sobre los mismos, valorarlos como amenazas y sentirse frustrado y perturbado al encontrarse con problemas, no creer en la propia capacidad para resolverlos y mantener un punto de vista pesimista sobre los resultados. Si el cliente se ve reflejado en esta actitud, se le pregunta por las consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales de la misma. Luego se utilizan diversas estrategias para mejorarla: a) reconocer los problemas antes de que sea demasiado tarde; por ejemplo, empleando las emociones negativas como señales; b) ver los problemas como una parte normal de la vida; el cliente puede fijarse en si los demás tienen o no problemas; y c) ver, a través de ejemplos, los problemas como retos y no solo como amenazas.

Respecto a las habilidades de solución de problemas, los objetivos son refinarlas y alentar a los pacientes a tolerar la incertidumbre inherente en cada paso del proceso: a) definición y formulación del problema de forma específica, y establecimiento de metas claras, concretas y realistas, b) generación de soluciones alternativas a través

de la lluvia de ideas, e) toma de decisión, sin buscar una solución perfecta, y elaboración de un plan de acción, y d) aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. Estas habilidades se repasan brevemente con el empleo de un ejemplo ilustrativo y luego se trabajan en sesión aplicadas a los problemas del paciente. Finalmente, el cliente debe seguir solo los cuatro pasos en casa y escribir los resultados de cada uno en un autorregistro. La resolución de problemas no se presenta como el aprendizaje de nuevas habilidades, las cuales ya suelen tenerse en mayor o menor grado, sino que el énfasis se sitúa en cómo utilizar dichas habilidades de un modo eficaz.

5. Exposición en la imaginación a los miedos que subyacen a las preocupaciones sobre situaciones no resolubles. Este módulo puede ser muy difícil para los pacientes porque implica centrarse en los pensamientos e imágenes que han intentado evitar durante largo tiempo. Por lo tanto, es fundamental proporcionar una justificación de lo que se va a hacer. El primer paso es mostrar al cliente que intentar evitar los pensamientos y las preocupaciones puede, de hecho, facilitar su persistencia. Para ello, puede utilizarse el experimento de imaginar cualquier cosa que se quiera, excepto un oso blanco. Esto suele producir uno o dos efectos paradójicos: intentar suprimir un pensamiento puede hacer que sea más frecuente mientras se intenta evitarlo y, tras intentar suprimir un pensamiento, puede aparecer posteriormente de forma inesperada en la cabeza. A partir de aquí se discuten los efectos de la evitación, neutralización y exposición empleando un ejemplo de fobia a los perros. Una vez que el paciente tiene claro todo esto, se aplica a las preocupaciones: la evitación en este caso es de tipo cognitivo (p. ej., evitar pensar que el cónyuge puede caer gravemente enfermo), la neutralización adopta otras formas (pensar que no sucederá o que no será tan malo) y la exposición es en la imaginación en vez de en vivo. Como consecuencia de la exposición, disminuyen las preocupaciones y la ansiedad que producen.

La exposición en la imaginación requiere identificar los miedos nucleares que subyacen a las preocupaciones sobre distintas situaciones. Para identificar un miedo nuclear se emplea la técnica de la flecha descendente. Un mismo miedo nuclear puede subyacer a distintas preocupaciones sobre muchas situaciones hipotéticas, por lo que el número de miedos nucleares e imágenes a elaborar es limitado. Una vez identificado un miedo nuclear, los siguientes pasos son: a) Se pide al paciente que escriba en casa un borrador de la primera imagen que se va a utilizar. Esta debe incluir la situación temida, las reacciones cognitivas, emocionales y físicas a la situación y las consecuencias temidas. La imagen debe ser descrita en primera persona, en tiempo presente, con gran detalle y sin incluir elementos de neutralización. b) El terapeuta ayuda al paciente a revisar el borrador anterior y a mejorarlo siguiendo las pautas anteriores. Se busca que la escena acabe con un elemento de incertidumbre: un resultado incierto ("su condición es crítica") en vez de un claro resultado negativo ("su hija ha muerto"). c) El paciente graba la imagen en audio mientras lee el texto lentamente, con las pausas pertinentes y con emoción.

La exposición suele durar de 30 a 60 minutos. El paciente informa de su nivel de ansiedad asociado con la preocupación y pasa a escuchar la grabación de modo continuo a través de auriculares al tiempo que intenta mantener la imagen y no emplear estrategias para reducir la ansiedad. Tras cada minuto de exposición, el terapeuta pide al cliente que informe de su nivel de ansiedad. La sesión continúa hasta que la ansiedad vuelve más o menos al nivel de línea base; conviene no basarse solo en el autoinforme del cliente, sino tener también en cuenta sus respuestas no verbales: respiración, temblor, expresión facial. Al final de la sesión, el paciente informa de su nivel de ansiedad actual asociada con la preocupación y del nivel máximo de ansiedad asociada con la preocupación durante la exposición. Asimismo, informa de si ha empleado actividades de neutralización de la imagen o de reducción de la ansiedad y, de ser así, cuáles han

sido y si se ha vuelto a exponer a la imagen - y describe sus reacciones a la experiencia. Además, el terapeuta elabora un gráfico para mostrar al paciente la evolución de su ansiedad durante la exposición.

Cuando la exposición a una imagen funciona en la consulta, lo cual suele requerir al menos dos sesiones, se manda como tarea para casa una o dos veces al día y con las mismas características que cuando se realizaba en la consulta. Para cada exposición entre sesiones, el cliente lleva el autorregistro correspondiente. Una vez que los pacientes son capaces de emplear la exposición sin emplear conductas tranquilizadoras, se les puede pedir que la lleven a cabo cuando los pensamientos surjan de forma espontánea. Es decir, deben prestar atención a los mismos y observar cómo vienen y se van sin hacer nada ante ellos.

6. Prevención de recaídas. En primer lugar, se revisan los conocimientos y habilidades aprendidas y se enfatiza la necesidad de seguir practicando dichas habilidades, de perseverar aun cuando las cosas sean difíciles y de felicitarse y recompensarse por los logros. En segundo lugar, se recuerda a los pacientes que habrá ocasiones en que experimentarán inevitablemente preocupación y ansiedad, ya que estas son reacciones normales ante las situaciones estresantes. Es importante que sepan esperar estos aumentos de preocupación y ansiedad y que los utilicen como señales para aplicar lo que han aprendido. En tercer lugar, es fundamental distinguir entre un contratiempo y una recaída. Así pues, experimentar incrementos de preocupación y ansiedad de vez en cuando es inevitable y no significa una recaída a no ser que la persona reaccione catastróficamente a los mismos. Finalmente, se anima al paciente a desarrollar un plan de acción antes del fin de la terapia y se le alienta a fijarse metas para seguir progresando sin la ayuda del terapeuta.

#### 7.1.4. Terapia metacognitiva de Wells

Wells (1997, 1999, 2007, 2009) ha sugerido, acorde con su modelo metacognitivo, que el tratamiento del TAG debe centrarse en el cuestionamiento de las metapreocupaciones en vez de en las preocupaciones de tipo 1. En línea con esto, el paciente debe ser alentado a abandonar los intentos de controlar sus pensamientos y dejar, en cambio, que estos últimos pasen; para motivarle a hacer esto, se emplea un experimento sobre los resultados de intentar suprimir un pensamiento: intentar no pensar en un conejo azul, por ejemplo. Así pues, no se emplean estrategias cognitivas para abordar las distorsiones en el contenido de las preocupaciones.

El tratamiento se aplica a lo largo de unas 10 sesiones de 45-60 minutos e incluye los siguientes componentes:

1. La formulación individualizada del caso o análisis funcional, la cual implica la identificación de los siguientes aspectos: preocupaciones, creencias negativas sobre las mismas, creencias disfuncionales sobre la utilidad de preocuparse, estrategias de control de pensamientos y conductas motoras de evitación y defensivas.
2. La educación sobre el tratamiento, esto es compartir el modelo explicativo con el paciente y orientar hacia el tratamiento que se seguirá.
3. Modificación de la creencia de que las preocupaciones son incontrolables. Para ello se utiliza el cuestionamiento verbal (¿qué sucede con la preocupación si uno tiene que contestar al teléfono?), la atención plena objetiva (practicar el ver los pensamientos como simples eventos que pasan por la mente) y experimentos conductuales. En uno de ellos se pide al paciente que identifique un disparador para una preocupación y que posponga el preocuparse hasta más tarde en el día, durante un periodo de unos 10 minutos; cuando llega el momento, decide si quiere preocuparse o no. Un segundo tipo de experimento es pedir al paciente que utilice el tiempo limitado de preocupación para intentar preocuparse sobre algo todo lo que pueda e intentar perder el control del proceso de preocupación. En una segunda fase, el

experimento se repite cuando surge un disparador de la preocupación.

4. Desafío de las creencias de que las preocupaciones son peligrosas. Se utilizan estrategias verbales y experimentos conductuales. Entre las primeras, acentuar la disonancia entre pensar que preocuparse es dañino y a la vez útil, preguntar por las pruebas de que preocuparse provoca daños a uno mismo o a los otros, hacer pensar si los humanos - tan sometidos a preocupaciones y estrés - hubieran sobrevivido evolutivamente si aquellos fueran tan perjudiciales y dar información sobre el valor adaptativo de la ansiedad y el estrés. También se usan experimentos en los que se pide al cliente que intente producir los resultados negativos intensificando periódicamente durante un cierto tiempo el proceso de preocuparse. Por ejemplo, un paciente podría concentrarse en el contenido específico de sus preocupaciones: "suspenderé el curso", "todo el mundo se avergonzará de mí". Para los clientes que piensan que preocuparse es anormal, se les pide que hagan una encuesta a otras personas preguntándoles si se preocupan, con qué frecuencia y si les produce malestar.
5. Modificación de las creencias positivas sobre las preocupaciones. Primero se revisan las pruebas a favor y en contra de que preocuparse ayuda a afrontar las cosas. Segundo, se desafía el supuesto mecanismo por el que la preocupación mejora los resultados. Tercero, se emplea la estrategia de la discrepancia: se pide al paciente que escriba en detalle una preocupación reciente y luego una descripción de lo que realmente sucedió; luego se comparan las dos descripciones para resaltar la discrepancia y cuestionar la utilidad de preocuparse. Finalmente, se emplean experimentos en los que se pide al cliente que aumente su preocupación unos días y la reduzca otros y observe los efectos sobre los resultados que consigue.
6. Revisión de estrategias alternativas para abordar las preocupaciones (p. ej., dejar pasar los pensamientos disparadores en vez de intentar manejarlos o controlarlos) y los factores estresantes que disparan las preocupaciones, y empleo de exposición con prevención de respuesta

para eliminar las conductas defensivas y de evitación residuales.

7. Prevención de recaídas. Se trata de explorar la posible permanencia de variables que pueden hacer resurgir el TAG, tales como creencias negativas y positivas, preocupaciones constantes y conductas de evitación. En caso de identificarlas, hay que seguir trabajando para modificarlas. Finalmente, se escribe un proyecto con el paciente en el que se especifica lo hecho durante la terapia, los resultados de los experimentos y el plan a seguir para manejar el estrés y las intrusiones. Pueden programarse sesiones de apoyo 3 y 6 meses más tarde.

Una vez expuestos los programas de tratamiento más importantes, se presentan a continuación los datos sobre su eficacia con adultos. Posteriormente, también se abordará la intervención con niños y adolescentes y el tratamiento farmacológico del TAG.

## 7.2. Eficacia y utilidad clínica del tratamiento psicológico con adultos

En este apartado se abordará: a) la eficacia del tratamiento psicológico del TAG con adultos, b) su significación clínica, c) las variables predictoras de los resultados, y d) la utilidad clínica del tratamiento.

### 7.2.1. Eficacia del tratamiento psicológico

La relajación aplicada y las intervenciones cognitivo-conductuales - que incluyen la terapia cognitiva tipo Beck, la TCC tradicional (combina la TC con relajación aplicada), la TCC de Dugas y la terapia metacognitiva- se han mostrado más eficaces que los grupos de lista de espera en medidas de ansiedad, preocupación y depresión. En estudios aislados estas terapias también han producido mejoras en calidad de vida, insomnio, pesadillas, consumo de ansiolíticos, pensamientos intrusos no deseados y asociaciones implícitas de miedo.

Por otra parte, según varios estudios la mejora en el TAG lleva consigo una mejora o desaparición de otros trastornos comórbidos ansiosos y

depresivos, tanto en el postratamiento como en seguimientos a corto plazo; en cambio, esto no ocurre en los grupos de lista de espera. La reducción se ha apreciado también a los 2 años en trastornos de ansiedad, aunque no en depresión mayor. Ahora bien, hay que tener en cuenta que en muchos ensayos clínicos se ha excluido a los pacientes con trastornos comórbidos de depresión mayor o de ansiedad.

El tamaño del efecto, calculado mediante la diferencia de medias tipificada (DMT), nos permite saber la magnitud del cambio logrado, ya sea del pretratamiento al postratamiento o entre dos condiciones. Suele interpretarse que valores de 0,20, 0,50 y 0,80 constituyen los límites inferiores de lo que se considera, respectivamente, una magnitud baja, media y alta de una DMT.

Cuijpers et al. (2014) estudiaron en su metaanálisis y en comparación con grupos control (lista de espera, placebo o tratamiento habitual), la eficacia del tratamiento psicológico para el TAG, el cual fue cognitivoconductual o conductual en la gran mayoría de los casos. Las DMT fueron grandes o moderadas en preocupación (0,95), ansiedad (0,65), ansiedad según el clínico (1,02), depresión (0,80) y depresión según el clínico (0,91).

El metaanálisis más detallado de la eficacia de la TCC (incluye cualquier tipo de terapia cognitiva o cognitivo-conductual), la relajación aplicada y otras terapias han sido llevados a cabo por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2011). En el cuadro 7.1 se resumen los resultados más importantes de este metaanálisis sobre la TCC y la relajación aplicada, al tiempo que se añaden datos por separado para la TCC de Dugas, la terapia metacognitiva y la TCC de Barlow. Siguiendo el método del NICE, las DMT están calculadas restando las puntuaciones postratamiento de los grupos comparados y dividiendo entre la desviación típica conjunta en el postratamiento. Una alternativa recomendada por otros autores es calcular la diferencia de cambio de medias tipificada (DCMT), esto es, la diferencia entre el cambio pre-post del grupo tratado y el cambio pre-post del grupo control dividida entre la desviación típica conjunta en el pretratamiento. Las DCMT son mostradas entre paréntesis en el cuadro para las terapias añadidas

por separado por el autor; los resultados pueden variar bastante según se emplee DMT o DCMT.

La observación del cuadro 7.1 indica que la relajación aplicada y los diversos tipos de terapias cognitivo-conductuales son más eficaces que la lista de espera con tamaños del efecto de moderados a grandes en preocupación, ansiedad y depresión. Curiosamente, en todos los casos el tamaño del efecto es claramente mayor en preocupación que en ansiedad autoinformada. Los datos de eficacia de la terapia metacognitiva y la TCC de Barlow con respecto a la lista de espera se basan en un solo estudio y además el de la TCC de Barlow tuvo muy pocos pacientes. Así pues, hay que esperar a que se realicen más investigaciones antes de poder extraer conclusiones más sólidas. De todos modos, como se dice un poco más abajo, la terapia metacognitiva ha sido más eficaz que una versión modificada de la TCC de Dugas y que la relajación aplicada.

En el metaanálisis de Hanrahan et al. (2013), realizado con adultos de 18-65 años, la DMT de la TCC respecto a la lista de espera fue de 1,81 en preocupación patológica, un valor claramente más alto que la mayoría de los del cuadro 7.1. Esto podría explicarse porque el NICE (2011) incluyó también a personas mayores y el tamaño del efecto en estas fue menor, aunque no significativamente, que en los adultos más jóvenes. En cambio, en el metaanálisis de Covin (2008), con estudios en parte diferentes, la DMT de la TCC en comparación con grupos control (lista de espera, terapia de apoyo) fue significativamente más alta en adultos (1,69) que en personas mayores (0,82) en la tendencia a preocuparse, aunque las personas mayores fueron tratadas más frecuentemente en grupo y tendieron a seguir mejorando a los 12 meses.

Según el metaanálisis de Goncalves y Byrne (2012) con personas mayores, la TCC tiene un tamaño del efecto grande (razón de posibilidades = 8,3) en comparación con la lista de espera en porcentaje de pacientes mejorados y un tamaño del efecto moderado (4,2) respecto a grupos control activos (tratamiento habitual/contacto mínimo). Es posible que la eficacia de la TCC pueda ser incrementada con técnicas para mejorar la atención, el

aprendizaje y la memoria y con tratamientos algo más largos, ya que las personas mayores necesitan más tiempo para aprender (Mohlman, 2008).

Cuadro 7.1. Eficacia de diversas terapias en términos de diferencias de medias tipificadas respecto a un grupo de lista de espera en el postratamiento

	<i>Terapia cognitivo- conductual</i> ( <i>k</i> = 12)	<i>Relajación aplicada</i> ( <i>k</i> = 3)	<i>TCC de Dugas</i> ( <i>k</i> = 4)	<i>Terapia metacognitiva</i> ( <i>k</i> = 1)	<i>TCC de Barlow</i> ( <i>k</i> = 1)
Preocupación	1,13	0,70	0,98 (1,39)	1,07 (2,36)	1,87 (1,63)
Ansiedad autoinformada	0,63	0,49	0,55 (0,76)	0,49 (1,47)	0,37 (0,83)
Ansiedad según clínico	1,09	1,00	–	–	–
Depresión autoinformada	0,81	0,54	0,59 (0,75)	0,44 (1,03)	1,13 (0,92)
Depresión según clínico	0,74	0,47	–	–	–
Calidad de vida	1,59	–	0,73 (0,78)	–	–

TCC = terapia cognitivo-conductual. *k* = número de estudios (puede ser menor según el aspecto considerado). Los resultados entre paréntesis muestran diferencias tipificadas de cambio de medias.

Por motivos éticos, no hay datos de seguimiento en comparación con el grupo de lista de espera. Sin embargo, según diversos estudios y el metaanálisis de Hanrahan et al. (2013), en todas las terapias las mejoras conseguidas se mantienen en seguimientos de hasta 2 años de duración, aunque normalmente no pasaban de un año. Sin embargo, el 20-40% de los pacientes reciben tratamiento adicional, psicológico o farmacológico, para el TAG durante el seguimiento y los porcentajes más altos corresponden a los seguimientos de varios años. Además, cabe la posibilidad de que los pacientes localizados para la evaluación en el seguimiento sean los que

habían obtenido mejores resultados. Por otra parte, en la revisión de Fisher y Durham (1999) se halló que en la TCC, TC y relajación aplicada hubo un 8-11% de recaídas y un 8-10% de clientes que se recuperaron durante el seguimiento a los 6 meses.

Volviendo al cuadro 7.1, es tentador hacer comparaciones entre las distintas terapias. Sin embargo, aunque pueda parecer, por ejemplo, que la TCC obtiene mayores tamaños del efecto que la relajación aplicada respecto a los grupos de lista de espera, los resultados no se basan en comparaciones directas y, por tanto, las diferencias podrían ser debidas a otras variables distintas del tipo de tratamiento que han podido diferir entre los estudios: gravedad del trastorno, tipo de pacientes, experiencia de los terapeutas, etc. Basándonos en comparaciones directas, podemos afirmar lo siguiente (NICE [2011] y otros estudios citados más abajo):

1. Considerando ocho estudios, no ha habido diferencias ni en el postratamiento ni en seguimientos de hasta 2 años entre la TCC y la relajación aplicada, aunque los tamaños del efecto favorecen a la primera. En el metaanálisis de Cuijpers et al. (2014) la TCC fue superior a la relajación aplicada a los 12 meses, aunque no a los 2 años.
2. Según dos estudios, la TCC ha sido más eficaz a corto plazo que la terapia psicodinámica en ansiedad y depresión. En dos estudios (Durham et al., 1999; Salzer et al., 2011), la TCC ha sido superior en el seguimiento al año en medidas de preocupación, ansiedad, porcentaje de pacientes mejorados y uso de medicación.
3. No es posible decir si la TCC es o no superior a la terapia no directiva porque solo hay dos estudios con poblaciones diferentes y con datos contradictorios, favorables en adultos y sin diferencias significativas en el caso de personas mayores. En el metaanálisis de Hanrahan et al. (2013), la DMT entre la TCC y otras terapias diferentes consideradas conjuntamente (relajación aplicada, terapia psicodinámica breve, terapia no directiva) fue de 0,63 en preocupación (0,45 al eliminar un estudio con un valor extremo).

4. En un estudio (Van der Heiden, Muris y Van der Molen, 2012), la terapia metacognitiva ha sido superior en el postratamiento y seguimiento a los 6 meses a una versión modificada de la TCC de Dugas en preocupación, ansiedad y depresión, con un tamaño del efecto moderado. Asimismo, en otro estudio (Wells et al., 2010) ha sido más eficaz que la relajación aplicada en preocupación, ansiedad y depresión en el postratamiento (con un tamaño del efecto alto en las dos primeras y moderado en la tercera), y en preocupación y ansiedad a los 6 y 12 meses, con un tamaño de efecto alto. Ahora bien, en la condición de relajación aplicada hubo casos más graves y sus resultados estuvieron por debajo de lo habitual.
5. En un estudio (Dugas et al., 2010) la TCC de Dugas no se ha diferenciado de la relajación aplicada en preocupación, ansiedad o depresión en el postratamiento, aunque fue mejor en calificación de mejora global. No hubo diferencias a los 6, 12 y 24 meses, aunque solo la TCC produjo una mejora continuada durante el seguimiento. Por otra parte, en un estudio la TCC de Dugas ha sido más eficaz que la escucha activa en ayudar a los pacientes a dejar las benzodiazepinas.
6. En un estudio (Rezvan et al., 2008) la integración de la TCC y la terapia interpersonal fue más eficaz que la TCC en el seguimiento al año, aunque los tratamientos aplicados no fueron los típicos.
7. En un estudio en cada caso, la relajación aplicada ha sido igual de eficaz a corto y medio plazo que la exposición a la preocupación combinada con la reducción de las conductas de evitación y de búsqueda de seguridad y que la terapia conductual basada en la aceptación.

Vistos los resultados presentados hasta el momento, puede decirse que tanto la relajación aplicada como diversas modalidades de TCC son tratamientos eficaces y recomendables para el TAG, aunque la TCC ha sido la más ampliamente estudiada y la que se aplica con más frecuencia. Conviene señalar que ninguno de los programas de tratamiento existentes contempla todos los componentes que pueden ser necesarios en un caso

determinado. Así pues, en función del análisis funcional realizado en cada caso, puede ser necesario considerar componentes no contemplados en la TCC que se esté utilizando, tales como la reestructuración de las creencias negativas sobre las preocupaciones o de las creencias perfeccionistas, el abordaje de dificultades interpersonales, la aplicación de técnicas específicas para el insomnio y la organización del tiempo.

Lamentablemente, el tema de la individualización del tratamiento no ha sido investigado empíricamente. Eisen y Silverman (1993) han presentado datos preliminares con 4 niños que sugieren que la intervención puede ser más eficaz si es adaptada al tipo de respuesta del cliente. En pacientes en los que predominan claramente las preocupaciones la terapia cognitiva sería preferible a la relajación, en los que predomina el componente somático sería más eficaz la relajación y en los que predominan ambos tipos de respuesta, habría que aplicar ambos componentes.

#### 7.2.2. Significación clínica de los resultados

El 11-16% de los pacientes abandonan la intervención una vez iniciada (Covin et al., 2008; Hanrahan et al., 2013); el porcentaje es similar en la TCC de Dugas (12%), y en la de Barlow (10%), pero más alto en la terapia metacognitiva (23%), aunque los datos no pueden compararse directamente. Para favorecer la aceptación y cumplimiento del tratamiento, es útil emplear las estrategias de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick (1991/1999, 2002), ya sea previamente a la terapia o integrada en la misma (Westra y Dozois, 2006). Los datos de Westra, Arkowitz y Dozois (2009) sugieren que la aplicación previa de la entrevista motivacional lleva a una mayor reducción de las preocupaciones y a un mejor cumplimiento del tratamiento en los pacientes con tendencia más fuerte a la preocupación.

El 65-75% de los pacientes tratados con relajación aplicada, TC o TCC presenciales mejoran significativamente, consiguiendo reducciones medias del 25% en el inventario de rasgo de ansiedad de Spielberger (STAI-T) y del 30% en el inventario de preocupación del estado de Pensilvania (PSWQ).

Para estudiar esto, Fisher y Durham (1999) consideraron el criterio de lograr un cambio estadísticamente fiable en el STAI-T. Siguiendo este criterio en el STAI-T y en el PSWQ y considerando también los estudios publicados hasta 2014, en el cuadro 7.2 se presentan actualizados los porcentajes de clientes mejorados para distintos tipos de terapias. Hay que tener en cuenta que los datos basados en uno o dos estudios pueden ser muy pocos representativos.

Considerando conjuntamente los diversos tipos de TCC (TC, TCC, TCC de Dugas, terapia metacognitiva), al menos el 71% y el 85% de los pacientes mejoraron en el postratamiento y a los 6 meses en el STAI-T y el PSWQ, respectivamente. Estos resultados son parecidos a los de la relajación aplicada, salvo en el postratamiento en el PSWQ, aunque en este caso se basan en un solo estudio en el que la relajación aplicada funcionó por debajo de lo habitual. Los datos del cuadro 7.2 parecen indicar una similar eficacia de todas las terapias, aunque podría haber una cierta superioridad de la terapia metacognitiva y de la TCC de Dugas. De todos modos, los resultados no se basan en comparaciones directas y, por tanto, las diferencias podrían ser debidas a otras variables distintas del tipo de tratamiento que han podido diferir entre los estudios.

Cuadro 7.2. Pacientes con TAG mejorados en el STAI-T y en el PSWQ con distintas terapias y en diferentes momentos

	<i>Relajación aplicada</i>	<i>Terapia cognitiva</i>	<i>TCC tradicional</i>	<i>TCC de Dugas</i>	<i>Terapia metacognitiva</i>	<i>Cualquier tipo de TCC</i>
STAI-T (ansiedad)	( <i>k</i> = 4)	( <i>k</i> = 3)	( <i>k</i> = 4)	( <i>k</i> = 1)	( <i>k</i> = 3)	( <i>k</i> = 11)
Post	64%	66%	61%	79%	83%	71%
6 meses	76%	68%	66%	76%	87%	73%
PSWQ (preocupación)	( <i>k</i> = 1)	( <i>k</i> = 0)	( <i>k</i> = 0)	( <i>k</i> = 1)	( <i>k</i> = 3)	( <i>k</i> = 4)
Post	30%	–	–	81%	83%	85%
6 meses	70%	–	–	87%	91%	87%

TCC = terapia cognitivo-conductual. STAI-T = inventario de estado rasgo de ansiedad, versión rasgo; PSWQ = inventario de preocupación del estado de Pensilvania. *k* = número de estudios (puede ser menor en el seguimiento).

Por otra parte, en el único estudio de la TCC de Barlow en el que se ha empleado el criterio de cambio estadísticamente fiable, el porcentaje de pacientes mejorados en el postratamiento ha sido 43% y 53% en el inventario de ansiedad de Beck y en el PSWQ, respectivamente. Finalmente, de acuerdo con el metaanálisis de Goncalves y Byrne (2012) y de acuerdo con criterios de respuesta que han variado según los estudios, el 51% de las personas mayores de 55 años mejoran con la TCC.

El tipo de criterio utilizado para definir la mejora afecta notablemente a los resultados. Si el criterio es conseguir un 20% o más de mejora en al menos el 75% de las medidas, el porcentaje de pacientes mejorados es solo del 40% en la TCC y del 5% en la lista de espera; los resultados son prácticamente idénticos con la relajación aplicada (NICE, 2011).

En cuanto al porcentaje de pacientes con TAG que se recuperan, se sitúa alrededor de un 35-45% en la relajación aplicada, la TC y la TCC, aunque es algo más alto en las nuevas terapias como la TCC de Dugas y la terapia metacognitiva. Para estudiar esta cuestión, Fisher (2006) siguió los criterios de lograr un cambio estadísticamente fiable y una mayor probabilidad de

pertenecer a la población funcional que a la disfuncional en las medidas de interés (STAI-T y PSWQ) en los pacientes que habían completado el tratamiento. Siguiendo estos criterios y considerando también los estudios publicados hasta 2014, en el cuadro 7.3 se presentan actualizados los porcentajes de clientes recuperados en cada una de las dos medidas para distintos tipos de terapias.

Cuadro 7.3. Pacientes con TAG recuperados con distintas terapias en diferentes momentos

	<i>Relajación aplicada</i>	<i>Terapia cognitiva</i>	<i>TCC tradicional</i>	<i>TCC de Dugas</i>	<i>Terapia metacognitiva</i>	<i>Cualquier tipo de TCC</i>
STAI-T (ansiedad)	( <i>k</i> = 6)	( <i>k</i> = 5)	( <i>k</i> = 5)	( <i>k</i> = 1)	( <i>k</i> = 4)	( <i>k</i> = 15)
Post	34%	33%	46%	60%	65%	48%
6 meses	49%	43%	49%	62%	72%	55%
12 meses	43%	37%	63%	---	67%	49%
PSWQ (preocupación)	( <i>k</i> = 4)	( <i>k</i> = 2)	( <i>k</i> = 2)	( <i>k</i> = 2)	( <i>k</i> = 3)	( <i>k</i> = 9)
Post	37%	37%	48%	48%	68%	52%
6 meses	35%	33%	47%	63%	74%	57%

TCC = terapia cognitivo-conductual. STAI-T = inventario de estado rasgo de ansiedad, versión rasgo; PSWQ = inventario de preocupación del estado de Pensilvania. *k* = número de estudios (puede ser menor en el seguimiento).

Considerando conjuntamente los diversos tipos de TCC, alrededor de la mitad de los pacientes se recuperan en el postratamiento y en los seguimientos en el STAI-T y el PSWQ. Los porcentajes son algo más altos que los de la relajación aplicada. Los datos sugieren también una posible superioridad de la terapia metacognitiva y de la TCC de Dugas, al menos en algunos momentos. Sin embargo, como se dijo antes, los resultados no se basan en comparaciones directas y las diferencias podrían ser debidas a otras variables distintas del tipo de tratamiento. Los porcentajes de pacientes recuperados tienden a mantenerse en el seguimiento.

Por otra parte, considerando los dos estudios realizados con la TCC de Barlow (Koszycki et al., 2010; Zinbarg, Lee y Yoon, 2007), los cuales han empleado distintos criterios de recuperación y más laxos que en las terapias anteriores, el porcentaje de pacientes recuperados en el postratamiento ha sido 69% en medidas de ansiedad y 44% en el PSWQ.

En un metaanálisis posterior con los mismos criterios de recuperación utilizados por Fisher (2006), Hanrahan et al. (2013) calcularon los porcentajes de pacientes recuperados en el PSWQ en tres momentos diferentes (postratamiento, 6 y 12 meses) para la TCC (esto es, todas las terapias consideradas por Fisher, excepto la relajación aplicada), otras terapias diferentes a la TCC (relajación aplicada, terapia psicodinámica breve, terapia no directiva) y la ausencia de terapia. Sus datos se presentan en el cuadro 7.4. La TCC fue significativamente superior a las otras dos condiciones.

Cuadro 7.4. Pacientes con TAG recuperados en el PSWQ con terapia cognitivo-conductual, otras terapias y ausencia de terapia

	<i>TCC</i> ( <i>k</i> = 17)	<i>Otras terapias</i> <sup>a</sup> ( <i>k</i> = 7)	<i>Sin terapia</i> ( <i>k</i> = 7)
Postratamiento	46%	22%	0%
6 meses	47%	23%	19%
12 meses	57%	26%	15%

*Fuente* datos extraídos de Hanrahan et al. (2013). TCC = terapia cognitivo-conductual. PSWQ = inventario de preocupación del estado de Pensilvania. *k* = número de estudios (puede ser menor en el seguimiento).

<sup>a</sup> Relajación aplicada, terapia psicodinámica breve, terapia no directiva.

Hay que tener en cuenta que el porcentaje de pacientes recuperados es menor cuantas más son las medidas en las que se exige que se alcance el punto de corte pertinente. Logrando valores normativos en al menos 4 de 6 medidas, y sin considerar el criterio de cambio fiable, Borkovec et al. (2002) hallaron con TCC, TC o relajación aplicada un 52% de pacientes recuperados en el postratamiento, y un 40% y un 46% en los seguimientos al año y dos

años respectivamente; no hubo diferencias entre tratamientos. Cuando el criterio se elevó a 5 o más de las 6 medidas, los tres porcentajes anteriores fueron 33%, 29% y 22%.

Finalmente, en el cuadro 7.5, y a partir de los estudios publicados hasta 2014, ya fueran controlados o no, se presenta el porcentaje de pacientes que dejan de cumplir criterios diagnósticos de TAG en función del tratamiento recibido.

Cuadro 7.5. Pacientes que dejan de presentar TAG con distintas terapias y en diferentes momentos

	<i>Relajación aplicada</i> ( <i>k</i> = 4)	<i>Terapia cognitiva</i> ( <i>k</i> = 1)	<i>TCC tradicional</i> ( <i>k</i> = 6)	<i>TCC de Dugas</i> ( <i>k</i> = 6)	<i>Terapia metacognitiva</i> ( <i>k</i> = 2)	<i>Cualquier tipo de TCC</i> ( <i>k</i> = 15)
Post	68%	91%	58% <sup>a</sup>	71%	92%	69%
6 meses	76%	86%	68%	80%	93%	78%
12 meses	72%	67%	84%	77%	90%	78%

TCC = terapia cognitivo-conductual. *k* = número de estudios (puede ser menor en el seguimiento).

<sup>a</sup> Este porcentaje fue 68% para adultos y 49% para personas mayores. No hubo diferencias en los dos seguimientos en función de la edad.

Considerando conjuntamente los diversos tipos de TCC, el 69% de los pacientes deja de presentar TAG en el postratamiento y el 78% en los seguimientos tanto a los 6 como a los 12 meses. Estos resultados son prácticamente idénticos a los de la relajación aplicada. En el único estudio con la TCC de Barlow que da información al respecto, el porcentaje fue el 61% de 18 pacientes. Según el metaanálisis del NICE (2011), que considera solo estudios controlados hasta 2010, el 50% de los pacientes dejó de presentar TAG en el postratamiento tras la TCC frente al 15% en la lista de espera. En el metaanálisis de Goncalves y Byrne (2012) con personas mayores de 55 años tratadas con TCC, el 49% dejó de presentar TAG en el postratamiento y mejoró un 20% o más en al menos tres de cuatro medidas.

En un estudio con un seguimiento a los 2,5-14 años (Durham et al., 2012), solo el 52% de las personas con TAG previamente tratadas con TCC o TC en servicios clínicos comunitarios no presentaron un diagnóstico de trastorno de ansiedad; este porcentaje se redujo al 40% si no se había recibido tratamiento adicional, farmacológico o psicológico. El 28% de los pacientes presentaron uno o más trastornos de ansiedad a los 2,5-14 años, a pesar de haber recibido bastante o mucho tratamiento adicional. Es posible que estos datos sobrestimen el nivel de recuperación, ya que hubo una tendencia a que los pacientes que participaron en el seguimiento tuvieran mejores puntuaciones en el pretratamiento y fue más probable que hubieran completado el tratamiento. No se dispone de seguimientos a largo plazo de la relajación aplicada.

En conclusión, los datos de significación clínica vienen a confirmar que la relajación aplicada y diversas modalidades de TCC son relativamente eficaces para el tratamiento del TAG. Sin embargo, el porcentaje de pacientes mejorados y, especialmente, el de recuperados no son tan altos como sería deseable.

### 7.2.3. Variables predictoras de los resultados

Poco se sabe hasta el momento sobre las variables predictoras de los resultados del tratamiento del TAG, pero algunos datos indican los siguientes predictores de buenos resultados a corto plazo: ausencia de trastornos comórbidos del Eje 1, estar casado o vivir en pareja, tener una relación marital no conflictiva, no tener un bajo nivel socioeconómico, una buena alianza terapéutica, la mejor realización de actividades entre sesiones y las ganancias repentinas (reducción grande y rápida de síntomas entre dos sesiones).

Posibles predictores de peores resultados podrían ser: toma de ansiolíticos, estar sometido a factores estresantes crónicos, dificultades de relación, bajo nivel socioeconómico, complejidad y gravedad de los problemas presentados y hostilidad hacia los pacientes por parte de personas allegadas (en

contraposición a los comentarios críticos no hostiles, aquellos centrados en conductas concretas y que no implican descalificaciones globales).

Por lo que se refiere a la predicción de los resultados tiempo después de acabado el tratamiento, las dificultades de relación, el bajo nivel socioeconómico y la complejidad y gravedad de los problemas presentados han predicho los resultados en el seguimiento a los 2-10 años. Los altos niveles de evitación cognitiva y conductual y de conductas defensivas al final del tratamiento han predicho peores resultados al año. Aunque no parece que los trastornos comórbidos de personalidad predigan un peor resultado, es más probable que faciliten el abandono.

Posibles predictores de recaídas son: presencia de trastornos comórbidos del Eje 1, no tener pareja, tener una relación marital conflictiva, bajo nivel socioeconómico, ser varón, haber recibido tratamiento psiquiátrico previo y la ocurrencia de eventos estresantes.

#### 7.2.4. Utilidad clínica del tratamiento

La utilidad clínica hace referencia a la generalización de los resultados de las investigaciones a la práctica clínica habitual, la viabilidad de la intervención y facilidad para disponer de ella, y la eficiencia (relación coste/ beneficio) del tratamiento.

El metaanálisis de Stewart y Chambless (2009) con 56 estudios sobre los trastornos de ansiedad en la adultez indica que la TCC (incluyendo la TC, la relajación aplicada o ambas) es muy eficaz en la práctica clínica habitual y con resultados comparables a los de los estudios controlados. En el caso del TAG (11 estudios), el tamaño del efecto del pretratamiento al postratamiento fue alto en medidas específicas del trastorno (DMT = 0,92) y en depresión (DMT = 0,89), aunque el primero de estos estuvo en el límite inferior del rango de tamaños obtenidos en las tres investigaciones de referencia y está también por debajo del observado en la TCC en el metaanálisis de Norton y Price (2007) con 17 estudios controlados (DMT = 1,80) y en la TCC de Dugas y en la terapia metacognitiva (Van der Heiden, Muris y Van der

Molen, 2012). Por otra parte, el estudio de Linden, Zubragel y Thomas (2011) sugiere que la TCC en la práctica real reduce el empleo de medicación y los días de baja y mejora el funcionamiento laboral.

Así pues, la eficacia de la TCC observada en las investigaciones controladas puede ser algo menor en la práctica clínica habitual. Esto puede ser debido, entre otros factores, a un menor entrenamiento de los terapeutas en TCC, a una mayor sobrecarga de trabajo de estos y a una mayor gravedad del trastorno o a una mayor comorbilidad en los pacientes vistos en la práctica habitual. Además, el porcentaje de abandonos y la duración del tratamiento pueden ser algo mayores en el último caso. Por otra parte, según un estudio, los resultados de la TCC en la práctica habitual tienden a mantenerse al año y el tamaño del efecto del pretratamiento al seguimiento está dentro del rango observado en los estudios de eficacia.

Para aumentar la disponibilidad del tratamiento y reducir la razón coste/eficacia del mismo, se han seguido varias vías: a) programas de autoayuda pura, sin contacto con el terapeuta o con contacto muy breve, b) programas de autoayuda guiada, con apoyo limitado por parte del terapeuta, de entre 2 y 6 horas, y c) grupos psicoeducativos. Dentro de un modelo asistencial por etapas, estos tratamientos pueden ser también ofrecidos como primera opción a las personas con TAG de leve a moderado.

Respecto a los programas de autoayuda pura, existen dos estudios con TAG basados en la terapia de solución de problemas y la reducción del estrés a través de la atención plena. Estos estudios, considerados conjuntamente con otros realizados con diversos trastornos de ansiedad, indican que los programas de autoayuda pura tienen, en comparación con grupos control, un tamaño del efecto moderado en ansiedad y depresión, aunque se caracterizan por más abandonos (NICE, 2011). Por otra parte, la TCC autoadministrada a través de internet en atención primaria bajo condiciones totalmente naturales y no asistida por el terapeuta ha producido cambios significativos en medidas de TAG, malestar psicológico y calidad de vida. Sin embargo, el tamaño del efecto fue más bajo que en estudios controlados de autoayuda guiada y solo el 55% de los pacientes completaron el tratamiento (Mewton, Wong y

Andrews, 2012).

Pasando ahora a los programas de autoayuda guiada aplicados a través de internet y con un apoyo limitado por parte del terapeuta vía correo electrónico o teléfono, se han llevado a cabo cuatro estudios, dos con TCC afín a la terapia metacognitiva y dos con TCC tradicional. La media de contacto no presencial con el terapeuta ha oscilado entre 75 y 130 minutos. La TCC por internet ha sido más eficaz que la lista de espera con un tamaño del efecto alto en preocupación (DMT = 0,89), ansiedad (DMT = 0,99) y depresión (DMT = 0,87) y con tamaño moderado en interferencia (DMT = 0,79) y bajo en calidad de vida (DMT = 0,47). El porcentaje de pacientes mejorados y recuperados también ha sido más alto en la TCC por internet que en la lista de espera, aunque los criterios han variado según los estudios y también respecto a los empleados en la TCC presencial. Los resultados se han mantenido en seguimientos de hasta 3 años de duración. El porcentaje de abandonos ha sido del 20%. Finalmente, no ha habido diferencias entre la TCC y la terapia psicodinámica por internet en un estudio.

En el metaanálisis de Mayo-Wilson y Montgomery (2013), los programas de autoayuda cognitivo-conductuales, tanto guiados como no, aplicados en pacientes con TAG fueron más eficaces que la lista de espera en medidas de ansiedad (DMT = 0,95), en otras medidas (DMT = 0,65) y en el porcentaje de pacientes que respondieron al tratamiento, esto es, mejorados (49% vs. 10%).

En el metaanálisis de Haug et al. (2012) con diversos trastornos de ansiedad y considerando las medidas principales, los programas de autoayuda fueron más eficaces que la lista de espera (DMT = 0,78), igual de eficaces que el tratamiento habitual presencial en el postratamiento (DMT = - 0,20) y en seguimientos de 6 meses de media (DMT = - 0,24) y menos eficaces que la TCC presencial (DMT = - 0,41). Respecto a la lista de espera, el tamaño del efecto fue mayor cuando el programa de autoayuda:

1. Se basó en internet/ordenador (DMT = 0,89) en vez de en biblioterapia (DMT = 0,60).

2. Implicó cierta guía por parte del terapeuta (DMT = 0,85) en vez de ser puro (DMT = 0,58).
3. Se aplicó con muestras comunitarias (DMT = 0,88) en vez de clínicas (DMT = 0,53).
4. Se aplicó en pacientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia social o trastorno de ansiedad generalizada.

Una cuestión importante por investigar es hasta qué punto son comparables los pacientes que siguen programas de autoayuda y los que reciben tratamiento presencial.

Por lo que se refiere a los grupos psicoeducativos, White, Keenan y Brooks (1992) aplicaron en centros de atención primaria tratamiento conductual, cognitivo o cognitivo-conductual en grupos de 20 o más pacientes, de forma didáctica, con ayuda de un manual y a lo largo de seis sesiones de 2 horas. Los tres tratamientos fueron más eficaces que un grupo de lista de espera en ansiedad (DMT = 0,70), pero no hubo diferencias ni entre los tres tipos de tratamiento ni entre estos y un grupo placebo (mensajes antiansiedad subliminales supuestamente incluidos en una combinación de música y ruido blanco). En el seguimiento a los 2 años, las mejoras siguieron aumentando en las tres terapias, mientras que se mantuvieron los resultados en el placebo. No hubo diferencias significativas entre grupos, pero sí una tendencia favorable a las tres terapias, al igual que en el postratamiento (White, 1998).

Otra alternativa para reducir la razón coste/eficacia del tratamiento es aplicarlo en formato grupal. Según el metaanálisis del NICE (2011), tanto la TCC individual como la grupal son superiores a la lista de espera, pero los datos de la segunda se basan solo en dos estudios. Con un mayor número de estudios, en el metaanálisis de Cuijpers et al. (2014) tampoco se encontraron diferencias entre los dos formatos.

El estudio de Heuzenroeder et al. (2004) indica que la TCC aplicada por

psicólogos públicos tiene una mejor relación coste-beneficio en comparación con la terapia farmacológica. Finalmente, los datos sugieren que los pacientes con TAG prefieren la TCC porque no presenta los efectos adversos de la farmacoterapia (NICE, 2011).

### 7.3. Tratamiento psicológico con niños y adolescentes

En este apartado se abordará la eficacia del tratamiento psicológico del TAG con niños y adolescentes, su significación clínica, las variables predictoras de los resultados y la utilidad clínica del tratamiento.

#### 7.3.1. Eficacia y significación clínica del tratamiento psicológico

Hasta el momento, hay muy pocos estudios sobre la TCC con niños y adolescentes con TAG. Considerando estudios no controlados, dos sugieren que la TCC de Dugas o una adaptación de la misma es eficaz. En otros dos se han observado mejoras con a) la TCC tradicional combinada con un componente de habilidades interpersonales y b) la terapia conductual dirigida, la cual incluye un componente para mejorar el sueño. En un estudio controlado, Eisen y Silverman (1993) aplicaron un diseño de línea base múltiple con cuatro niños y sus datos sugirieron que la terapia cognitiva, la relajación aplicada y su combinación fueron eficaces, pero que las intervenciones funcionaron mejor cuando se adaptaron al tipo de síntomas predominante: cognitivo, somático o ambos. En otro estudio controlado (Holmes et al., 2014), el programa "Sin preocupaciones" (terapia dirigida a la intolerancia a la incertidumbre, creencias negativas sobre las preocupaciones, orientación negativa hacia los problemas y evitación cognitiva) fue superior a la lista de espera.

Por otro lado, están los programas dirigidos a los trastornos de ansiedad en general, incluido el TAG. Uno de los programas más investigados ha sido el Coping Cat (Gato Valiente), desarrollado por Kendall en los años noventa. Este programa de tipo cognitivo-conductual puede consultarse en Kendall y Hedtke (2006a, 2006b) para niños de 8-13 años (hay traducción al español en

Kendall, 2010) y en Kendall et al. (2002a, 2002b) para adolescentes de 14-17 años.

El programa Coping Cal se aplica individualmente, aunque también puede hacerse en grupo. El número de sesiones oscila entre 16 y 20, duran 50-60 minutos y su periodicidad es semanal. De todos modos, para facilitar su aplicación en contextos comunitarios existe una versión breve de 8 sesiones. El programa está adaptado al desarrollo evolutivo del niño y se apoya en un material escrito, variado y entretenido, que facilita el interés y la implicación en el tratamiento. Se utilizan fichas o puntos para reforzar las tareas entre sesiones. En las ocho primeras sesiones, resumidas en el cuadro 7.6, se presentan los conceptos básicos y se practican y refuerzan las habilidades enseñadas. Además, se introduce progresivamente un acrónimo (FEAR [miedo]) que recuerda al niño los pasos que ha de seguir.

Este primer bloque no parece dar lugar por sí solo a resultados positivos en comparación con la lista de espera. Durante el segundo bloque de ocho sesiones el niño practica las nuevas habilidades por medio de experiencias en la imaginación, simuladas y en vivo (en la consulta, en casa y en la escuela) de situaciones individualizadas y graduadas en cuanto al estrés y ansiedad que provocan. Para ello, el terapeuta sirve de modelo - usa la activación ansiosa como señal para aplicar las estrategias de afrontamiento-, se utilizan ensayos conductuales y se emplea el reforzamiento social; también se alienta a los niños a que se refuercen por su afrontamiento exitoso.

En la sesión 9 hay una nueva reunión con los padres para informarles sobre la segunda parte del tratamiento, darles la oportunidad de discutir sus preocupaciones, obtener más información sobre las situaciones ansiógenas para el niño y ofrecerles modos específicos de implicarse en la segunda parte del tratamiento. En las sesiones 10 y 11 se trabaja con situaciones de baja ansiedad. En las sesiones 10-13 aumenta el nivel de ansiedad de las situaciones. Y en las sesiones 14-16 se practica en situaciones muy ansiógenas. Además, a partir de la sesión 14, los niños comienzan a preparar en casa un breve proyecto divertido (canción, anuncio de televisión, dibujo, poema, espacio radiofónico, etc.) dirigido a enseñar a otros niños cómo

afrentar la ansiedad perturbadora. Durante la última sesión (la 16) se graba y mira el proyecto, se entrega al niño una copia del mismo, se revisa con el niño y los padres el progreso conseguido y se alienta a seguir practicando. Existen datos que sugieren que este segundo bloque, al menos cuando sigue al primero, es un componente activo a la hora de producir cambios significativos. En un estudio reciente (Peris et al., 2014), la reestructuración cognitiva y la exposición fueron componentes del tratamiento que contribuyeron a la mejora conseguida.

Cuadro 7.6. Contenido de las ocho primeras sesiones del programa  
Coping Cat

- 
- *Sesión 1.* Establecer una buena relación con el niño, informarle sobre el tratamiento, alentar su participación, enseñarle a registrar una actividad en la que se sintió bien y lo que pensó, y terminar con una actividad divertida.
  - *Sesión 2.* Revisar la actividad asignada, enseñar a distinguir varios tipos de emociones, normalizar la experiencia de miedo, empezar a construir una jerarquía de situaciones ansiógenas y asignar actividades. (La asignación y revisión de actividades es común a todas las sesiones.)
  - *Sesión 3.* Enseñar a identificar las propias respuestas somáticas de ansiedad, introducir el primer paso del acrónimo (¿asustado? [sensaciones de ansiedad]) y hablar con el niño sobre la siguiente sesión con los padres.
  - *Sesión 4.* Encuentro con los padres para darles información adicional sobre el tratamiento y las metas del mismo, discutir sus preocupaciones, recoger información sobre las situaciones ansiógenas para el niño y alentar la cooperación en el tratamiento.
  - *Sesión 5.* Entrenar en respiración profunda y relajación muscular progresiva, hacer que el niño la practique con sus padres y entregar una grabación de audio personalizada para practicar en casa.
  - *Sesión 6.* Identificar los pensamientos en situaciones ansiógenas, diferenciarlos de los pensamientos de afrontamiento, introducir el segundo paso del acrónimo (¿espero cosas malas?), desafiar los pensamientos negativos y elaborar pensamientos de afrontamiento. La reestructuración cognitiva está adaptada, como el resto de componentes, al desarrollo evolutivo del niño. Se presentan unas tarjetas con dibujos en los que un personaje encuentra situaciones potencialmente ansiógenas. En estas tarjetas aparecen globos de pensamiento en blanco y el terapeuta le pregunta al niño qué podría decir o pensar el personaje en la situación. Esto sirve tanto para identificar pensamientos como para elaborar pensamientos alternativos.
  - *Sesión 7.* Revisar los dos primeros pasos del acrónimo e introducir el tercero (actitudes y acciones que ayudan). Enseñar resolución de problemas para seleccionar estrategias que permitan afrontar la ansiedad y aplicar el procedimiento con ejemplos de situaciones cada vez más ansiógenas.
  - *Sesión 8.* Introducir el cuarto paso del acrónimo (resultados y recompensas). Enseñar autoevaluación y autorrecompensa. Revisar el plan FEAR y aplicarlo en sesión. Revisar la jerarquía y planificar la primera exposición.

---

*Fuente:* elaborado a partir de Kendall y Hedtke (2006a).

El programa Coping Caí se ha mostrado superior clínica y estadísticamente a la lista de espera en niños que presentaban distintos trastornos de ansiedad: generalizada, por separación o social. Además, ya fuera aplicado individualmente o en familia, ha resultado también superior a un programa de educación y apoyo basado en la familia. En un estudio, la intervención de tipo grupal ha sido superior a la lista de espera y tan eficaz como la individual, tanto en el postratamiento como al año.

La eficacia del Coping Cat no ha variado a corto y medio plazo en función de que los niños presentaran otros trastornos comórbidos, ya fueran de tipo ansioso o exteriorizado; además, el tratamiento reduce el porcentaje de niños que presentan trastornos comórbidos, tanto los de tipo ansioso como los del tipo exteriorizado. Sin embargo, en los estudios realizados ha habido pocos niños con trastornos del estado de ánimo y se ha hallado que la comorbilidad con depresión predice peores resultados.

Dos adaptaciones del Coping Cat han sido superiores al placebo farmacológico y al placebo psicológico en niños que presentaban distintos trastornos de ansiedad. Otras dos adaptaciones de este programa no se han diferenciado del tratamiento habitual al ser aplicadas en centros públicos de salud mental.

Los resultados del programa Coping Cat se han mantenido en seguimientos de 1, 3, 7 y 16 años de media, y no se han visto afectados por la presencia de comorbilidad. Además, a diferencia de los niños no recuperados, los que se recuperaron de su trastorno no presentaron 16 años más tarde un riesgo más elevado de padecer trastornos de ansiedad o abuso/ dependencia de sustancias que un grupo normativo, con la excepción del TAG y la dependencia de la nicotina. Sin embargo, aunque en el seguimiento a los 7 años el 81% seguía libre del TAG, el 50% de los participantes habían recibido tratamiento adicional.

La implicación de los niños durante las sesiones de tratamiento ha correlacionado positivamente con las mejoras conseguidas al igual que lo ha hecho la implicación de padres y madres cuando han participado como

coclientes. Las valoraciones por parte del terapeuta de la relación terapéutica, pero no el cumplimiento de las tareas entre sesiones, han predicho el resultado en el postratamiento y en el seguimiento al año.

Una cuestión importante es si los resultados del tratamiento mejorarían si los padres participaran en el mismo como coclientes y no como simples colaboradores que proporcionan información y ayudan en la aplicación de la intervención. En un estudio, el programa Coping Cat funcionó igual de bien ya fuera que los padres participaran como colaboradores en una terapia individual o como coclientes en una terapia familiar, aunque este último fue mejor en el seguimiento al año cuando ambos progenitores o las madres tuvieron un trastorno de ansiedad.

El papel de la participación de los padres ha sido también estudiado mediante una adaptación del programa Coping Cat, realizada por Barrett et al. (1996) y llamada Coping Koala. Los pocos estudios realizados sugieren que esta participación mejora los resultados al emplear un enfoque en que terapeuta, padres e hijos funcionan como un equipo a la hora de trabajar, aunque quizá esto solo sea cierto cuando los niños son menores de 11 años o uno o ambos padres son ansiosos.

Aparte del Coping Cat, pueden mencionarse otros programas más o menos similares, tales como el programa FRIENDS (AMIGOS) de Barrett, con versiones para niños de 7-11 años (Barrett, 2004a, 2004b) y adolescentes de 12-16 años (Barrett, 2005a, 2005b) y el programa Cool Kids (Chicos Tranquilos) de Rapee et al. (2009a, 2009b), el cual tiene una versión para niños y otra para adolescentes (<http://www.psy.mq.edu.au/CEH/index.html>).

El metaanálisis más reciente sobre la eficacia de la TCC para trastornos de ansiedad en niños y adolescentes es el de James et al. (2013), con 41 estudios. De estos, 31 incluyeron distintos trastornos de ansiedad (excepto trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés postraumático), de los cuales seis fueron con niños con trastornos del espectro autista, pero sin limitaciones intelectuales; otros 9 estudios se centraron en la fobia social y 1 en el trastorno de ansiedad por separación. El tamaño del efecto en el

postratamiento de la TCC respecto a la lista de espera en medidas de ansiedad generalmente contestadas por los niños fue alto (DMT = 0,98). En el metaanálisis de Silverman, Pina y Viswesvaran (2008), con 19 estudios, la TCC fue moderadamente más eficaz que la lista de espera en autoinformes de niños e informes de padres sobre a) reacciones de ansiedad y b) otros aspectos considerados conjuntamente: depresión, miedo, problemas interiorizados (retraimiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión) y problemas exteriorizados (conducta delincuenta y conducta agresiva). Los tamaños del efecto (DCMT) en comparación con la lista de espera para estos dos tipos de medidas fueron 0,44 y 0,41 en el caso de los niños y más altos (0,91 y 0,63) en el caso de los informes de los padres. Considerando todas las medidas conjuntamente, Ishikawa et al. (2007) obtuvieron un tamaño del efecto de 0,68 respecto a la lista de espera. Según este metaanálisis, las mejoras conseguidas con la TCC se mantienen en seguimientos de hasta 2 años (en comparación con el pretratamiento) y la revisión de Nevo y Manassis (2009) indica que este es también el caso en seguimientos largos de hasta 7 años.

En comparación con controles activos (placebo psicológico: psicoeducación, biblioterapia, etc.), el tamaño del efecto de la TCC ha sido moderado (DMT = 0,50), pero no significativo, en el metaanálisis de James et al. (2013). La TCC tampoco se ha diferenciado (DMT = 0,19) del tratamiento habitual (terapia familiar, de apoyo, psicodinámica, ecléctica), aunque solo hubo tres estudios; esto último concuerda con el metaanálisis de Ishikawa et al. (2007). En resumen, la TCC para trastornos de ansiedad en niños y adolescentes es claramente más eficaz que el no tratamiento, con un tamaño del efecto de moderado a grande, según las medidas e informantes considerados. Sin embargo, no ha demostrado ser más eficaz que el placebo u otros tratamientos.

Cuadro 7. 7. Niños y adolescentes que dejan de presentar su trastorno de ansiedad principal bajo distintas condiciones en elpostratamiento

<i>Terapia cognitivo-conductual</i> ( <i>k = 26</i> )	<i>Lista de espera</i> ( <i>k = 26</i> )	<i>Controles activos</i> ( <i>k = 7</i> )	<i>Tratamiento habitual</i> ( <i>k = 2</i> )
62%	15%	26%	47%

k = número de estudios.

Pasando ahora a la significación clínica de los resultados, el 11% de los niños y adolescentes abandonan el tratamiento y - tal como muestra el cuadro 7.7, elaborado a partir del metaanálisis de James et al. (2013)-, el 62% de los que completan el tratamiento con TCC (59% de los que lo empiezan) dejan de cumplir criterios diagnósticos de su trastorno de ansiedad principal en el postratamiento. Este porcentaje es similar al del tratamiento habitual y significativamente más alto que el observado en las condiciones de lista de espera y controles activos. Así pues, en este caso la TCC se ha mostrado más eficaz que el placebo psicológico.

El porcentaje de niños y adolescentes que dejan de presentar su trastorno principal aumenta en seguimientos de hasta 2 años e incluso a los 3-7 años, en cuyo caso ha oscilado generalmente entre el 70% y el 90% (Nevo y Manassis, 2009). Sin embargo, esta mejora puede ser debida en parte a efectos de maduración o a la administración de tratamiento adicional, presente entre el 30% y el 63% de los casos. Además, el porcentaje de los que siguen libres de otros trastornos de ansiedad en seguimientos de 6 o 9 años de media es más bajo: ha ido del 46% al 87%. En seguimientos de 6 años de media, terminan por recuperarse el 60% de los no recuperados inicialmente, pero un 14-27% de los que habían respondido inicialmente al tratamiento recaen en su trastorno principal.

En comparaciones indirectas realizadas en diversos metaanálisis (In-Albon y Schneider, 2007; Ishikawa et al., 2007; James et al., 2013; Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008; Thulin et al., 2014), no se han hallado diferencias entre la TCC individual y la TCC grupal ni entre la TCC con o sin participación de los padres, aunque en alguna medida el tamaño del efecto fue mayor en la TCC grupal (James et al., 2013) o en la TCC con padres (James et al., 2013; Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008). En general, no ha

habido diferencias, ni en tamaño del efecto ni en porcentaje de pacientes recuperados, en función de que el tratamiento haya sido aplicado de forma individual o grupal (incluyera padres o no) o de que se centrara en el niño o en la familia (de forma individual o grupal).

Ahora bien, en estos metaanálisis, no se ha estudiado el impacto de las variables que pueden influir en la eficacia de la intervención con padres: edad de los niños, ansiedad de los progenitores, contenido del programa. En estudios que han comparado directamente la TCC individual y la TCC grupal no se han hallado diferencias. Y en estudios que han comparado directamente TCC con o sin padres, los resultados han sido inconsistentes. Algunos han encontrado que la TCC con padres es más eficaz cuando los niños son pequeños (menos de 11 años) y cuando los padres son ansiosos. Es posible que la participación de los padres sea beneficiosa cuando se cumplen tres condiciones: el niño es pequeño, uno o ambos padres presentan trastornos de ansiedad y participan como coclientes en vez de como simples colaboradores.

### 7.3.2. Variables predictoras de los resultados

Según dos estudios con participación de los padres - en los que se enseñó a estos a ayudar a sus hijos a manejar la ansiedad, pero no a manejar sus propias alteraciones emocionales-, predictores de peores resultados pueden ser: nivel de depresión y rasgo de ansiedad informados por el niño, comorbilidad con depresión en el niño, nivel de depresión, ansiedad, miedo y psicopatología general en los progenitores, percepción del niño de la disfunción familiar y de la frustración de sus progenitores con él, percepción de padres y madres de la disfunción familiar y percepción materna del estrés parental. Es posible que los trastornos de los padres sean más problemáticos al tratar niños pequeños y al aplicar la terapia individualmente en vez de en grupo. La influencia negativa de la ansiedad de uno o ambos progenitores ha sido observada en varios estudios, aunque no en todos.

Con el programa Coping Caí, variables predictoras de peores resultados han sido una mayor problemática interiorizada (retraimiento, ansiedad,

depresión) en el niño informada por otros, mayor nivel de depresión informado por el niño, más reacciones depresivas en la madre y mayor edad del niño. Ahora bien, la psicopatología de los padres no predice peores resultados cuando aquellos participan como coclientes. Con el programa FRIENDS, altos niveles de rechazo y de reacciones de ansiedad y depresión por parte del padre y, sorprendentemente, un alto nivel de calidez emocional materna informada por el niño han estado asociados a peores resultados. Asimismo, la gravedad de los problemas ha predicho una mayor mejora, pero una menor recuperación, en términos de seguir cumpliendo o no el diagnóstico. La comorbilidad también ha predicho, más modestamente, una menor recuperación. En un estudio, una mayor cohesión familiar predijo mejores resultados solo en la TCC en que participaron los padres. En otro estudio, no se halló que la satisfacción marital, la depresión de los padres, o la ansiedad materna afectaran a los resultados, pero sí la ansiedad del padre.

Variables no predictoras de los resultados han sido las características demográficas, el tipo y gravedad del trastorno de ansiedad y el número de trastornos de ansiedad comórbidos. Sin embargo, algunos estudios han hallado una menor mejora en los niños mayores.

Variables que han predicho inconsistentemente el abandono de la terapia son una menor sintomatología ansiosa, pertenecer a una minoría étnica y vivir con un solo progenitor. Se ha observado un mayor nivel de ansiedad y de otras medidas de psicopatología y un mayor número de trastornos comórbidos entre los que abandonan el tratamiento. No se han estudiado otras variables que pueden ser más importantes, tales como relación terapéutica, falta de motivación, insatisfacción con el tratamiento e impedimentos ambientales (p. ej., económicos, horarios, etc.).

### 7.3.3. Utilidad clínica del tratamiento

Varios estudios (Lau et al., 2010; Nauta et al., 2003; Wergeland et al., 2014) han mostrado que la TCC dirigida a diversos trastornos de ansiedad es eficaz cuando se aplica en la clínica habitual y claramente superior a la lista de

espera, aunque no se ha diferenciado del tratamiento habitual. Los resultados se han mantenido e incluso mejorado en seguimientos de hasta 12 meses. Sin embargo, el porcentaje de niños tratados que dejan de presentar su principal trastorno de ansiedad (52%) es algo más bajo que el observado en el marco de investigación (62%), aunque claramente superior al 5% observado en la lista de espera. Esto va en la línea del hallazgo del metaanálisis de Ishikawa et al. (2007), según el cual el tamaño del efecto fue menor en los estudios conducidos en otros centros en comparación con clínicas universitarias.

Para aumentar la disponibilidad del tratamiento y reducir la razón coste/eficacia del mismo, se han seguido varias vías. Una de estas es aplicar la TCC de forma grupal, la cual, como se dijo antes, parece tan eficaz como la TCC individual. Una segunda vía es reducir el tiempo del terapeuta y añadir apoyo mediante ordenador o internet. Así, el programa Coping Cal asistido por ordenador, y con la mitad de dedicación por parte del terapeuta, ha sido igual de eficaz que el Coping Cat tradicional y ambos han sido superiores a un grupo de educación, apoyo y atención asistidas por ordenador.

Otra vía es la aplicación de programas de autoayuda, ya sea pura o guiada. En un estudio la biblioterapia pura para padres, sin intervención del terapeuta, fue mucho menos eficaz que la TCC grupal con la participación de los padres y tuvo el doble de abandonos (32% vs. 16%). En cambio, la biblioterapia ha sido claramente más eficaz que la lista de espera cuando es apoyada por correos electrónicos o, especialmente, por contactos telefónicos iniciados por el terapeuta (6 horas de contacto de media, incluida la evaluación) y puede ser especialmente útil cuando no se tiene fácil acceso a los servicios cara a cara. También la TCC para adolescentes aplicada mediante CD-ROM y con el apoyo de ocho breves llamadas por parte del terapeuta ha sido mejor que la lista de espera.

Asimismo, la TCC aplicada íntegramente por internet y con un contacto mínimo con el terapeuta (dos llamadas telefónicas y correos electrónicos) ha sido superior en un estudio a la lista de espera en el postratamiento, aunque los resultados parecieron más débiles que los obtenidos en otros estudios con

TCC presencial. En cambio, las mejoras aumentaron a los 6 meses, de modo que los resultados fueron comparables a los de la TCC presencial en estudios anteriores. En otro estudio con adolescentes, la TCC presencial y la TCC por internet fueron superiores a la lista de espera y no difirieron prácticamente entre ellas a corto y medio plazo.

Finalmente, la satisfacción con la TCC, otro aspecto de la utilidad clínica, ha sido evaluada en diversos estudios y ha sido elevada.

#### 7.4. Tratamiento farmacológico

En este apartado se abordará: a) la eficacia del tratamiento farmacológico del TAG, y b) su eficacia en comparación con el tratamiento psicológico y la eficacia de terapias alternativas.

##### 7.4.1. Eficacia del tratamiento farmacológico

En el cuadro 7.8 se presentan datos de eficacia de los fármacos más investigados: a) inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS): paroxetina, escitalopram y sertralina; b) inhibidores de la recaptación de la serotonina y de la noradrenalina (IRSN): venlafaxina y duloxetina; c) benzodiazepinas: diazepam, alprazolam y lorazepam; d) pregabalina, un agente anticonvulsivo que actúa como ansiolítico; e) buspirona, una azapirona; y f) hidroxicina, una difenilpiperazina empleada como antihistamínico y ansiolítico (HICE, 2011).

Las DMT en la HARS de los distintos fármacos respecto al placebo son significativas, pero de magnitud entre baja y moderada; sin embargo, no pueden compararse con las vistas previamente para la TCC porque el grupo de comparación es más potente: placebo en vez de lista de espera. Tampoco pueden compararse los porcentajes de pacientes mejorados y recuperados, ya que los criterios empleados son diferentes de los utilizados en la TCC. El porcentaje de pacientes mejorados ha oscilado entre el 41% y el 58%, 10-15 puntos más alto que con el placebo (28-46%). Las diferencias son

significativas en todos los casos, salvo para algunas benzodiazepinas (alprazolam, lorazepam), la bupiriona y la hidroxicina, quizá por falta de potencia estadística; de todos modos, el tamaño del efecto es bajo. Por lo que se refiere al porcentaje de pacientes recuperados, ha ido del 25% al 34% en los fármacos estudiados, 7-13 puntos más alto que el placebo (16-26%). Las diferencias son significativas en todos los casos, salvo para las benzodiazepinas y el escitalopram, aunque el tamaño del efecto es bajo.

Cuadro 7.8. Eficacia de diversos tipos de fármacos en términos de diferencias medias tipificadas (DMT) respecto a un grupo placebo y de pacientes mejorados y recuperados

	<i>ISRS</i> ( <i>k</i> = 16)	<i>IRSN</i> ( <i>k</i> = 16)	<i>Pregabalina</i> ( <i>k</i> = 8)	<i>Benzodiazepinas</i> ( <i>k</i> = 12)	<i>Buspirona</i> ( <i>k</i> = 5)	<i>Hidroxicina</i> ( <i>k</i> = 3)
HARS	0,23-0,33	0,41-0,50	0,42	0,21-0,53	0,27	0,45
% mejorados (reducción >50% en HARS)	58%	52%	51%	51%	41%	42%
% recuperados (<7 en HARS)	34%	32%	25%	26%	–	–

k = número de estudios (puede ser menor según el aspecto considerado), ISRS = inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, IRSN = inhibidores de la recaptación de la serotonina y de la noradrenalina, HARS = Escala de ansiedad de Hamilton.

Dentro de los antidepresivos (ISRS, IRSN) y la pregabalina, la duloxetina es el fármaco más eficaz, pero también el que más abandonos produce. La sertralina es el segundo más eficaz, el mejor tolerado y el que tiene una mejor relación coste/eficacia, aunque esto se basa solo en dos estudios. La pregabalina es relativamente eficaz y tiene pocos efectos adversos. Los efectos de las diversas benzodiazepinas han sido inconsistentes y su uso prolongado está asociado a un elevado riesgo de dependencia. La bupiriona y la hidroxicina no cuentan aún con suficientes datos sobre su eficacia. Hay

muy pocos estudios que hayan comparado distintos fármacos entre sí. En general, no hay diferencias entre ellos, aunque el escitalopram ha sido superior a la paroxetina; la pregabalina y el diazepam han sido mejor tolerados que la venlafaxina (y que el lorazepam en el caso de la pregabalina); y la quetiapina ha dado lugar a más abandonos que la paroxetina y el escitalopram (NICE, 2011).

Existe otro grupo de fármacos, los antipsicóticos atípicos (quetiapina, olanzapina, risperidona), que han sido utilizados en el tratamiento del TAG refractario para aumentar los efectos de otros fármacos o como terapia única. En el primer caso, la eficacia no ha sido superior al placebo y ha habido más abandonos, mientras que en el segundo la quetiapina ha sido más eficaz que el placebo, aunque ha dado lugar a más abandonos y efectos adversos. Según la revisión del NICE (2011), la quetiapina a dosis flexibles o de 50 o 100 mg ha sido superior al placebo en el porcentaje de pacientes mejorados (62% vs. 45%) y recuperados (36% vs. 24%); en cambio la quetiapina a dosis de 300 mg se ha mostrado ineficaz. Además, los efectos adversos de la quetiapina son notables (sedación, efectos extrapiramidales, ganancia de peso) y llevan a un mayor abandono del tratamiento en comparación con el placebo.

Por lo que se refiere a las personas mayores, hay muy pocos estudios, pero los serotoninérgicos y la buspirona se han mostrado más eficaces que el placebo y han sido bien tolerados. En el metaanálisis de Goncalves y Byrne (2012) tanto las benzodiacepinas como los antidepresivos (ISRS, IRSN) han sido superiores al placebo, con un tamaño del efecto grande en el primer caso y pequeño en el segundo.

Con niños y adolescentes, la sertralina ha sido más eficaz que el placebo en un estudio y lo mismo puede decirse de la venlafaxina de liberación prolongada, aunque el tamaño del efecto fue alto en el primer caso y moderado en el segundo. En niños y adolescentes con TAG, trastorno de ansiedad por separación o fobia social, la sertralina, la fluvoxamina y la fluoxetina han sido superiores al placebo, con un tamaño del efecto alto en las dos primeras y moderado en la segunda. Además, con los ISRS y la venlafaxina, el porcentaje de pacientes mejorados (64%) es mayor que con el

placebo (34%), aunque también el abandono por efectos adversos (Ipser et al., 2009). No hay estudios controlados que indiquen que las benzodiazepinas y la buspirona son eficaces en niños con trastornos de ansiedad.

En resumen, el tratamiento farmacológico del TAG supone, a corto plazo, un beneficio de bajo a moderado para reducir los síntomas de ansiedad y aumenta hasta cierto punto la probabilidad de mejorar o recuperarse tras el mismo. Al mismo tiempo, presenta varias limitaciones:

1. Su eficacia es limitada, no parece tener un efecto significativo en las preocupaciones y no se sabe si, aparte de los antidepresivos, los otros fármacos serían eficaces en pacientes con trastornos comórbidos de ansiedad o depresión.
2. No hay estudios sistemáticos sobre el mantenimiento de los resultados a corto y largo plazo una vez acabado el tratamiento, aunque hay datos de que una gran mayoría de pacientes (60-80%) recaen en el año siguiente tras un tratamiento breve. En consecuencia, se ha sugerido continuar el tratamiento durante 6-12 meses; esto es más eficaz que seguir tomando placebo, pero no se ha estudiado qué ocurre después al retirar el fármaco.
3. La mayoría de fármacos tienen importantes o molestos efectos adversos que son más frecuentes que en el caso del placebo. La sertralina y la pregabalina se cuentan entre los que menos efectos adversos tienen.
4. Como consecuencia de lo anterior, el porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento es significativamente mayor con muchos fármacos (ISRS, IRSN, lorazepam, buspirona, quetiapina) que con el placebo o con la TCC.

A partir de los datos disponibles, el NICE (2011) recomienda que el tratamiento farmacológico sea reservado para las personas que no han respondido a la terapia psicológica, a no ser que estas elijan lo contrario.

Dentro de los fármacos, la buspirona y la hidroxicina no cuentan con suficientes datos sobre su eficacia, el uso prolongado de benzodiazepinas (más de 3 meses) no es aconsejable por el riesgo de dependencia y los antipsicóticos (p. ej., quetiapina) no son recomendables debido a sus efectos adversos. Dentro de los antidepresivos (ISRS, IRSN) y la pregabalina, la sertralina es el fármaco más aconsejable, ya que es el segundo más eficaz, el mejor tolerado y el que tiene una mejor relación coste/eficacia.

#### 7.4.2. Tratamiento farmacológico versus psicológico y terapias alternativas

Por lo que respecta a la eficacia relativa de la TCC y la farmacoterapia en comparaciones directas, los metaanálisis de Mitte (2005) y de Cuijpers et al. (2014) no han hallado diferencias entre ellas en medidas de ansiedad en el postratamiento. Sin embargo, estos metaanálisis solo incluyeron de cuatro a seis estudios, en la mayoría de estos se emplearon benzodiazepinas y en la mitad los pacientes fueron diagnosticados según el DSM-III. En un par de estudios se ha hallado que la TCC es más eficaz que la farmacoterapia para reducir las distorsiones cognitivas y las actitudes disfuncionales. En personas mayores, el metaanálisis de Goncalves y Byrne (2012) indica que la TCC y la terapia farmacológica alcanzan tamaños del efecto similares en comparación con condiciones control, aunque no hubo comparaciones directas entre terapias.

En cuanto a la combinación de tratamiento psicológico y farmacológico, la TCC más buspirona no ha sido mejor que la TCC más placebo en un estudio. En otro, la psicoterapia cognitiva mezclada con elementos de filosofía taoísta y su combinación con benzodiazepinas fueron más eficaces que estas últimas a los 6 meses. Por otra parte, en personas tratadas con venlafaxina, la adición de TCC no supuso mayores mejoras que seguir con la medicación. Y en personas mayores que habían comenzado tomando escitalopram durante 12 semanas, añadir TCC produjo, en comparación con seguir con el fármaco, una mayor mejora en la tendencia a preocuparse, aunque no en la ansiedad calificada por un evaluador.

En un estudio con 488 niños y adolescentes que presentaban fobia social, TAG, trastorno de ansiedad por separación o combinaciones de estos, la TCC (una adaptación del programa Coping Cat), la sertralina y la combinación de ambas fueron superiores al placebo, la TCC y la sertralina fueron igualmente eficaces y el tratamiento combinado fue el mejor de todos. En un seguimiento realizado a los 6 años de media no hubo diferencias entre los tres tratamientos; el 46,5% de la muestra seguía libre de los tres trastornos de ansiedad inicialmente considerados y el 64,9%, libre de su trastorno de ansiedad primario. Ahora bien, el 48% de los que habían respondido inicialmente presentaban alguno de los tres trastornos de ansiedad inicialmente considerados y el 27,4% habían recaído en su trastorno de ansiedad original.

Es difícil extraer conclusiones de los escasos trabajos anteriores. Tentativamente puede decirse que la TCC y el tratamiento farmacológico son igual de eficaces a corto plazo, al menos en medidas de ansiedad, y que el tratamiento combinado (con serotoninérgicos) puede ser más eficaz a corto plazo en el caso de niños/adolescentes y personas mayores (solo un estudio en cada caso). Sin embargo, como ya se dijo, los resultados de la TCC suelen mantenerse a medio y largo plazo, mientras que las recaídas son frecuentes en la farmacoterapia, así como los efectos adversos.

Finalmente, diversas terapias alternativas han sido investigadas en estudios aislados, por lo que es difícil extraer conclusiones. La manzanilla, el Ginkgo biloba, y los extractos combinados de varias plantas (Crataegus oxyacantha, Eschscholzia californica y Magnesium) han sido algo mejores que el placebo en un estudio cada uno, con un tamaño del efecto moderado en los dos primeros casos y pequeño en el tercero. La valeriana no se ha diferenciado del placebo en otro estudio. El extracto de Galphimia glauca y las cápsulas de aceite de lavanda han sido igual de eficaces que el lorazepam en un estudio en cada caso. La valeriana no ha diferido del diazepam en un estudio y la flor de la pasión no lo ha hecho del oxazepam en otro, aunque los tamaños muestrales fueron pequeños.

En varios estudios que han seguido la clasificación china de los trastornos

mentales, la acupuntura ha sido igual de eficaz que la medicación, aunque algunos de los fármacos empleados han sido de eficacia incierta; en otro estudio, la combinación de acupuntura y desensibilización sistemática fue más eficaz que cada componente por separado (NICE, 2011). La homeopatía clásica no ha resultado más eficaz que el placebo en un estudio. El kava o kava-kava ha sido inferior al placebo en un estudio, pero mejor en otro. Sin embargo, esta planta puede producir daño hepático grave e incluso mortal. El masaje terapéutico produce mejoras, pero no más que otras condiciones control, tales como la termoterapia y escuchar música en una habitación relajante.

### 7.5. Protocolo modular para el tratamiento del TAG

A partir de los programas cognitivo-conductuales que se han mostrado eficaces, se propone un protocolo modular para el tratamiento del TAG. Este protocolo incluye los nueve módulos que se presentan un poco más abajo según el orden en el que podrían ser aplicados. También se indica el número de sesiones de cada módulo, aunque este número es solo orientativo y debe ajustarse, al igual que los módulos que se aplicarán, en función de cada paciente.

1. Conceptualización compartida (1-2 sesiones).
2. Entrenamiento en relajación aplicada (siete semanas de entrenamiento que es conducido en paralelo a otros módulos).
3. Reevaluación de que las preocupaciones son incontrolables (2 sesiones).
4. Exposición conductual, que implica la eliminación de las conductas de evitación y de búsqueda de seguridad (4 sesiones, aunque se sigue trabajando este aspecto a lo largo del tratamiento).
5. Reevaluación de que las preocupaciones son peligrosas (2 sesiones).
6. Reevaluación de la utilidad de la preocupación (2 sesiones).

7. Entrenamiento en solución de problemas (3 sesiones).

8. Exposición en la imaginación a los peores miedos que subyacen a las preocupaciones sobre situaciones no resolubles (3 sesiones).

9. Mantenimiento de logros y prevención de recaídas (2 sesiones).

En el cuadro 7.9 se establece cuáles de los módulos son propios de cada una de las terapias explicadas en este capítulo, aunque el contenido exacto de los mismos puede variar según el programa considerado.

Se comenzaría con el primer módulo (conceptualización compartida) seguido del 2 (relajación aplicada) junto con el 3 (cuestionamiento de que las preocupaciones son incontrolables) o seguido solo del 3. Una vez reducida suficientemente la creencia en la incontrolabilidad de las preocupaciones, se pasaría, al módulo 4 (exposición conductual o eliminación de conductas de evitación y defensivas), en paralelo al módulo 5 (cuestionamiento de que las preocupaciones son peligrosas), caso de que este último fuera necesario. El módulo 4 seguiría a lo largo del tratamiento.

Cuando el cliente dejara de creer en la peligrosidad de las preocupaciones, podría procederse con el módulo 6 (cuestionamiento de la utilidad de la preocupación), caso de ser pertinente. Si el módulo 5 no fuera necesario, el 4 y el 6 irían en paralelo, y si el 6 tampoco lo fuera, se simultanearían los módulos 4 y 7 (resolución de problemas). Alcanzados los objetivos de estos módulos, se pasaría al módulo 8 (exposición en la imaginación a los peores miedos) y, finalmente, se terminaría con el módulo de mantenimiento de los logros y prevención de recaídas.

Cuadro 7.9. Correspondencia entre los módulos del protocolo de tratamiento y las distintas terapias cognitivo-conductuales

	<i>TCC de Borkovec</i>	<i>TCC de Barlow</i>	<i>TCC de Dugas</i>	<i>Terapia metacogni- tiva de Wells</i>
Conceptualización compartida (psicoeducación)	×	×	×	×
Relajación aplicada	×	×		
Cuestionamiento de que las preocupaciones son incontrolables	×			×
Exposición conductual	×	×	×	×
Cuestionamiento de que las preocupaciones son peligrosas				×
Cuestionamiento de la utilidad de la preocupación	×		×	×
Solución de problemas	×	×	×	
Exposición en la imaginación a los peores miedos		×	×	
Mantenimiento de los logros y prevención de recaídas	×	×	×	×

Conviene enfatizar dos cosas. Primero, algunos módulos serán aplicados presumiblemente siempre: conceptualización, cuestionamiento de que las preocupaciones son incontrolables, exposición conductual, prevención de recaídas y, probablemente, resolución de problemas. Segundo, la consideración de otros módulos dependerá de la formulación de cada caso. Así, no todos los pacientes creen que sus preocupaciones son peligrosas o que son útiles. Igualmente, en caso de haberse conseguido resultados satisfactorios con los módulos 1 a 6, los módulos 7 y 8 podrían obviarse.

Por otra parte, hay que considerar que cuantos más módulos se apliquen, más complejo y largo resulta el tratamiento, lo que aumenta la probabilidad de abandono. Además, no hay datos concluyentes de que los tratamientos más complejos sean más eficaces que otros más simples para el TAG, tal como se ha comentado en este capítulo.

En la Parte III, se describe el protocolo modular para el tratamiento del TAG y se presenta un caso clínico.

# Parte III

# **Protocolo de intervención y caso clínico**

8

# Conceptualización compartida

Este módulo se inicia tras haber llevado a cabo las 2-3 sesiones de entrevista clínica con el paciente y el empleo de otros métodos de evaluación (cuestionarios, autorregistros, entrevista a personas allegadas) para recoger y contrastar toda la información necesaria. Aparte de los cuestionarios estandarizados mencionados en el capítulo de evaluación, se cuenta con la escala revisada sobre el trastorno de ansiedad generalizada de Wells (2009), la cual es muy útil como medida semanal para ir valorando el estado y el progreso del paciente. La escala, presentada en el capítulo 6 (cuadro 6.5), evalúa durante la última semana lo molestas que han resultado las preocupaciones, su duración, las estrategias utilizadas para manejar y prevenir la preocupación, la evitación de acciones con el fin de prevenir preocuparse y las creencias negativas y positivas sobre las preocupaciones.

En el cuadro 8.1 se presenta una adaptación de la escala anterior en la que se ha cambiado la escala de respuesta (de 0-8 a 0-10) y en la que los elementos y creencias contemplados en los apartados 3 a 5 son decididos en función de los que presente cada paciente. En dicho cuadro se describen algunos posibles elementos en cada uno de dichos apartados, a modo de ejemplo. Además, en el capítulo 3 se presentaron otros ejemplos de posibles creencias negativas y positivas sobre las preocupaciones.

Cuadro 8.1. Escala sobre el trastorno de ansiedad generalizada



---

5. Las personas tienen creencias sobre el hecho de preocuparse. Indique cuánto cree en cada una poniendo a su derecha un número según la siguiente escala.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada en absoluto					Moderada-					Totalmente
					mente					
No puedo dejar de preocuparme .....										
Voy a enfermar de tanto preocuparme .....										
.....										
.....										
Preocuparme me motiva a actuar .....										
Preocupándome evito que suceda algo malo .....										
.....										
.....										

---

*Fuente:* adaptado de la escala revisada sobre el trastorno de ansiedad generalizada de Wells (2009).

Es importante que los resultados más importantes que van obteniéndose a lo largo de la intervención sean representados de forma gráfica para poder ir enseñándoselos al paciente. Si hay progresos, se alaban y se pregunta al paciente por aquello que cree que los explica. La ausencia del cambio esperado o el empeoramiento de los problemas deben llevar a explorar aquellos factores que están bloqueando la mejora o agravando la situación. Por otra parte, si un paciente está tomando medicación, conviene ir preguntando por su cumplimiento y por posibles cambios en la misma.

El objetivo del módulo es compartir y acordar con el cliente una conceptualización o análisis funcional idiosincrásico de su problema a partir de la información recogida. Esta conceptualización incluye los componentes del TAG (preocupaciones, ansiedad), las variables que influyen en los mismos (creencias, conductas defensivas y de evitación) y las relaciones entre todos ellos. Además, estará basada en algún modelo teórico del TAG, como alguno de los presentados en el capítulo 3, pero adaptada a cada paciente en particular. Pueden verse ejemplos de este tipo de análisis

individualizado en el caso clínico presentado en el capítulo 17 de esta obra, en Hjemdal et al. (2013) y en Wells (2009, cap. 6). Asimismo, conviene añadir una descripción tentativa acerca del origen y evolución del problema o problemas.

### 8.1. Acuerdo sobre el modelo explicativo del problema

Aunque la conceptualización que se hace el terapeuta para sí mismo puede ser compleja, conviene que la que comparte con el cliente sea tan simple y clara como sea posible, para así facilitar su comprensión y recuerdo. Además, debe ser formulada de forma comprensible para el cliente, apoyada por razones convincentes, ilustrada con ejemplos reales de la vida del paciente y enfatizando las ideas más importantes. La exposición o derivación de la hipótesis explicativa puede hacerse de dos formas básicas que se sitúan en polos opuestos en cuanto a la guía que representan y que pueden resultar más o menos convenientes en función de las características de cada persona, tales como reactancia y capacidad cognitiva:

1. Mayor guía. Se enseña el modelo explicativo de modo gráfico y se explica directamente toda la información, aunque se anima al cliente a solicitar las aclaraciones oportunas y a plantear las dudas y objeciones pertinentes. Las observaciones del cliente deben analizarse con una actitud abierta y autocrítica.
2. Menor guía. La hipótesis se va derivando a través de preguntas y discusión con el cliente, de modo que este pueda ir expresando sus opiniones, dudas y objeciones. Así, puede comenzarse pidiendo al paciente que describa la última vez que estuvo excesivamente preocupado (dónde se encontraba, qué disparó la preocupación, qué pensamientos tuvo) y a partir de aquí ir haciendo las preguntas necesarias para que vayan apareciendo todos los componentes importantes del problema: ¿cómo se sintió al preocuparse?', ¿pensó que le podía suceder algo malo?', ¿qué hizo para intentar controlar su ansiedad y sus miedos?', ¿fue esto eficaz?', ¿cree que a pesar de todo

tuvo alguna utilidad el preocuparse?, etc. Es aconsejable ir dibujando el modelo explicativo en una pizarra u hoja de papel para que terapeuta y paciente puedan verlo y discutirlo. Wells (2009, cap. 6) ofrece un buen ejemplo de esta forma no directiva de proceder.

Al hablar sobre el modelo, o en algunos casos más tarde, suele ocurrir que muchos pacientes no distinguen entre la preocupación normal o productiva (asociada a resolución de problemas) y la preocupación improductiva o excesiva. Por ello, suele ser conveniente hablar de preocupaciones excesivas al referirse a las preocupaciones disfuncionales y explicar que implican quedarse bloqueado en la fase inicial de una resolución de problemas. Esto es, implican darle vueltas y más vueltas a la anticipación de posibilidades negativas, errores y equivocaciones potenciales, y posibles fracasos y dificultades; pero no van más allá y no contribuyen a identificar soluciones, tomar decisiones y llevar a cabo las acciones oportunas.

Una vez acordado el modelo explicativo, conviene dar al cliente una copia por escrito para que pueda consultarla cuando desee o se le pida. Según los casos, puede no ser conveniente presentar un modelo explicativo completo, sino que puede ser más conveniente presentar de modo gráfico un modelo simple explicativo del TAG, al cual se irán añadiendo nuevos componentes conforme se vayan trabajando en la terapia.

Para descartar que existan otros problemas que no se han detectado durante la evaluación, conviene preguntar al cliente si hay algún tema que no se ha abordado y que desearía comentar. Asimismo, el terapeuta debe asegurarse de que el cliente comprende la conceptualización; para ello, puede pedirle que la explique con sus propias palabras o hacerle preguntas sobre los aspectos que sospecha que no ha comprendido.

## 8.2. Acuerdo sobre objetivos y presentación del tratamiento

Tras alcanzar un acuerdo sobre la conceptualización del problema, lo siguiente es acordar con el cliente los objetivos concretos que se desea alcanzar. Estos pueden incluir reducir la ansiedad y las preocupaciones

excesivas, mejorar el estado de ánimo, aprender a tolerar mejor la incertidumbre, adoptar un enfoque de resolución de problemas, llevar a cabo actividades hasta ahora pospuestas que permitan vivir una vida más satisfactoria en las áreas que se valoran y reducir la medicación.

Una vez acordados los objetivos, se explica en líneas generales y se justifica al cliente el tratamiento que se seguirá (el cual es breve, estructurado y centrado en el presente) y las probabilidades aproximadas de que tenga éxito. Conviene que las expectativas de mejora comunicadas al cliente tengan un cariz positivo, pero que al mismo tiempo sean realistas. Inducir expectativas exageradas que luego no se consiguen tiene un impacto terapéutico claramente negativo.

En cuanto a la duración aproximada del tratamiento, conviene preguntar al cliente sobre el número de sesiones que anticipa, ya que los pacientes suelen esperar un número bastante más bajo de visitas que los terapeutas. Por tanto, en caso de que haya una amplia divergencia conviene discutir la cuestión para llegar a un acuerdo sobre lo que puede durar más o menos la intervención (16-25 sesiones es algo habitual); también se ha de informar sobre la frecuencia y duración de las sesiones.

Asimismo, al presentar el tratamiento, se enfatiza el papel activo que el cliente va a jugar en el proceso de cambio y el esfuerzo que requiere este dentro y fuera de las sesiones. Se explica además el papel del terapeuta, el cual es un colaborador que ayuda, no alguien que asume la responsabilidad de la vida de los pacientes. Se destaca asimismo que el progreso no será lineal, sino que habrá altibajos. Finalmente, se pide al cliente que exprese su opinión sobre el tratamiento y sobre la utilidad que cree que tiene en su caso. Además, se le anima a formular las dudas, preguntas u objeciones que tenga, con la finalidad de que puedan ser discutidas y pueda alcanzarse un acuerdo al respecto.

### 8.3. Facilitar el cumplimiento del tratamiento

Ya en esta fase de la terapia, o más adelante, es posible encontrarse con

pacientes que se muestran ambivalentes respecto al cambio, esto es, oscilan entre las razones para cambiar y las razones para no hacerlo. En estos casos, un enfoque particularmente eficaz es seguir los principios y técnicas de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991/1999, 2002). Los resultados de un estudio con pacientes con TAG sugieren que la aplicación previa de la entrevista motivacional lleva a una mayor reducción de las preocupaciones y a un mejor cumplimiento del tratamiento en los pacientes con tendencia más fuerte a la preocupación. A continuación, se expondrán los principios de la entrevista motivacional, mientras que las técnicas pueden consultarse en las obras mencionadas.

1. Expresar la empatía. Hay que intentar comprender los puntos de vista y sentimientos del cliente sin juzgar, criticar ni culpabilizar, aunque esto no implica estar de acuerdo con ellos. Es necesario pues escuchar activamente al cliente, mostrarle que se le comprende y aceptar que la ambivalencia respecto al cambio es algo normal y no una defensa patológica.
2. Crear una discrepancia. Una vez que se ha mostrado al cliente que se le escucha y comprende, se busca potenciar en su mente una discrepancia entre dónde se encuentra y dónde querría estar. Esto puede conseguirse preguntándole por los objetivos personales importantes (salud, familia, amigos, autoimagen, etc.) que tiene y analizando las consecuencias reales o potenciales de su conducta actual que entran en conflicto con dichos objetivos. La idea es que sea el cliente, no el terapeuta, el que dé las razones para cambiar.
3. Evitar la discusión. No hay que discutir con el paciente para convencerle de que tiene un problema y de que necesita cambiar. Defender una postura con vehemencia o presionar con fuerza hacia el cambio provoca oposición y resistencia por parte de los pacientes.
4. Darle un giro a la resistencia. En vez de discutir, se busca girar o cambiar en alguna medida las percepciones y razones del paciente. No hay que tratar de imponer nuevos puntos de vista o ciertos objetivos,

sino que se invita al paciente a considerar las nuevas informaciones y perspectivas que se le ofrecen. Estas son presentadas como sugerencias y el cliente acepta aquello que él cree que le puede ser útil, mientras deja el resto. Además, se plantean preguntas y problemas al cliente y se le implica de forma activa en el proceso de encontrar soluciones a sus problemas.

- 5.Fomentar la autoeficacia. La aplicación de los cuatro principios anteriores puede convencer a una persona de que tiene un problema importante, pero para hacer el esfuerzo necesario para cambiar, tiene que tener esperanza de lograrlo. Por tanto, se comunica que el cambio es posible, que se dispone de tratamientos eficaces para ello y que la propia persona juega el papel fundamental en este cambio, aunque se le ayudará en ese proceso si lo desea.

Con el fin de aumentar la motivación para el cambio, se utilizan estrategias como dejar hablar al cliente, emplear la escucha activa y los reflejos, ofrecer comentarios de apoyo y comprensión, hacer resúmenes de lo que el cliente ha dicho, comparar las puntuaciones del paciente en el área problemática con la de un grupo normativo y preguntarle qué es lo que piensa al respecto, y facilitar la expresión de afirmaciones automotivadoras sobre el reconocimiento del problema, la preocupación por el mismo, la intención de cambiar y la confianza sobre poder hacerlo. Esta última estrategia es específica de la entrevista motivacional y para llevarla a cabo se utilizan técnicas como las siguientes:

- 1.Formulación de preguntas dirigidas a que el paciente exprese afirmaciones automotivadoras; por ejemplo, "¿qué es lo que le preocupa de...?"
- 2.Pedir al cliente que amplíe lo dicho. Esto puede hacerse pidiéndole que comente ejemplos específicos o que aclare en qué medida esos ejemplos le representan un problema.
- 3.Balance decisional. El cliente escribe en una hoja los pros y contras o

los beneficios y costes tanto de continuar con la conducta actual como de cambiar. Esta información se comenta luego con él. Hay que tener en cuenta que lo importante no es el número de pros y contras, sino la importancia que tienen para el paciente.

4. Utilizar los extremos. Se pide al cliente que imagine las consecuencias más negativas si no cambiase.
5. Mirar hacia atrás. El paciente recuerda el tiempo anterior al surgimiento del problema y lo compara con la situación actual.
6. Mirar hacia adelante. El paciente se imagina cómo serán las cosas si cambia.
7. Analizar los objetivos. Se pregunta al cliente sobre sus valores y objetivos en la vida y luego sobre cómo su comportamiento problemático actual se relaciona con los mismos. El fin es que el cliente perciba cómo dicho comportamiento va en contra de valores y objetivos que son importantes para él.
8. Inversión de papeles. Con algunos pacientes puede ser útil que el terapeuta adopte el papel del cliente para defender que no existe un problema, mientras el cliente actúa de terapeuta para hacerle ver que existen motivos de preocupación.



# Entrenamiento en relajación aplicada

Las técnicas de relajación constituyen medios muy eficaces para reducir la ansiedad subjetiva y, muy especialmente, cuando las presentaciones somáticas de la ansiedad generalizada son prominentes. En este capítulo se presenta el entrenamiento en relajación aplicada, una técnica que cuenta con buen apoyo empírico, aunque existen otras técnicas de relajación (Smith, 2010; Vázquez, 2001) que pueden ser más eficaces en función del paciente con el que se trabaje. La relajación aplicada ha resultado tan eficaz para tratar el TAG como la TCC de Borkovec, la TCC de Dugas y la terapia conductual basada en la aceptación.

El entrenamiento en relajación aplicada es un tipo de relajación progresiva que se basa en la tensión-relajación de diversos grupos musculares y en la discriminación entre las sensaciones de tensión y relajación, y que enfatiza, llegado el momento, la aplicación de las técnicas de relajación aprendidas en situaciones normales y estresantes de la vida cotidiana. La versión de Bados (2000) que aquí se presenta incluye diversas técnicas de relajación y dura 7 semanas suponiendo que en cada una de estas se vayan logrando los objetivos propuestos. Un esquema del entrenamiento se presenta en el cuadro 9.1.

Cuadro 9.1. Entrenamiento en relajación aplicada

---

#### PRIMERA SEMANA

- Tensión-relajación (1 vez) de 16 grupos musculares en posición tumbada o reclinada.
- Respiración profunda con retención del aire tras músculos del torso.
- Respiración relajada al final.
- Al menos 1 práctica diaria (15 minutos) y registro. Información escrita y posible ayuda de una grabación.

#### SEGUNDA SEMANA

- Revisión de prácticas y registros (común al resto de sesiones).
- Resto igual que 1.<sup>a</sup> semana, excepto posición sentada con cabeza apoyada.
- Registro de situaciones y reacciones de tensión.
- Desvanecimiento del empleo de la grabación.

#### TERCERA SEMANA

- Combinación de los 16 grupos iniciales en 5. brazos y manos; ojos nariz y labios; frente, mandíbula y cuello; tórax y abdomen; piernas y pies.

#### CUARTA SEMANA

- Relajación mediante recuerdo.
- Se deja de ejercitar la respiración profunda con retención del aire.
- Dos prácticas diarias. Posible ayuda de una grabación.

#### QUINTA SEMANA

- Relajación suscitada por señal. Dos veces diarias.
- Relajación diferencial; sentado y a) no activo, b) mínimamente activo, c) claramente activo. Un ejercicio diario, 3 veces al día, 5 minutos máximo.

#### SEXTA SEMANA

- Igual que 5.<sup>a</sup> semana, pero relajación diferencial de pie en vez de sentado.

#### SÉPTIMA SEMANA

- Relajación rápida practicada en la sesión, sentado y de pie, no activo y activo.
- 15-20 prácticas diarias en situaciones normales.

#### APLICACIÓN Y MANTENIMIENTO

- Aplicación de la relajación en situaciones progresivamente más ansiógenas. Necesidad de seguir practicando para que las habilidades no se “oxiden”.
- 

El programa cuyas guías se ofrecen a continuación puede ser utilizado

junto con un manual para el cliente (véase el Apéndice A.1 en [www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)) que presenta por escrito la información más importante que se proporciona en las sesiones. El manual se va entregando por partes al cliente según la semana del procedimiento en que se encuentre. Antes de comenzar el entrenamiento, conviene avisar al cliente de que venga con ropa cómoda.

### 9.1. Primera semana

Lo primero es explicar para qué sirve el entrenamiento en relajación y enfatizar la importancia de la práctica regular. Un posible ejemplo de explicación es el siguiente:

Cuando una persona experimenta ansiedad (tensión, inquietud, nerviosismo, desasosiego), pueden distinguirse tres componentes en su reacción: un componente somático (ritmo cardíaco acelerado, sudoración, respiración agitada, tensión muscular, etc.), uno conductual (evitación o escape de la situación que produce ansiedad) y uno cognitivo (pensamientos negativos tales como "voy a desmayarme o a perder el control", "no puedo soportar esto", etc.). La fuerza de estos componentes varía de persona a persona, pero la mayor parte de las personas experimentan algún cambio somático seguido por un pensamiento negativo, el cual intensifica las reacciones somáticas y se produce así un círculo vicioso.

Una forma eficaz de romper este círculo vicioso es aprender a hacer frente a las reacciones somáticas en vez de reaccionar exageradamente ante ellas. El procedimiento que vamos a emplear para lograr esto se denomina entrenamiento en relajación aplicada. El objetivo de esta técnica es aprender habilidades de relajación que pueden ser aplicadas rápidamente y en prácticamente cualquier situación. En otras palabras, el entrenamiento consiste en aprender a relajarse, de manera que en las situaciones en que advierta que se está poniendo excesivamente ansioso o inquieto sea capaz de reducir y

manejar la ansiedad.

Aprender a relajarse es muy similar a aprender otro tipo de habilidades como nadar, conducir, montar en bicicleta, etc. Al principio, todo es lento y deliberado y los resultados escasos, pero con práctica, y es preciso enfatizar la palabra práctica, logrará relajarse con rapidez en múltiples situaciones. Sin una práctica regular, el procedimiento no funcionará. En cambio, cuanto más practique, mejor serán los resultados.

Luego, se describe sucintamente el entrenamiento en relajación aplicada que se seguirá. Se comienza explicando que la meta final del entrenamiento consiste en ser capaz de relajarse en 30-60 segundos y en emplear esta habilidad para manejar la ansiedad (u otras emociones negativas o el dolor) y las reacciones somáticas excesivas. Para conseguir esto, se aprenderá una serie de estrategias de relajación a lo largo de un mínimo de 7 semanas. Durante las dos primeras semanas, se practicará cada día el tensar y luego relajar 16 grupos de músculos en todo el cuerpo. Esto, junto con la práctica de dos técnicas de respiración, ocupa unos 15 minutos cada vez. Puede parecer extraño que si se quiere conseguir relajación, se empiece produciendo tensión. Hay dos razones para esto:

- 1.La fase de tensión hace que se aprenda a percibir claramente las sensaciones asociadas con la aparición de la tensión o de la ansiedad, y esas sensaciones servirán como señal de que es necesario relajarse.
- 2.La descarga súbita de la tensión muscular producida permite a los músculos relajarse más profundamente que si se hubiera intentado ya desde el principio relajarlos directamente sin pasar por la fase de tensión previa. Posteriormente, se aprenderá a relajar los músculos directamente sin ponerlos previamente en tensión. Además, la relajación muscular conseguida va normalmente acompañada por una reducción de otras respuestas somáticas (ritmo cardíaco, ritmo respiratorio, tensión arterial, consumo de oxígeno, sudoración de la piel, constricción de los vasos sanguíneos, etc.) y por una relajación

mental.

Se sigue explicando que en la tercera semana, el tiempo para relajarse se reduce a unos 10 minutos al combinar en cinco los 16 grupos musculares iniciales. Durante la cuarta semana, se aprende a relajarse directamente sin poner los músculos previamente en tensión. En la quinta y sexta semanas, se practica asociar una palabra tranquilizadora - tal como "calma", "relax" o "tranquilo" - con el estado de relajación y se aprende a estar relajado mientras se hacen diversas cosas sentado y también mientras se está de pie y caminando. En la última semana, se practica la relajación rápida muchas veces al día en situaciones no estresantes. Finalmente, se empieza a aplicar la relajación en situaciones provocadoras de ansiedad comenzando por las menos difíciles.

Es importante señalar que las habilidades aprendidas no serán completamente eficaces antes de completar el entrenamiento. Por lo tanto, es preferible no intentar aplicar la relajación hasta que el entrenamiento esté muy avanzado o, mejor aún, terminado. De este modo, se estará mejor preparado y disminuirá el riesgo de posibles frustraciones.

El siguiente paso es explicar los objetivos para la primera semana del entrenamiento: a) llegar a ser más consciente de las sensaciones en los músculos, y b) empezar a aprender a relajar los músculos. Se trata, de observar cómo se sienten los músculos cuando están tensos y cómo se sienten cuando están relajados. Al dirigir la atención cuidadosamente a las sensaciones asociadas con la tensión y la relajación, se aprenderá a reconocer y diferenciar estos dos estados y se llegará a ser más consciente de cuándo y cómo se pone uno en tensión.

Se explora si el cliente tiene algún grupo muscular afectado por reumatismo o dolor. En estos casos, hay dos alternativas: tensarlo muy brevemente y de modo poco intenso o no tensarlo e intentar relajarlo directamente. Si hay dolor lumbar, puede emplearse un soporte detrás de la región lumbar. Si el cliente es propenso a experimentar calambres en algún grupo muscular, debe reducirse la cantidad o el tiempo de tensión en dicho

grupo.

A continuación, se demuestra cómo se ponen en tensión los distintos grupos musculares, siguiendo el orden ya establecido (véase la secuencia en el cuadro 9.2) e incluyendo la respiración profunda con retención de aire. Para ello, se explica cómo se pone en tensión cada grupo muscular, se hace una demostración y se pide al cliente que lo tense cuando se le den las instrucciones y oiga la palabra "ahora" (5-7 segundos de tensión), que atienda a las sensaciones de tensión y que luego lo relaje inmediatamente cuando escuche la palabra "relájese".

Dos cosas son importantes respecto a cómo tensar los músculos y que conviene decir al cliente: a) Debe tensar cada grupo muscular no tanto como para que llegue a dolerle, pero sí lo suficiente para que sea capaz de percibir claramente la tensión. b) Cuando tense un determinado grupo muscular, debe limitarse a ese grupo sin poner en tensión otros músculos diferentes.

Se comprueba que la ejecución es correcta y que el cliente nota la tensión y la diferencia entre esta y la relajación. Se da retroalimentación correctiva, se resuelven las dudas y dificultades y se repite el ejercicio y la demostración cuando sea necesario. Si la forma de tensar un grupo muscular no resulta eficaz para algún cliente, se enseñan estrategias alternativas de tensión.

Cuadro 9.2. Secuencia de los músculos en la relajación aplicada y forma de tensarlos

- 
1. *Mano y antebrazo dominantes.* La mano dominante es la derecha para una persona diestra y la izquierda para una persona zurda. Sin levantar el brazo, apretar el puño y notar la tensión en los dedos, muñeca y antebrazo. (Una forma alternativa de tensión es llevar la mano hacia atrás flexionándola por la muñeca.)
  2. *Bíceps dominante.* Doblar el codo acercando la muñeca al hombro como si se estuviera haciendo músculo; no apretar el puño. Notar la tensión en el bíceps. (Dos formas alternativas de tensar el bíceps consisten en presionar el codo contra el brazo del sillón o bien presionar el codo contra el brazo del sillón al mismo tiempo que se tira del codo hacia dentro, en dirección al cuerpo.)
  3. *Mano y antebrazo no dominantes.* Igual que mano y antebrazo dominantes.
  4. *Bíceps no dominante.* Igual que bíceps dominante.
  5. *Frente.* Arrugar la frente levantando las cejas. Notar la tensión en la frente.
  6. *Ojos.* Cerrar los ojos apretándolos. Notar la tensión en los ojos y en los párpados. (Formas alternativas de tensión son girarlos hacia arriba, abajo, derecha e izquierda.)
  7. *Nariz.* Arrugar la nariz y fruncir el entrecejo. Notar la tensión en el puente y orificios de la nariz y en la parte inferior de la frente.
  8. *Mandíbula.* Apretar los dientes. Notar la tensión en la parte inferior de la cara. (Dos formas alternativas de tensión consisten en apretar los dientes y llevar hacia atrás las comisuras de la boca o bien abrir mucho la boca.)
  9. *Labios.* Apretar los labios y sacarlos hacia afuera como haciendo un puchero exagerado. Notar la tensión en los labios y en la zona que hay alrededor. (Una forma alternativa de tensión consiste en apretar los labios metiéndolos hacia adentro.)
  10. *Cuello.* Presionar la barbilla contra el pecho. Notar la tensión en los músculos del cuello. (Otras formas alternativas de tensar el cuello son empujar la barbilla contra el pecho al tiempo que se intenta no tocarlo, presionar la cabeza contra el sillón y girar o inclinar la cabeza hacia la derecha e izquierda.)
  11. *Pecho, hombros y espalda.* Hacer una inspiración profunda por la nariz, retener el aire y al mismo tiempo arquear la espalda llevando los hombros hacia atrás. Notar la tensión en el pecho, hombros y parte superior de la espalda. (Una forma alternativa de tensión consiste en hacer una inspiración profunda, retener el aire y al mismo tiempo encoger los hombros llevándolos exageradamente hacia arriba.) Aunque el ejercicio de pecho, hombros y espalda se combina con la respiración profunda con retención del aire, deberá practicarse dos veces este tipo de respiración al terminar el ejercicio anterior.
-

---

La *respiración profunda con retención del aire* es útil, especialmente en situaciones en que uno está muy alterado, para enlentecer y regularizar la respiración y facilitar la relajación. Consiste en lo siguiente:

- a) Hacer una inspiración lenta y profunda por la nariz durante 5 segundos.
  - b) Retener el aire durante 5-7 segundos.
  - c) Espirar lentamente por la nariz o por la boca durante 10 segundos y concentrarse en las sensaciones de relajación que se producen al exhalar.
12. *Abdomen*. Poner el abdomen duro sacándolo hacia afuera, tensarlo como si se pensara que van a golpearlo. Notar la tensión en los músculos correspondientes a las áreas del estómago y vientre. (Una forma alternativa de tensar el abdomen consiste en meter el estómago hacia adentro, como intentando tocarse la columna vertebral.)
  13. *Pierna dominante*. Estirar la pierna y apuntar hacia la cabeza con los dedos del pie. Notar la tensión en el muslo y en la pantorrilla. (Si es difícil notar la tensión con la forma descrita, puede levantarse muy ligeramente la pierna.) (Una forma alternativa de tensión, útil cuando se está sentado, consiste en apretar con el talón contra el suelo al mismo tiempo que se levanta la punta del pie y se dirige hacia la cabeza.)
  14. *Pie dominante*. Arquear el pie curvando los dedos hacia abajo. No tensar demasiado, solo lo suficiente para sentir la tirantez debajo del arco y en el empeine del pie.
  15. *Pierna no dominante*. Igual que pierna dominante.
  16. *Pie no dominante*. Igual que pie dominante.
- 

Los grupos musculares considerados pueden variar según los casos; otros músculos que pueden trabajarse son el tríceps (doblar el brazo al contrario), la lengua (extenderla con la boca abierta o presionarla contra la parte superior o inferior de la boca o contra la parte trasera de los incisivos superiores) y los de la parte inferior de la espalda (empujar contra una superficie dura). Igualmente, si se necesita, puede incidirse sobre músculos más pequeños (p. ej., dedos).

En cuanto al número de músculos entrenados en cada sesión, algunos autores no trabajan todos los grupos en cada sesión, sino que proceden gradualmente considerando solo unos pocos del total en cada sesión y dedicando varios minutos a la fase de relajación. El orden que se sigue en los grupos musculares considerados varía también según los autores, aunque es

muy frecuente empezar por las extremidades superiores.

Antes de comenzar la primera sesión de relajación, hay varias cosas que es importante comunicar al paciente:

1. Que una vez que haya relajado un grupo muscular no lo mueva innecesariamente. Sin embargo, puede moverse sin problemas si necesita buscar una posición más cómoda o rascarse.
2. Que cuando comience a relajarse intente retener en su memoria el estado mental, actitud y sensaciones de los momentos en que se encuentre muy relajado. Recordar estas sensaciones le ayudará más adelante a relajar directamente sus músculos sin ponerlos previamente en tensión.
3. Que es normal que aparezcan pensamientos o imágenes distractores. Cuando esto ocurra, debe dejarlos pasar y concentrarse de nuevo en el procedimiento de relajación. No hay que intentar eliminar los pensamientos, ya que intentar no pensar en algo hace que aparezca con más facilidad. A algunos pacientes puede serles útil imaginar que los pensamientos distractores son como nubes impulsadas por la brisa que van pasando.
4. Hay que seguir las instrucciones, pero sin forzarse para conseguir la relajación, ya que esto impide relajarse. El paciente no debe exigirse ningún rendimiento, cualquier nivel que consiga es adecuado.
5. Que existe la posibilidad de que aparte de las sensaciones de calidez, pesantez (o quizá ligereza) y relajación a lo largo de todo su cuerpo, pueda experimentar otras como hormigueos, entumecimiento, desorientación, sensación de flotar y espasmos. Se le dice que estas sensaciones no son motivo de temor, sino indicadores en las personas que las tienen de haber alcanzado un buen grado de relajación.

Se acuerda con el cliente una señal (p. ej., levantar el dedo índice) por si surge alguna dificultad que crea importante comentar antes de finalizar el

procedimiento. Se pone una iluminación suave o tenue y se establecen las condiciones para evitar los ruidos o sonidos distractores. Se pide al cliente que mantenga los ojos suavemente cerrados para evitar las distracciones visuales y que adopte una postura cómoda, estirado en un sofá o sillón, con la cabeza apoyada, las piernas estiradas y los brazos apoyados. Se le pide asimismo que se afloje la ropa ajustada y prescinda de cosas que opriman o molesten (lentillas, gafas, zapatos, cinturones).

Llegados a este punto, se pregunta por el nivel de relajación de 0 (nada relajado) a 10 (completamente relajado) y se lleva a cabo la primera sesión de relajación siguiendo el orden prefijado de grupos musculares. Tras la orden "ahora", se dan sugerencias para notar la tensión y, si es necesario, se añaden sugerencias para tensar solo los músculos que se pide y para relajar otros músculos tensados inadvertidamente. Tras la orden "relájese", se dan instrucciones de relajación, tranquilidad y bienestar.

Se enfatizan aquellas instrucciones dirigidas a notar la diferencia entre la tensión y la relajación (véase el Apéndice A.2 en [www.sintesis.com](http://www.sintesis.com), con ejemplos de instrucciones, y los comentarios de relajación del cuadro 9.3). Las instrucciones se dan con un volumen más bajo que el normal, con una velocidad más lenta (pero sin que la voz resulte entrecortada) y con un tono suave, melódico, tranquilo y seguro. Las instrucciones de tensión suelen darse en voz algo más alta que la de relajación. La fase de tensión dura 5-7 segundos y la de relajación 20-25 segundos. En cada grupo muscular se hace solo un ciclo de tensión-relajación.

Al terminar los ejercicios de tensión-relajación de todos los grupos musculares, se hace una revisión de todos esos músculos para ver si el cliente siente alguna tensión en ellos y, si es así, intente deshacerse de esa tensión y permita que sus músculos se relajen más y más. Además de esta revisión al final, se pueden ir haciendo revisiones parciales de grupos de músculos: extremidades superiores, cara y cuello, tronco, extremidades inferiores. Luego se le dice al paciente que se concentre durante un par de minutos en su respiración relajada y que puede ser útil que se repita mentalmente a sí mismo y de un modo lento alguna de las siguientes palabras: "calma",

"relax", "tranquilo" o alguna similar cada vez que espire o exhale. La respiración relajada es una respiración lenta, regular y abdominal que puede hacerse del siguiente modo:

1. Inspirar por la nariz durante 2-3 segundos empleando el diafragma.
2. Hacer una breve pausa después de inspirar.
3. Espirar lentamente por la nariz o por la boca durante el doble de tiempo que el que estuvo inspirando, es decir, durante 4-6 segundos.
4. Hacer una breve pausa antes de volver a inspirar.

Una alternativa es inspirar durante 3-4 segundos en el paso "1" y espirar también durante 3-4 segundos en el paso "3". El cliente debe elegir el modo que le resulte más útil. Lo importante es respirar lenta y regularmente, sin sobrepasar las 8-10 respiraciones por minuto.

Luego, se pide al cliente que continúe respirando lenta, regular y diafragmáticamente, e intente atender a las sensaciones de calidez, pesantez (o quizá ligereza) y relajación a lo largo de todo su cuerpo. Que deje que los músculos continúen relajándose y que dedique 1-2 minutos a disfrutar del estado de relajación y mantenga su atención centrada en las sensaciones de su cuerpo y en su respiración. Si hacia el final de la sesión de relajación, el cliente todavía siente tensión en alguna zona de su cuerpo, puede tensar ese grupo de músculos durante 5-7 segundos y luego relajarlo lo máximo que pueda. Si esto no es suficiente, puede llevar a cabo otro ciclo de tensión-relajación. Si llegado aquí todavía experimenta tensión, hay que dejarlo; ya se volverá a trabajar esa/s zona/s en los días siguientes y se conseguirán poco a poco mejores resultados.

### Cuadro 9.3. Comentarios de relajación

- 
- Diluya todo tipo de tensión.
  - Libere toda la tensión de esos músculos, que la tensión desaparezca.
  - Deshágase de la tensión.
  - Concéntrese en estos músculos a medida que se relajan completamente.
  - Note lo que siente a medida que estos músculos lleguen a estar más y más relajados.
  - Concentre toda su atención en las sensaciones de relajación que fluyen por sus músculos.
  - Observe el contraste entre las sensaciones de tensión y las de relajación.
  - Relaje esos músculos y note cómo se sienten ahora comparado con lo anterior.
  - Deje que esos músculos se relajen más y más profundamente.
  - Disfrute de las agradables sensaciones de relajación.
  - Goce del estado de calma y tranquilidad.
  - Siga relajándose, disfrute de la relajación.
  - Deje que la relajación se vaya extendiendo por su cuerpo.
  - Permanezca tranquilo, sosegado, relajado.
  - Permanezca calmado, plácido, sereno.
  - Quizá note sensaciones de calor, de pesantez en esos músculos ahora que está más relajado.
  - Note la sensación de comodidad, calor y placer a medida que se va relajando más y más.
  - Sienta cómo a esos músculos les invade una sensación de calidez.
  - Intente profundizar la relajación cada vez que exhala.
  - Observe cómo con cada exhalación aumenta la sensación de calma y comodidad.
  - Imagine que una ola de relajación cálida, cómoda y agradable recorre todo su cuerpo.
- 

Aparte del informe dado por el cliente, deben observarse indicadores externos del grado de relajación alcanzado, los cuales pueden coincidir o no con el informe anterior. Entre dichos indicadores se encuentran:

1. Músculos faciales lisos o tersos (frente sin arrugas, entrecejo no fruncido, párpados sin temblores).
2. Músculos maseteros y temporales relajados (mandíbula colgante y boca algo entreabierta).

3. Postura distendida, sin movimientos de acomodación.
4. Posición de las manos (palmas hacia abajo, dedos ligeramente separados).
5. Posición de los pies, en ángulo de unos 45 grados.
6. Movimiento mínimo (parpadeos, movimientos de extremidades, tragar saliva, carraspeo).
7. Respiración lenta y regular.
8. Lentitud para salir del estado de relajación.

Si la observación del cliente revela una falta de relajación, aunque haya informado de que está relajado, deben darse instrucciones adicionales de relajación referidas a las áreas de tensión notadas.

Esta y el resto de las sesiones se terminan con un procedimiento de cuenta atrás de cinco a uno en el que se va incrementando el movimiento del cliente. Así, por ejemplo: "Voy a contar ahora de cinco a uno y cuando llegue a uno, usted abrirá sus ojos y se sentirá tranquilo y descansado. Cinco (pausa); cuatro, mueva las piernas y pies (pausa); tres, mueva los brazos y manos (pausa); dos, mueva la cabeza y el cuello; uno, abra los

Una vez terminada la sesión, hay que analizar con el cliente cómo ha ido esta. En concreto, se indagan los siguientes aspectos:

1. Cómo se siente el cliente, el nivel de relajación alcanzado en la escala de 0 a 10 y si ha discriminado entre las sensaciones de tensión y las de relajación.
2. Todo aquello que, en general, haya podido dificultar la relajación y cualquier problema que el cliente haya podido experimentar durante la sesión. Después, se pregunta más específicamente, por las posibles dificultades experimentadas a la hora de tensar o relajar ciertos

músculos (especialmente aquellos en los que el terapeuta ha observado problemas), practicar la respiración profunda, practicar la respiración relajada o llevar a cabo cualquier parte del procedimiento de relajación. Hay que considerar también las condiciones ambientales (ruido, temperatura, iluminación, sillón) y factores personales (dolor de cabeza previo, fatiga, sueño, postura, etc.).

3. Sensaciones experimentadas (calidez, ligereza, pesantez, calma, hormigueos, entumecimiento, desorientación, sensación de flotar, espasmos), cómo fueron percibidas (agradables o desagradables) y en qué medida y, en caso necesario, la preocupación que suscitan. Si el paciente no las menciona, no hay que preguntar específicamente por las sensaciones que pueda interpretar como negativas (desorientación, sensación de flotar, entumecimiento). En el caso de preocupación por las sensaciones nuevas que haya podido inducir la relajación, se recuerda al cliente que estas sensaciones son normales y además buenas señales de relajación (excepciones son el mareo y los picores).
4. Cosas que han pasado por la cabeza, imágenes o pensamientos relajantes, por un lado, y posibles pensamientos interferidores, por otro. De estos últimos interesa saber en qué han consistido, si han sido duraderos, en qué grado han interferido y cómo se han manejado.
5. Estilo y comportamiento del terapeuta, para ver si facilitan que el cliente se relaje o deben modificarse. Se consideran aquí el volumen, el tono y la calidad de la voz del terapeuta, la velocidad de habla, la duración de los silencios (lo que implica dar más o menos instrucciones), el tiempo dejado para la relajación de cada grupo muscular, el contenido de las instrucciones, y cualquier otro aspecto que pueda ser fuente de dificultades (colocación del terapeuta, posible contacto físico). Con relación al contenido de las instrucciones, un cliente puede desear mayor variedad o la evitación de ciertas palabras (abandónese, sumérjase, déjese ir), contenidos más o menos sugerentes ("note cómo la relajación va invadiéndole poco a poco" versus "permita que la relajación se vaya extendiendo poco a poco") o variar la secuencia o

tipo de músculos considerados.

6.Finalmente, conviene preguntar al cliente por cualquier sugerencia o cambio de cara a hacer más provechosas las sesiones de relajación. Para la resolución de posibles dificultades que pueden surgir durante la relajación, puede consultarse Bernstein et al. (2000).

Hay que enfatizar la necesidad de practicar una o dos veces al día, 15-20 minutos cada vez. Puede aprovecharse la noche para hacer la segunda práctica, pero no hay que practicar en ningún caso después de las comidas, ya que el proceso digestivo entorpece la relajación. Se dice al cliente que elija para practicar un lugar silencioso, con luz tenue y un momento en el que no se sienta apremiado por cosas que tiene que hacer y en el que sea improbable que le interrumpan. Si está solo, debe desconectar el teléfono; si hay otras personas en casa, debe pedirles que, por favor, no le interrumpan durante ese periodo. Puede practicar en la cama, en un sofá o en un sillón cómodo.

Se enseña la hoja de registro de la práctica de relajación (cuadro 9.4), se justifica su empleo y se explica, con ejemplos, cómo se completa. La columna "componente practicado" viene explicada en el manual para el cliente (véase Apéndice A.1 en [www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)). En la última columna la persona puede apuntar cosas como dificultades con algún grupo muscular, ser interrumpido, haber tenido un día particularmente malo, estar preocupado por algo, tener dolor de cabeza, etc. Se recuerda al cliente que traiga la hoja de registro completada cada vez que venga a consulta.

Cuadro 9.4. Registro de la práctica de relajación

<i>Fecha y hora</i>	<i>¿Grabación? Sí o No</i>	<i>Componente practicado</i>	<i>Nivel de relajación (0-10)</i>		<i>Tiempo empleado</i>	<i>Comentarios sobre la práctica y posibles dificultades encontradas</i>
			<i>Antes</i>	<i>Después</i>		

Finalmente, se entregan las hojas del manual correspondientes a la primera semana y la grabación de relajación (véase el Apéndice A.2 en [www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)) si va a emplearse como ayuda; en tal caso, se explica que su uso será temporal y, preferiblemente, alternando las prácticas con y sin grabación. El uso de las grabaciones varía según los autores. Unos prefieren no utilizarlas, otros las permiten en fases iniciales y otros abogan por un uso amplio. Algunos proponen la utilización de grabaciones individualizadas, las cuales se obtienen grabando la sesión de relajación hecha en la consulta.

## 9.2. Segunda semana

Al igual que en el resto de las sesiones, se revisan las prácticas y registros realizados. Es importante tener en cuenta que la práctica de cada semana se fundamenta en haber completado la de la semana anterior. Si al final de una semana no se han alcanzado las metas para esa semana, deberá continuar practicándose hasta conseguir las metas fijadas. Solo entonces se perseguirán los objetivos de la siguiente semana.

Se explican y justifican las dos modificaciones de esta semana: a) intentar cambiar a una posición sentada o reclinada en un sillón o silla confortable en el que se pueda apoyar la cabeza, y b) empezar a dejar de usar la grabación, en caso de haberse utilizado cada día. El objetivo final es ser capaz de relajarse con facilidad por sí mismo, sin el empleo de grabación alguna.

Se lleva a cabo la segunda sesión de relajación. Una vez terminada, se

pregunta al cliente cómo ha ido y se resuelven posibles dificultades que hayan podido surgir. Se recuerda la necesidad de practicar dos veces al día; en el peor de los casos, al menos una vez. Para dejar la grabación, puede seguirse la siguiente pauta: alternar una práctica con grabación y otra sin grabación durante los cinco primeros días y no emplear ya la grabación durante los dos últimos días de la semana.

El último paso es enseñar la hoja de registro de situaciones y reacciones de tensión/ansiedad (cuadro 9.5), justificar su empleo y explicar, con ejemplos, cómo se completa. Una posible justificación del registro es la siguiente:

Para que posteriormente pueda aplicar con éxito la relajación, ha de saber cuándo aplicarla, esto es, debe ser capaz de detectar el inicio y los incrementos de tensión y las sensaciones relacionadas con esta. Y esto no solo durante las sesiones de relajación, cuando pone los músculos en tensión, sino también, y principalmente, en situaciones de su vida diaria. Por ello, es importante que se habitúe a identificar y registrar por escrito las situaciones o circunstancias en las que experimenta tensión o ansiedad, las primeras reacciones somáticas que aparecen y el nivel que alcanza la tensión o ansiedad en una escala de 0 a 10 donde 0 significa "ausencia absoluta de tensión o ansiedad" y 10 significa "tensión o ansiedad máxima".

El cliente debe completar este registro y el de la práctica de relajación.

Cuadro 9.5. Registro de situaciones y reacciones de tensión/ansiedad

<i>Fecha</i>	<i>Situación</i>	<i>Primeras reacciones somáticas</i>	<i>Nivel de tensión o ansiedad (0-10)</i>

Algunos clientes se quejan de que pueden relajarse físicamente, pero no

mentalmente. En estos casos suele ser útil el empleo de imágenes relajantes. Para ello, la persona debe seleccionar tres o cuatro imágenes; por ejemplo, estar tumbada al sol al borde de un lago maravilloso, estar sentada al lado de la chimenea una noche de invierno con una bebida en la mano, estar escuchando una música tranquila y agradable, etc. Un ejemplo puede ser el siguiente:

Estoy tumbado sobre una toalla, en una bonita playa, un cálido día de verano... Escucho los dulces sonidos de las olas rompiendo en la orilla... El cielo está muy azul, salpicado con unas pocas nubes blancas... Noto las sensaciones que experimento mientras estoy tumbado al sol... Noto la suave brisa cuando sopla sobre mí y el contraste que esto supone con la calidez del sol... Noto la calidez del sol en mi cuerpo mientras experimento una agradable sensación de frescor en la cabeza... No tengo nada que hacer, salvo permanecer tranquilo y relajado... Dejo que la calma me invada... Disfruto al sentirme tranquilo y relajado mientras escucho las olas y experimento la calidez del sol...

El cliente puede emplear una o más de las escenas relajantes al final de la sesión de relajación o durante la misma en el caso de que los pensamientos interferidores sean un problema. Las escenas deben imaginarse con realismo, prestando especial atención a los detalles de la situación imaginada y, en especial, a las sensaciones que se experimentan al encontrarse en ella. Si el cliente no puede concentrarse durante mucho tiempo en una imagen, puede cambiar a otras. Con la práctica, mejorará su capacidad de imaginación y podrá interrumpir los pensamientos interferidores durante periodos más largos.

### 9.3. Tercera semana

Se explica que para disminuir el tiempo necesario para conseguir relajarse, se combinarán los 16 grupos iniciales de músculos en cinco grupos. El terapeuta explica y demuestra cómo se ponen en tensión las distintas combinaciones y

pide al cliente que lo haga (si es necesario, pueden emplearse formas alternativas de tensión):

1. Ambos brazos y manos. Apretar los puños al mismo tiempo que se doblan los codos poniendo en tensión los bíceps.
2. Ojos, nariz y labios. Cerrar los ojos apretándolos, arrugar la nariz, fruncir el entrecejo y apretar los labios sacándolos hacia afuera, como haciendo un puchero exagerado. Hacer todo esto al mismo tiempo.
3. Frente, mandíbula y cuello. Arrugar la frente levantando las cejas, apretar los dientes y presionar la barbilla contra el pecho. Hacer todo esto al mismo tiempo.
4. Pecho, hombros, espalda y abdomen. Hacer una inspiración profunda por la nariz, retener el aire y, al mismo tiempo, arquear la espalda y poner duro el abdomen sacándolo hacia afuera.
5. Ambas piernas y pies. Estirar las piernas y apuntar hacia la cabeza con los pies, mientras al mismo tiempo se curvan los dedos de los pies hacia abajo. (Si es difícil notar la tensión pueden elevarse muy ligeramente las piernas.)

Una vez que la persona sabe cómo tensar los cinco grupos de músculos, se lleva a cabo la tercera sesión de relajación de forma similar a la segunda. La tensión sigue durando 5-7 segundos, pero la relajación de los músculos dura ahora 35-40 segundos. Si de una combinación de músculos (p. ej., ojos-nariz-labios), el paciente consigue relajar completamente todos menos uno, se repite el ciclo de tensión-relajación con ese músculo que no ha conseguido relajar.

Terminada la sesión, se pregunta al cliente cómo ha ido y se resuelven posibles dificultades que hayan podido surgir. Se recuerda la necesidad de practicar dos veces al día (en el peor de los casos, al menos una vez) y de seguir llevando el registro de la práctica de relajación y el registro de

situaciones y reacciones de tensión/ansiedad.

Se aconseja que, a partir de esta semana, ya no se emplee ninguna grabación de relajación como ayuda. Si se considera necesario que algún cliente tenga el apoyo de una grabación, se le da y se le dice que la emplee 2-3 días como máximo y que la traiga a la siguiente sesión.

#### 9.4. Cuarta semana

Se explica que la meta para esta semana consiste en conseguir relajarse sin poner previamente en tensión los músculos. Esto hace que el procedimiento sea más agradable y discreto (de cara a su aplicación en la vida real) y permite reducir a 5-7 minutos el tiempo necesario para relajarse.

Para conseguir la meta anterior, se emplea el procedimiento de relajación mediante recuerdo. Para ello, se va concentrando la atención, uno a uno, en los siguientes cuatro grupos de músculos: 1) brazos y manos; 2) cara y cuello; 3) pecho, hombros, espalda y abdomen; y 4) piernas y pies. Al centrar la atención durante 5-10 segundos en cada grupo muscular, el paciente debe determinar si sus músculos están relajados o si está presente cualquier sensación de tirantez o tensión. Si nota alguna tensión, debe liberarla recordando lo que sentía cuando esos músculos estaban relajados. Hay que dedicar unos 35-40 segundos para lograr esta relajación.

Si 35-40 segundos no son suficientes para que el cliente sienta un grupo muscular completamente relajado, se le dice que se dedique a localizar la tensión residual y a relajar los músculos correspondientes. Si encuentra dificultad para relajar un grupo muscular determinado, puede emplear el procedimiento de poner brevemente en tensión dicho grupo antes de relajarlo. Una vez que haya relajado todos los músculos, debe practicar y concentrarse durante un par de minutos en la respiración relajada.

Una vez terminada la sesión, se pregunta al cliente cómo ha ido y se resuelven posibles dificultades que hayan podido surgir. Se le dice que practique la relajación mediante recuerdo y la respiración relajada dos veces

al día y que siga llevando el registro de la práctica de relajación y el registro de situaciones y reacciones de tensión/ansiedad.

### 9.5. Quinta semana

Se presentan los objetivos para esta semana: a) practicar la relajación suscitada por señal (relajación condicionada), esto es, asociar una palabra tranquilizadora como "calma", "relax" o "tranquilo" con el estado de relajación; y b) comenzar a practicar la relajación diferencial, esto es, aprender a relajarse en situaciones diferentes de las de estar tendido o con la cabeza apoyada.

La relajación suscitada por señal permite una reducción adicional del tiempo requerido para relajarse. Esta estrategia de relajación requiere por lo general de 2 a 3 minutos. Antes de empezar a practicar esta técnica, la persona debe relajarse lo máximo posible empleando la relajación mediante recuerdo. Luego, debe concentrarse en su respiración lenta y regular y repetirse mentalmente y de un modo lento alguna de las siguientes palabras: "calma", "relax" o "tranquilo" cada vez que exhala. Debe hacer esto 30 veces o unos 4 minutos. Luego, se pregunta al cliente cómo ha ido y se resuelven posibles dificultades que hayan podido surgir.

Cuando la relajación suscitada por señal se enseña individualmente (en vez de en grupo), el terapeuta comienza pronunciando cinco veces la palabra "calma" en sincronía con las espiraciones del cliente. Luego, el cliente sigue por su cuenta durante un minuto. A continuación, el terapeuta vuelve a repetir la instrucción "calma" durante cinco veces en sincronía con las espiraciones del cliente y, finalmente, el cliente continúa por sí solo durante un par de minutos.

Una alternativa al procedimiento anterior es emplear una palabra recordatorio relacionada con una escena relajante para inducir un estado de relajación. Se pide al cliente que se relaje y que describa en voz alta una escena relajante. Luego se le pide que seleccione una palabra recordatorio para esta escena y que practique dos veces diarias durante unos 4 minutos

pensando en esta palabra.

El siguiente paso es justificar y explicar la relajación diferencial. Se explica que la segunda meta de esta semana consiste en practicar también la relajación en otra posición distinta de la de estar tumbado o con la cabeza apoyada. La posición consistirá en estar sentado, sin apoyar la cabeza, y con los ojos abiertos; esta posición se practicará tanto sin hacer nada como llevando a cabo alguna actividad. Lo que se persigue es aprender a relajarse en situaciones en las que uno no puede estar tendido o con la cabeza apoyada, esto es, en la mayoría de las situaciones de la vida cotidiana.

Se explica que dependiendo de la posición (sentado o de pie) y de la actividad desarrollada, uno necesita poner en tensión determinados músculos y hasta cierto punto. Todo lo que sea tensar otros músculos distintos o tensar en mayor medida los músculos requeridos para una posición o actividad representa una tensión innecesaria o excesiva. Por ello, la técnica de la relajación diferencial requiere tensar solamente aquellos músculos directamente requeridos por una posición o actividad y tensarlos solamente hasta el grado requerido para una ejecución eficiente. En concreto, la relajación diferencial implica:

1. Identificar los músculos que no es necesario que estén tensos en un momento dado, advertir si lo están y, si es así, eliminar la tensión. Esto significa que la actividad de estos músculos se reduce a un mínimo, no que estos músculos queden completamente inactivos.
2. Identificar los músculos que requieren estar en tensión, advertir si la tensión es mayor que la necesaria y, si es así, reducir la tensión hasta el grado preciso. Para eliminar o reducir la tensión, puede utilizarse la relajación mediante recuerdo, la relajación suscitada por señal o cualquier otra estrategia de relajación: respiración relajada, respiración profunda con retención del aire, relajación precedida por breve tensión o estiramiento del grupo muscular que se vaya a relajar.

En esta sesión se practican tres ejercicios de relajación diferencial durante

un tiempo limitado. Esto persigue no tanto que el cliente se relaje ya diferencialmente, sino que aprenda la mecánica para practicar bien entre sesiones dichos ejercicios. Se presentan por orden los tres ejercicios (véase más abajo) y se pide al cliente que los practique durante unos pocos minutos. Es importante que el paciente se relaje antes de comenzar cada ejercicio empleando la relajación mediante recuerdo o la relajación suscitada por señal. Durante el ejercicio, debe identificar la tensión en su cuerpo, eliminarla en aquellos músculos en la que no es necesaria y reducirla hasta el grado requerido en aquellos músculos que estén tensados más de la cuenta. Al terminar cada ejercicio o una de sus partes, se pregunta al cliente cómo ha ido y se resuelven posibles dificultades que hayan podido surgir. Los ejercicios que se han de practicar son los siguientes:

1. Primer ejercicio: sentado y no activo. Sentarse en una silla con los ojos abiertos, la cabeza recta y sin apoyar, la espalda cómodamente apoyada en el respaldo de la silla, las rodillas separadas, los pies totalmente apoyados en el suelo y los brazos descansando sobre los muslos. Los únicos músculos que deben presentar una cierta tensión son los ojos, que están abiertos y mirando a algún sitio, y el cuello, que sostiene la cabeza erguida. Se practica durante 3-4 minutos.
2. Segundo ejercicio: sentado y mínimamente activo. El cliente practica durante 2-3 minutos la primera actividad: sentarse en una silla de la manera descrita en el ejercicio anterior y mirar a distintas cosas alrededor de la habitación girando la cabeza. Se le dan las instrucciones correspondientes y se le va recordando que relaje aquellos músculos que no es necesario que estén tensos. La segunda parte consiste en levantar un brazo hasta mitad de cuerpo y hacer girar la mano en círculo. Debe notarse una clara tensión en el brazo y en la mano y cierta tensión en los ojos y en el cuello; los demás músculos deben permanecer relajados.
3. Tercer ejercicio: sentado y claramente activo. El cliente practica durante 2-3 minutos la primera actividad: sentarse y escribir sobre una mesa mientras se intenta relajar diferencialmente. La segunda actividad

(practicar la relajación diferencial mientras se habla con alguien, ya sea directamente o por teléfono, mientras se permanece sentado) queda como actividad para casa.

Se pide al cliente que practique la relajación suscitada por señal un mínimo de dos veces al día, y que practique los ejercicios de relajación diferencial según las pautas siguientes:

1. Primer ejercicio: practicarlo durante un día, tres veces en total, hasta lograr la relajación diferencial o hasta un máximo de 5 minutos cada vez.
2. Segundo ejercicio: practicar las dos partes de este ejercicio durante dos días, tres veces cada día, hasta lograr la relajación diferencial o hasta un máximo de 5 minutos cada vez. El primer día puede practicarse en un sitio tranquilo y el segundo en uno algo más ruidoso.
3. Tercer ejercicio: practicar las dos partes de este ejercicio durante dos días cada una, tres veces cada día, hasta lograr la relajación diferencial o hasta un máximo de 5 minutos cada vez. El primer día de cada actividad puede practicarse en un sitio tranquilo y el segundo en uno algo más ruidoso.

Se recuerda al cliente que siga llevando el registro de la práctica de relajación y el registro de situaciones y reacciones de tensión/ansiedad.

## 9.6. Sexta semana

El terapeuta presenta los objetivos para esta semana: a) seguir practicando la relajación suscitada por señal, y b) llevar a cabo nuevos ejercicios de relajación diferencial.

Se pide al cliente que se relaje y practique durante 4 minutos la relajación suscitada por señal. Una vez terminada, se pregunta al cliente cómo ha ido y se resuelven posibles dificultades que hayan podido surgir. A continuación,

se presentan por orden los tres ejercicios de relajación diferencial y se pide al cliente que los practique durante unos pocos minutos.

1. Primer ejercicio: de pie y no activo. Ponerse de pie y relajarse (3-4 minutos). Los músculos que deben presentar una cierta tensión son los de las piernas y el abdomen, ya que son necesarios para mantenerse de pie. Los músculos de la parte superior del cuerpo, salvo cuello y ojos, deben permanecer relajados.
2. Segundo ejercicio: de pie y mínimamente activo. El cliente practica durante 2 minutos la primera actividad: ponerse de pie y mirar a distintas cosas alrededor de la habitación girando la cabeza. La segunda actividad consiste en levantar un brazo hasta la mitad del cuerpo y girar la mano en círculo. Debe notarse una clara tensión en el brazo, en la mano y en las piernas, y cierta tensión en los ojos y en el cuello; los demás músculos deben permanecer relajados.
3. Tercer ejercicio: de pie y claramente activo. El cliente practica durante 4 minutos la primera actividad: comenzar a andar mientras intenta relajarse diferencialmente; no es extraño si al principio el cliente camina lenta y torpemente. La segunda actividad (hablar con alguien, ya sea directamente o por teléfono, mientras permanece de pie) queda como actividad para casa.

Se dice al cliente que practique la relajación suscitada por señal un mínimo de dos veces al día, y que practique los ejercicios de relajación diferencial según la pauta siguiente:

1. Primer ejercicio: practicar este ejercicio durante un día, tres veces en total, hasta lograr la relajación diferencial o hasta un máximo de 5 minutos cada vez.
2. Segundo ejercicio: practicar las dos partes de este ejercicio durante dos días, tres veces cada día, hasta lograr la relajación diferencial o hasta un máximo de 5 minutos cada vez. El primer día puede practicarse en

un sitio tranquilo y el segundo en uno algo más ruidoso.

3. Tercer ejercicio: practicar las dos actividades de este ejercicio durante dos días cada una, tres veces cada día, hasta lograr la relajación diferencial o hasta un máximo de 5 minutos cada vez. El primer día de cada actividad puede practicarse en un sitio tranquilo y el segundo en uno algo más ruidoso.

Se recuerda al cliente que sigan llevando el registro de la práctica de relajación y el registro de situaciones y reacciones de tensión/ansiedad.

### 9.7. Séptima semana

Se describen los objetivos de esta semana: a) aprender a relajarse en situaciones no estresantes de la vida diaria, y b) practicar un método de relajación rápida que reduce a 30-60 segundos el tiempo necesario para relajarse.

Se explica al cliente que para lograr estas metas, debe relajarse 1520 veces al día en situaciones normales de su vida cotidiana. Debe pensar en una serie de señales que le recuerden el hecho de tener que relajarse; por ejemplo, cada vez que mira el reloj, llama por teléfono, abre un armario, entra en una habitación, etc. Para conseguir relajarse en todas esas situaciones de su vida diaria, el cliente debe seguir el siguiente método de relajación rápida:

1. Hacer 1-3 inspiraciones profundas y exhalar lentamente después de cada inspiración.
2. Repetirse mentalmente y de un modo lento alguna de las siguientes palabras: "calma", "relax" o "tranquilo" cada vez que exhale.
3. Examinar su cuerpo para localizar cualquier tensión existente e intentar relajarse tanto como le sea posible en la situación.

La relajación rápida combina en realidad varias de las estrategias de

relajación aprendidas hasta el momento: la respiración profunda con retención del aire, la relajación suscitada por señal y la relajación diferencial. Otras estrategias que pueden utilizarse, en caso necesario, son la respiración relajada, la relajación mediante recuerdo y la relajación precedida por una breve tensión o estiramiento del grupo muscular que se vaya a relajar.

Para practicar la relajación rápida en la sesión, se pide al cliente que la haga cuatro veces en las siguientes condiciones: sentado y no activo, sentado y activo, de pie y no activo, y de pie y activo. Una vez terminada cada práctica, se le pregunta cómo ha ido y se resuelven posibles dificultades que hayan podido surgir.

Finalmente, se pide al cliente que practique la relajación rápida 1520 veces al día en situaciones normales de su vida cotidiana y se enfatiza el empleo de señales recordatorias. También se dice al cliente que puede elegir ciertos momentos a lo largo del día en los cuales se encuentre algo estresado y emplear la relajación suscitada por señal o cualquier otra estrategia de relajación que le sea útil. Finalmente, se le recuerda que siga llevando el Registro de la práctica de relajación y el registro de situaciones y reacciones de tensión/ansiedad.

#### 9.8. Semanas posteriores (aplicación y mantenimiento)

Se informa de que ha llegado el momento de comenzar a aplicar la relajación en situaciones de la vida cotidiana y se explican las pautas para ello:

1. Comenzar por situaciones que sean solo algo problemáticas y luego ir pasando a las más ansiógenas o estresantes. Puede hacerse una jerarquía de situaciones que producen tensión o ansiedad.
2. El cliente debe darse cuenta de cuándo comienza a ponerse tenso o ansioso y ser consciente de aquellas situaciones en que se altera emocional y corporalmente.
3. Una vez que detecte que está poniéndose tenso o ansioso, esto debe

servirle como señal para aplicar la relajación rápida o alguna de las técnicas de relajación que ya conoce.

4. Es mucho más fácil manejar una reacción de ansiedad si uno empieza a relajarse lo más pronto posible y, sobre todo, antes de que la ansiedad alcance su valor máximo. Así, si uno va a encontrarse en una situación en la que le parece que va a experimentar tensión o ansiedad, puede relajarse justo antes de entrar en dicha situación; también puede relajarse durante la situación, mientras está ansioso, o después de la situación, si todavía siente tensión. Sin embargo, es mucho más fácil manejar una reacción de ansiedad si uno empieza a relajarse lo antes posible, justo cuando anticipa o cuando nota los primeros signos de ansiedad.
5. Tener en cuenta que las primeras veces el éxito conseguido será limitado. La meta no debe ser eliminar completamente la ansiedad, sino reducirla y manejarla. Como cualquier otra habilidad, las habilidades de relajación requieren práctica para conseguir un funcionamiento óptimo.

Se dice al cliente que deje de realizar el registro de la práctica de relajación y el registro de situaciones y reacciones de tensión/ansiedad. En su lugar puede usarse el registro de situaciones de ansiedad y de aplicación de la relajación (cuadro 9.6) o una hoja de registro adaptada a los problemas del cliente.

Cuadro 9.6. Registro de situaciones de ansiedad y de aplicación de la relajación

<i>Fecha</i>	<i>Situación</i>	<i>Nivel de tensión o ansiedad (0-10)</i>	<i>Relajación</i>		<i>Nivel de tensión o ansiedad después</i>	<i>Comentarios sobre la aplicación y posibles dificultades</i>
			<i>Sí</i>	<i>No</i>		

Hay que avisar al cliente de que la relajación aplicada, como cualquier otra habilidad, se "oxida" si deja de usarse y, por lo tanto, es importante seguir practicando. Es muy conveniente que desarrolle el hábito de explorar su cuerpo al menos una vez al día y, si nota alguna tensión, que aplique la relajación rápida o alguna otra estrategia o combinación de estrategias de relajación que le resulten útiles. También es conveniente que practique la relajación diferencial o la relajación rápida dos veces a la semana de un modo regular.

Asimismo es importante que el paciente tenga en cuenta que ningún tratamiento, ni de relajación ni de ningún otro tipo, le asegurará contra la ocurrencia de reacciones de ansiedad en el futuro. La tensión y la ansiedad son algo habitual en la vida humana y es normal experimentar reacciones de ansiedad en situaciones diversas; también es normal volver a experimentar ansiedad alguna vez en situaciones que parecían ya superadas. Esto no significa de ningún modo que se haya recaído. Lo que sucede es que se debe estar preparado para la ocurrencia de estos contratiempos y verlos como una oportunidad para aplicar las estrategias de relajación y poder de este modo hacer frente y manejar la ansiedad.

10

# **Cuestionamiento de las creencias de incontrolabilidad**

El contenido de este módulo procede de la terapia metacognitiva de Wells (2009) e incluye el cuestionamiento verbal de las creencias de incontrolabilidad, la conciencia plena objetiva, el experimento de posposición de la preocupación y los experimentos sobre la pérdida de control.

La reestructuración verbal y los experimentos conductuales se centran en modificar las creencias metacognitivas, no el contenido de las preocupaciones, tal como se hace también en algunos otros módulos del protocolo de intervención. Asimismo, se busca remover las estrategias desadaptativas que interfieren con el proceso de autorregulación y contribuyen a mantener el TAG, tales como los intentos de control del pensamiento y las conductas defensivas y de evitación.

Los pensamientos que disparan las preocupaciones deben ser atendidos como simples pensamientos, sin hacer nada para cambiarlos o suprimirlos ni iniciar un proceso de preocupación ni emplear estrategias conductuales contraproducentes. Ahora bien, cuando los pensamientos disparadores hagan referencia a problemas sobre los que puede hacerse algo, entonces deberán servir de estímulo para pensar en posibles soluciones, tal como se explica en el capítulo 14.

## **10.1. Primera sesión**

La primera sesión incluye el cuestionamiento verbal de las creencias de incontrolabilidad, la conciencia plena objetiva y el experimento de

posposición de la preocupación.

### 10.1.1. Cuestionamiento verbal

Se emplea el método socrático para debilitar las creencias de que las preocupaciones son incontrolables. Preguntas típicas son:

- a) ¿Qué sucede si está preocupándose por algo y tiene que contestar al teléfono (atender a un cliente, etc.)? ¿Qué ocurre con su preocupación?
- b) Si la preocupación es incontrolable, ¿cómo llega a parar?

La idea es que el paciente vea que tiene al menos un cierto control. Es muy importante aquí hacer la distinción entre el control de las preocupaciones y la supresión de pensamientos. Hay que explicar al paciente que muchas veces no es posible controlar los pensamientos que disparan la preocupación (p. ej., ¿y si mi hijo hubiera tenido un accidente?), pero es posible decidir no implicarse en el proceso de preocupación subsecuente. Para ello se emplea la conciencia plena objetiva. Esta implica, por una parte, ser consciente de los pensamientos y creencias; y por otra, dos factores adicionales:

1. No responder al pensamiento de modo conceptual o conductual; por ejemplo, analizándolo, interpretándolo, elaborándolo, valorándolo, preocupándose sobre él, suprimiéndolo, minimizando la amenaza, buscando tranquilización o evitando actividades.
2. Ser consciente de que se está percibiendo un pensamiento que es algo separado del sí mismo. Es decir, en vez de no distinguir los pensamientos de las experiencias directas del sí mismo y del mundo, se trata de ver los pensamientos como simples eventos de la mente, representaciones internas independientes del sí mismo y del mundo real que tienen diversos grados de precisión.

### 10.1.2. Conciencia plena objetiva

Puede empezarse con un experimento de supresión de un pensamiento neutral. Se explica al paciente que algunas estrategias para controlar los pensamientos pueden ser ineficaces o incluso contraproducentes. Se le dice que se imagine que se preocupa por los conejos azules y que durante los siguientes 3 minutos no piense de ningún modo en conejos azules. Luego, se le pregunta qué ha sucedido (lo usual es que hayan surgido los pensamientos prohibidos) y la respuesta se emplea para ilustrar que intentar suprimir la preocupación no es muy eficaz. En el caso de que un paciente dijese que ha logrado no tener los pensamientos, se le pregunta si puede conseguir lo mismo con los disparadores de sus preocupaciones; lo usual es que no.

A partir del experimento anterior y de la ineficacia de las estrategias de control que el cliente ha utilizado hasta el momento, se le hace ver cómo el intento de controlar los disparadores iniciales de la preocupación (p. ej., ¿y si tuviera un cáncer?) no ha funcionado para superar el problema. Luego se le pregunta si ha considerado no preocuparse en respuesta al pensamiento disparador o si podría ver este como un simple evento que pasa por su cabeza. Esto permite introducir la conciencia plena objetiva, la cual es practicada primero en la sesión con pensamientos neutrales y después con pensamientos que disparan habitualmente la preocupación.

Se explica al paciente que como intentar controlar los pensamientos no funciona a largo plazo, se le va a proponer una nueva forma de relacionarse con sus pensamientos que se denomina conciencia plena objetiva. Pueden emplearse instrucciones como las siguientes:

Voy a pedirle que piense en un león y que deje que el pensamiento tenga un lugar en su mente. Quiero que se fije en su pensamiento y que no haga nada para controlarlo o influir sobre él: simplemente, deje que siga su curso. ¿Preparado? Adelante. Justo mire el león. Puede notar que se mueve, pero no haga nada para que se mueva; puede notar que ruge, pero no haga nada para que rija. Puede que el pensamiento desaparezca, pero no haga nada para que desaparezca. Puede darse cuenta de otros pensamientos que aparecen, pero no los produzca deliberadamente. Simplemente, fíjese del modo más

objetivo posible en lo que pasa por su cabeza (adaptado de Wells [2009, p. 1071]).

Tras dos minutos, se comprueba si el paciente ha sido capaz de realizar la tarea. En caso contrario, se corrigen las posibles dificultades. A continuación, se repite la tarea o se emplea una estrategia alternativa de conciencia plena hasta que la persona domina la técnica. Wells (2009, cap. 5) presenta varias estrategias, entre ellas las siguientes:

1. Tarea de asociación libre. Se pide al paciente que deje vagar su mente libremente cuando escuche una serie de palabras que el terapeuta dirá en voz alta; por ejemplo, manzana, agua, verde, árbol, sol, rosas, bicicleta. No debe pensar activamente sobre las palabras ni intentar controlar o analizar lo que piensa, sino observar simplemente de modo objetivo las experiencias que ocurren espontáneamente en su mente. Esta tarea puede expandirse posteriormente utilizando palabras relacionadas con los pensamientos disparadores de preocupaciones, tales como enfermedad, familia y error.
2. Metáfora de las nubes. Se explica al paciente que una forma de comprender la conciencia plena objetiva es considerar la experiencia de los propios pensamientos tal como uno experimenta el paso de las nubes por el cielo. Es inútil intentar apartar las nubes o intentar controlarlas para cambiar el tiempo. Así pues, el paciente debe intentar tratar a sus pensamientos y sentimientos como trataría a las nubes pasajeras; debe permitirles que tengan su propio espacio sabiendo que finalmente pasarán.
3. Metáfora del tren. Se pide al paciente que aborde sus pensamientos y sentimientos del mismo modo que haría un pasajero que estuviera esperando un tren. Los pensamientos y sentimientos son como trenes que pasan por la estación: ¿tendría sentido subir a cada tren que pasa?, ¿dónde acabaría uno si lo hiciera? De modo similar, uno debe ser un espectador de sus pensamientos y observar cómo pasan.

Finalmente, se identifica un pensamiento reciente disparador de preocupación y se pide al cliente que aplique la técnica igual que lo ha hecho anteriormente, permitiendo que el disparador se mantenga en su mente, pero sin hacer nada con él. Se explica que haciendo esto el pensamiento se irá viendo desprovisto de su influencia, ya que la recuperación emocional es un proceso natural que ocurre espontáneamente si no se ve interferido por respuestas contraproducentes ante los pensamientos y emociones.

### 10.1.3. Experimento de posponer la preocupación

El siguiente paso es introducir la posposición del proceso de preocupación que sigue a los pensamientos disparadores como un medio de aumentar la conciencia plena y de cuestionar la creencia de que la preocupación es incontrolable. Esto se presenta como un experimento para realizar diariamente durante la siguiente semana. La explicación que se da al paciente incluye los siguientes puntos:

1. Se le propone que aplique la conciencia plena objetiva tras cada pensamiento disparador.
2. Tras hacer lo anterior, debe posponer cualquier preocupación hasta un momento posterior del día. Como ayuda, puede recordarse que es solo un pensamiento y que no necesita darle vueltas y preocuparse hasta más adelante. Además, debe centrarse en el presente, en lo que está sucediendo o lo que está haciendo.
3. Se le dice que más tarde en el día busque un rato en el que, si lo desea, pueda preocuparse sobre el pensamiento tenido. Este periodo no debe durar más de 10 minutos y no debe ser antes de acostarse. Conviene enfatizar que este tiempo de preocupación no es obligatorio y que muchas personas deciden no llevarlo a cabo o lo olvidan.
4. Se le explica que posponer la preocupación le permitirá poner a prueba cómo es de incontrolable la preocupación.

5.Finalmente, se destaca de nuevo la diferencia entre suprimir un pensamiento y posponer la preocupación. No se trata de suprimir el pensamiento que dispara la preocupación, sino de dejar que siga ahí, diciéndose a sí mismo que solo es un pensamiento, y decidir no hacer nada con él (no intentar cambiarlo o suprimirlo) ni empezar el habitual proceso de preocupación. Más tarde en el día podrá ocuparse de él si lo desea.

Tras comprobar que el paciente entiende la actividad, puede obtenerse el grado en el que cree en la controlabilidad de sus preocupaciones, lo cual se hará también al inicio de la próxima sesión, tras la realización del experimento. Alternativamente, este cambio también puede ser evaluado a partir de la escala revisada sobre el trastorno de ansiedad generalizada.

Para facilitar el experimento de posponer la preocupación en el entorno habitual, puede llevarse a cabo inicialmente dentro de la sesión. En este caso, se pide al paciente que piense en un pensamiento disparador y que inicie su proceso de preocupación. Luego se le dice que posponga sus preocupaciones durante 10 minutos para ver lo que sucede. Durante este tiempo, la terapia se centra en un tema diferente. Transcurridos los 10 minutos, se pregunta al paciente si se ha preocupado. En caso negativo, se le hace ver que tiene control sobre sus preocupaciones sin intentar deshacerse activamente de las mismas.

## 10.2. Segunda sesión

La segunda sesión incluye el cuestionamiento verbal adicional de las creencias de incontrolabilidad y los experimentos sobre la pérdida de control.

### 10.2.1. Cuestionamiento verbal adicional

En primer lugar se revisan las respuestas a la escala revisada sobre el trastorno de ansiedad generalizada y el experimento de posposición de la preocupación. Esto último implica:

1. Discutir cómo se llevó a cabo el experimento y los resultados del mismo. Si la predicción ("mis preocupaciones son incontrolables") no se cumplió, hay que comprobar el grado en que el paciente sigue creyendo en la misma; una disminución es indicativa de la eficacia del procedimiento, mientras que un mantenimiento requiere explorar las razones para el mismo. Para lograr reducir en la medida suficiente el grado de creencia, el experimento puede tener que ser repetido en su forma original o con modificaciones o bien se han de llevar a cabo nuevos experimentos. Si la predicción resultó correcta, hay que analizar los factores explicativos e introducir las medidas correctoras necesarias.
2. Examinar las conclusiones que el paciente ha extraído de los resultados.
3. Planificar qué es más conveniente hacer.

Tras la revisión anterior, se siguen buscando pruebas contrarias a la incontrolabilidad de la preocupación. Así, se pregunta al paciente qué sucede con sus preocupaciones cuando debe realizar una tarea urgente o su hijo requiere una atención inmediata. La idea es que vea que la preocupación es desplazada por otros requerimientos y que, por lo tanto, responde a lo que él hace y a sus prioridades.

En la línea anterior, otras preguntas que pueden utilizarse son: a) qué sucede con su preocupación cuando duerme? y b) si la preocupación es incontrolable, ¿cómo consigue dormir? El paciente podría decir que la dificultad que tiene para dormir indica que la preocupación no puede ser controlada. Puede responderse que lo que indica realmente es que no está utilizando el control adecuado.

El siguiente paso para reducir la creencia en la incontrolabilidad de la preocupación lo constituyen los experimentos sobre la pérdida de control.

#### 10.2.2. Experimentos sobre la pérdida de control

El objetivo de estos experimentos es que el paciente compruebe que la preocupación no se convierte en incontrolable aunque intente perder el control. El primer experimento se lleva a cabo en la sesión. Esto reduce el miedo a realizarlo como actividad entre sesiones y facilita su cumplimiento.

En primer lugar, se recuerda al paciente que sus preocupaciones no son incontrolables, tal como ha podido comprobar con el experimento de posponer la preocupación. Sin embargo, puede persistir la creencia de que se perdería el control en el caso de tener una gran preocupación. Una forma de asegurarse de que esto no es así es intentar preocuparse tan intensamente como sea posible para ver qué sucede.

A continuación, se invita al paciente a que piense en una preocupación actual o reciente y se le explica que se le va a pedir que empiece a darle vueltas y vueltas para iniciar el proceso de preocupación. La idea es preocuparse todo lo que se pueda, pensar en lo peor que puede suceder e intentar perder el control de la actividad.

Algunos pacientes objetan que llevar a cabo este experimento en la sesión no proporciona datos válidos sobre las preocupaciones que tienen en situaciones naturales. En estos casos conviene decir que el procedimiento les facilitará la realización de los experimentos en casa y que estos últimos proporcionarán los datos últimos que buscan.

El paciente practica el experimento y se discute si ha habido o no una pérdida de control. El siguiente paso es establecer la realización del experimento como actividad entre sesiones en dos momentos diferentes y en el siguiente orden:

1. Durante un periodo de posposición de la preocupación.
2. En el momento en que se tenga un disparador de preocupación.

Algunos pacientes se atreven a empezar directamente con el paso 2, mientras que otros pueden necesitar repetir varias veces el paso 1 antes de

pasar al siguiente.

Junto con los experimentos de pérdida de control, se pide al cliente que continúe con la posposición de la preocupación. Conviene estar atentos a cómo se emplea posteriormente la conciencia plena objetiva, ya que algunos pacientes la utilizan erróneamente como una técnica de distracción para evitar la amenaza anticipada y como un medio de controlar la ansiedad. En estos casos, puede ser necesario prohibir su uso; la razón es que impide que los pacientes comprueben que no va a sucederles nada malo (p. ej., perder el control mental), ya que atribuyen la no ocurrencia de lo que temen al empleo de la técnica.

Al final de la sesión se obtiene el grado en el que paciente cree en la controlabilidad de sus preocupaciones, lo cual se hará también al inicio de la próxima sesión, tras la realización de los experimentos. Alternativamente, este cambio también puede ser evaluado a partir de la escala revisada sobre el trastorno de ansiedad generalizada.

### 10.3. Sigüientes sesiones

Se revisan las respuestas a la escala revisada sobre el trastorno de ansiedad generalizada y se discuten las conclusiones que el paciente ha extraído de los experimentos sobre la pérdida de control. En caso necesario, se siguen desafiando las creencias sobre la incontrolabilidad de las preocupaciones mediante los métodos explicados.

Paralelamente, en estas sesiones se introduce ya la exposición conductual, esto es, la eliminación de aquellas conductas de evitación y de búsqueda de seguridad que contribuyen a mantener la ansiedad y las preocupaciones.





# Exposición conductual

Una vez reducida suficientemente la creencia en la incontrolabilidad de las preocupaciones, se inicia la intervención para ir eliminando las conductas de búsqueda de seguridad y de evitación de situaciones de incertidumbre. Estas conductas contribuyen a mantener la ansiedad y las preocupaciones y suponen una manifestación de la intolerancia a la incertidumbre que caracteriza especialmente a los pacientes con TAG.

Esta intolerancia se trabaja directamente en este módulo, el cual se extiende durante el resto del tratamiento. Ahora bien, los módulos 6 (reevaluación de la utilidad de la preocupación), 7 (entrenamiento en solución de problemas) y 8 (exposición en la imaginación) también abordan indirectamente esta intolerancia al tratar aspectos relacionados con la misma.

Siguiendo la propuesta de Dugas y Robichaud (2007), los objetivos principales de este módulo son que el cliente: a) comprenda el papel fundamental de la intolerancia a la incertidumbre en el desarrollo y mantenimiento de la preocupación y ansiedad excesivas, b) reconozca los diferentes modos en los que la intolerancia a la incertidumbre se manifiesta en su vida (cosas que hace y que no hace para reducir la incertidumbre) y sea consciente de sus efectos, y e) aprenda gradualmente a tolerar la incertidumbre en su vida, lo que implica reconocer que la incertidumbre es inevitable.

De todos modos, si se desea, este mismo módulo puede llevarse a cabo sin hacer referencia a la intolerancia a la incertidumbre. En este caso, se trataría de identificar las conductas de evitación y búsqueda de seguridad dirigidas a prevenir la amenaza, analizar sus efectos (contribuyen a mantener el TAG) e ir eliminándolas gradualmente.

11.1. Comprender la relación entre intolerancia a la incertidumbre,

## preocupación y ansiedad

Se explica que la intolerancia a la incertidumbre es el factor que mejor explica la tendencia a preocuparse excesivamente. En efecto, la preocupación excesiva es un intento de reducir la incertidumbre considerando todos los posibles resultados que pueden darse en una situación con el fin de intentar minimizar la ocurrencia de eventos y emociones negativas. Sin embargo, las preocupaciones excesivas contribuyen a mantener las interpretaciones de amenaza, disminuyen el control percibido sobre las amenazas futuras y aumentan la ansiedad. Por el contrario, cuando una persona aprende a tolerar mejor la incertidumbre, no tiende a preocuparse en exceso.

Naturalmente, a casi nadie le gusta la incertidumbre, pero la intolerancia a la misma va más allá que esto. Para facilitar la comprensión de este concepto, pueden utilizarse analogías como la de la alergia al polvo o al polen, de modo que la intolerancia a la incertidumbre sería como una alergia psicológica. Al igual que la persona con la alergia al polvo reacciona con estornudos, toses o lagrimeo ante pequeñas cantidades de esta sustancia, las personas con gran intolerancia a la incertidumbre reaccionan con preocupación y ansiedad excesivas ante pequeñas dosis de incertidumbre. Esto es, empiezan a plantearse preguntas del tipo "¿qué pasaría si...?", las cuales conducen a la preocupación y a la ansiedad.

Otra analogía propuesta por Dugas y Robichaud (2007) es la de las gafas con filtro. Es como si las personas con intolerancia a la incertidumbre llevasen unas gafas que les permiten, no ver el mundo de un color o de otro, sino captar la incertidumbre y la ambigüedad con mayor facilidad y rapidez que otras personas y reaccionar a la misma con interpretaciones de amenaza, aunque la probabilidad de esta sea muy baja.

### 11.2. Reconocer las manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre y distinguir sus efectos

En el siguiente paso se trata de que el paciente sea consciente de las formas

en que la intolerancia a la incertidumbre se manifiesta en su vida y de los efectos que esto tiene. Se empieza preguntándole qué hace en las situaciones de incertidumbre. Una respuesta frecuente es preocuparse, lo cual es un intento de reducir la incertidumbre pensando en todos los posibles resultados de una situación. Entonces se le pregunta qué otras cosas hace o deja de hacer para reducir la incertidumbre o minimizar los posibles peligros y amenazas. Si dice que no se le ocurre nada, se procede del siguiente modo:

1. Se le proporciona algún ejemplo de cosas que suelen hacerse: pedir la opinión de amigos o familiares antes de tomar una decisión, incluso pequeña, retrasar la terminación de un proyecto o evitar situaciones ambiguas como leer cosas relacionadas con las áreas de preocupación.
2. Se le pide si se le ocurren ejemplos de conductas similares que él realiza o deja de realizar con la misma intención.

Para terminar de identificar las conductas que se hacen o dejan de hacer con el fin de minimizar la incertidumbre y los posibles peligros, puede presentarse al paciente una lista de estas manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre (véase el cuadro 11.1), pedirle que piense sobre ellas y que señale aquellas que hace y otros posibles ejemplos personales que se le ocurran. Es importante señalar que ambos tipos de conductas van dirigidas al mismo fin, aunque unas impliquen hacer cosas y otras no hacerlas.

Cuadro 11.1. Ejemplos de manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre (conductas de evitación y búsqueda de seguridad)

---

*Estrategias de “evitación” [de situaciones de incertidumbre]*

---

1. [Evitar situaciones que generan incertidumbre o hacen pensar en peligros.  
Ejemplos: negarse a leer noticias desagradables en el periódico o a hablar sobre ellas; rehuir conversaciones incómodas; no aceptar invitaciones a reuniones sociales; no querer ver ciertos programas de televisión.]
  2. Evitar comprometerse totalmente con ciertas cosas.  
Ejemplos: no comprometerse en una relación de amistad o romántica porque el resultado es incierto; no implicarse totalmente en la terapia porque no hay garantías de que funcionará; [no aceptar una promoción en el trabajo].
  3. Encontrar razones “imaginarias” para no hacer ciertas cosas.  
Ejemplos: hallar excusas para no irse de la casa familiar; no hacer el ejercicio físico que sabe que es bueno para usted diciéndose que puede no ser capaz de soportar la incomodidad que conlleva.
-

- 
4. Posposición o aplazamiento (dejar para más tarde lo que puede hacer ahora mismo).

Ejemplos: posponer una llamada telefónica porque no está seguro de cómo reaccionará la persona; aplazar la toma de una decisión porque no está seguro de que sea la correcta; no hacer algo finalmente porque no está seguro de su decisión (p. ej., elección de una película o restaurante).

---

*Estrategias de “aproximación” [de búsqueda de seguridad]*

---

1. Querer hacerlo todo usted mismo y no delegar tareas en nadie más.  
Ejemplo: hacer todas las tareas de casa usted solo porque si no puede estar seguro de que estén bien hechas.
2. Buscar una gran cantidad de información antes de proceder con algo.  
Ejemplos: leer gran cantidad de documentación sobre un tema; pedir la misma información a un cierto número de personas; mirar muchas tiendas antes de elegir un regalo para alguien.
3. Poner en duda una decisión que ya había tomado porque ya no está seguro de que sea la mejor decisión.  
[Ejemplos: replantearse un cambio de lugar de trabajo o de domicilio; volver a pensar si se ha elegido bien el sitio de vacaciones.]
4. Buscar tranquilización preguntando a otros.  
[Ejemplos: consultar frecuentemente al médico por síntomas propios o de familiares cuya importancia se magnifica; pedir tranquilización a los amigos sobre estos síntomas; recabar con frecuencia opinión de colegas sobre si un trabajo está bien hecho; consultar a la pareja para confirmar la toma de decisiones; llamar frecuentemente a los seres queridos para comprobar que están bien; llamar a los hospitales cuando un hijo que viaja en moto se retrasa.]
5. [Buscar tranquilización mediante otras acciones.  
Ejemplos: tomar medicación tranquilizante; llegar con antelación a las citas; levantarse inmediatamente cuando el niño llora por la noche; limpiar la casa diariamente por si alguien viene inesperadamente de visita.]
6. Volver a comprobar y hacer las cosas otra vez por no estar seguro de haberlas hecho correctamente.  
Ejemplos: [repassar un trabajo una y otra vez,] volver a leer varias veces los correos electrónicos antes de enviarlos para asegurarse de que no hay errores.
7. Sobreproteger a otros (p. ej., familiares, niños) haciendo cosas por ellos.  
[Ejemplo: ayudar más de la cuenta a los hijos a hacer los deberes; hacerle cosas a un progenitor mayor que este es capaz de hacer.]

---

*Fuente:* adaptado y ampliado de Dugas, M. J. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder* (p. 120). Nueva York: Routledge. Permiso concedido a través de Copyright Clearance Center, Inc.

*Nota.* Las expresiones entre corchetes no aparecen en el original.

Una vez identificadas las manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre, conviene discutir su posible utilidad, de modo que queden patentes sus desventajas; asimismo, se discuten las posibles ventajas de comportarse de otra manera. Algunas de las preguntas que pueden hacerse al paciente en este proceso son:

1. ¿En qué medida han sido eficaces estas conductas (poner ejemplos de las conductas de evitación y de búsqueda de seguridad del paciente) para poner fin a sus preocupaciones a la larga?
2. ¿Le permiten estas conductas controlar sus preocupaciones?
3. ¿Qué otros efectos (negativos) tienen estas conductas?
4. ¿Es posible que esté utilizando estrategias inadecuadas?
5. ¿Se le ocurren otras cosas que podría hacer en lugar de las anteriores?
6. ¿Qué efectos cree que tendrían estas otras formas de comportarse?

La discusión anterior aumentará la motivación del paciente para ir abandonando sus conductas de evitación y defensivas y considerar formas alternativas de abordar la intolerancia a la incertidumbre.

### 11.3. Aprender gradualmente a tolerar la incertidumbre

De acuerdo con lo realizado hasta el momento, el siguiente paso es discutir lo que se puede hacer para abordar la intolerancia a la incertidumbre. Se explica que si la preocupación y la ansiedad son impulsadas por esta intolerancia, hay dos posibles soluciones: aumentar la certeza o aumentar la tolerancia. A continuación se formula al cliente una serie de preguntas: a) ¿cuál de estas dos cosas ha estado haciendo hasta ahora? (supuestamente, aumentar la certeza), b) ¿le ha funcionado?, c) ¿por qué cree que no funciona? Si no se sabe la respuesta a esta última pregunta, se explica que la razón es que la incertidumbre es inevitable y se ponen ejemplos para hacer ver que su

presencia en la vida es generalizada. Así, por mucho que hagamos, -y la búsqueda de certidumbre implica mucho, mucho esfuerzo - no podemos estar seguros de que nuestro trabajo, nuestras relaciones, nuestra salud o las de nuestros familiares seguirán siempre bien.

Por lo tanto, la solución podría consistir en aumentar la tolerancia. Se pregunta al cliente cuál de las dos soluciones (aumentar la certeza o aumentar la tolerancia) ve más realista y alcanzable y cuál cree que es más probable que conduzca a una reducción duradera de las preocupaciones y la ansiedad.

Una vez logrado un acuerdo al respecto, se explica que para cambiar la actitud hacia la intolerancia, el método más eficaz consiste en cambiar el comportamiento, al igual que para perder el miedo a conducir, es mejor ir practicando en situaciones gradualmente más difíciles que intentar convencerse de que no es peligroso. Así pues, para aprender a tolerar la incertidumbre, hay que exponerse gradualmente a la misma y dejar de hacer las conductas que se realizan para reducirla (conductas de búsqueda de seguridad) y hacer aquello que se evita con la intención de prevenirla.

La exposición gradual permite que el paciente experimente una cierta ansiedad, sin verse desbordado por ella, compruebe si lo que teme es o no cierto, observe su capacidad de afrontamiento caso de que ocurra un resultado negativo y aprenda, en fin, a tolerar la incertidumbre poco a poco. Además introduce flexibilidad en la vida del paciente y desarrolla o aumenta la sensación de dominio.

La exposición conductual toma la forma de experimentos conductuales que deben seguir una progresión gradual y no empezar, por tanto, por los temas de mayor preocupación. Ejemplos de experimentos iniciales pueden ser: a) enviar un correo electrónico de poca importancia sin releerlo, b) tomar una decisión pequeña (p. ej., qué ropa ponerse) sin consultar a otros, c) ir a ver una película sin leer la crítica, d) llamar de repente a un amigo e invitarle a tomar un café o a ir al cine, e) elegir un plato desconocido o nuevo en un restaurante y f) comprar un regalo para alguien sin haber recorrido muchas tiendas.

Al principio hay que ayudar al paciente a idear los experimentos, pero este debe ir tomado progresivamente sus propias decisiones al respecto. Puesto que los experimentos serán relativamente ansiógenos, conviene dar las siguientes guías:

1. Conviene empezar por cosas pequeñas y realistas e ir aumentando gradualmente el nivel de dificultad. Hay que comenzar por algo que resulte algo difícil, pero no tanto como para que lo más probable sea no hacerlo. Luego, a medida que se gana confianza, se va aumentando el nivel de dificultad.
2. Lo esperable es sentirse ansioso o nervioso al realizar los experimentos. Es normal sentirse de este modo cuando uno hace algo en contra de lo acostumbrado, pero con la práctica sucesiva el malestar se va reduciendo.
3. Hay que comenzar a abordar la incertidumbre aún sin sentirse motivado del todo, puesto que la motivación aumentará a partir de los resultados de la acción. En cambio, si uno espera a estar totalmente motivado antes de actuar (como ocurre muchas veces a la hora de decidir aprender un idioma o hacer ejercicio), probablemente no lo hará nunca.
4. Registrar el experimento para poder ver el trabajo hecho y los progresos logrados. El cliente registra lo que va a hacer (o lo que ha hecho, si el experimento no estaba planeado), lo que teme que ocurra (o temía que ocurriera), lo que ocurrió realmente, lo que hizo para afrontar un posible resultado negativo y las conclusiones extraídas. A continuación se presenta un ejemplo del experimento registrado por un cliente:
  - a) ¿Qué voy a hacer? "Comprar un regalo para mi sobrina sin mirar en más de dos tiendas."
  - b) Consecuencia temida. "No sabré qué comprar. ¿Y si me equivoco y no le gusta?"

- c)¿Qué pasó realmente? "Al final, le gustó el regalo."
- d)Afrontamiento (de un improbable evento negativo). "No fue necesario."
- e)Conclusión. "No pasó lo que yo temía. Quizá no merezca la pena dar tantas vueltas para comprar un regalo."

Los resultados de cada experimento son discutidos posteriormente con el terapeuta para evaluar de modo realista las expectativas negativas y la capacidad de afrontamiento al encarar la incertidumbre y para discutir los beneficios de ir tolerando la incertidumbre. Puede verse un vídeo en inglés en Robichaud (2013; vídeo 2 del material suplementario del artículo disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722912001071>).

Los experimentos deben seguir a lo largo de todo el tratamiento e ir aumentando en dificultad. Estos experimentos pueden incluir realizar informes en el trabajo sin buscar seguridad por parte de otros, proponer un plan alternativo a unos amigos cuando se teme la reacción de estos, dejar de lavar cada día la ropa de los niños, aceptar la invitación a una fiesta sin poner excusas, esperar al menos una hora antes de llamar a un hijo mayor que se retrasa, salir una tarde y dejar a los hijos adolescentes solos en casa e ir a ver cómo un hijo juega un partido de rugby. Suele aconsejarse un mínimo de tres experimentos a la semana. Otros ejemplos más detallados de experimentos conductuales pueden verse en el cuadro 11.2.

#### Cuadro 11.2. Experimentos conductuales en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada

- 
- *Persona que piensa que si no llama con frecuencia a su marido al trabajo, es más fácil que le pase algo malo (p. ej., ponerse enfermo). Se obtiene una línea base de la consecuencia negativa predicha. Luego, se pide a la mujer que llame durante varios días una sola vez, en vez de varias, a su marido al trabajo y que registre si ocurre o no lo predicho. Luego, se comparan los resultados habidos con las predicciones previas. Si la predicción “se cumpliera”, habría que analizar la verdadera causa de haberse puesto enfermo (p. ej., no haber llamado frecuentemente versus la presencia de un virus). Si la paciente mantiene, a pesar de todo, que es más fácil que su marido enferme al no haberle llamado frecuentemente, habría que llevar a cabo un experimento por fases alternas en las que llamaría frecuentemente o no a su marido y registraría los resultados.*
  - *Persona que se niega a leer noticias desagradables en los periódicos porque si no cree que le podrían suceder a ella o a alguien de su familia. Se obtiene una línea base de acontecimientos negativos que suceden a la familia. Luego se pide al cliente que lea noticias desagradables y que registre si en su familia ocurren o no los eventos negativos leídos. También puede llevarse a cabo, como en el ejemplo anterior, un experimento por fases.*
  - *Persona que es perfeccionista en la limpieza de su casa, porque piensa que si no, sus amigos le visitarán con menos frecuencia. Se le pide que reduzca el tiempo dedicado a la limpieza y que observe si esto tiene algún efecto en la frecuencia de visitas por parte de sus amigos.*
- 

Un tipo frecuente de conducta de seguridad es la búsqueda repetida de tranquilización por parte de otros; por ejemplo, preguntar a la pareja si ciertos síntomas corporales indican una enfermedad grave. El terapeuta debe mostrar al paciente que el alivio producido por la tranquilización es transitorio y acordar el abandono de la búsqueda de tranquilización. Puede ser necesario trabajar con las personas del entorno del cliente para que dejen de proporcionarle tranquilización. Para ello, conviene preparar a todas las partes. Un medio útil es que ante las demandas de tranquilización, un familiar le pida al cliente que recuerde lo que ha discutido previamente con el terapeuta. Si a pesar de esto insiste, el familiar puede responder con expresiones del tipo: "sé lo mal que te sientes, pero, como acordamos todos con el terapeuta, no es útil que te responda a lo que me pides" o "sé lo mal que te sientes, pero no podemos conocer el futuro"; luego, podría pasar a hablar de otro tema.

Es importante señalar que, de acuerdo con Dugas y Robichaud (2007), no se trabaja previamente con los pacientes para ayudarles a ver que lo que temen es altamente improbable, ya que esto no permitiría abordar la intolerancia a la incertidumbre. Cuando la anticipación de intensas consecuencias negativas sea un freno para la exposición conductual, esto puede solucionarse mediante una graduación más fina en los experimentos conductuales planificados.

Otra alternativa es emplear la reestructuración cognitiva para cuestionar las anticipaciones negativas que se someterán a prueba mediante los experimentos conductuales. Esta opción se aparta de la filosofía anterior, pero puede ser también útil en algunos casos. A la hora de aplicar la reestructuración, se considerarían básicamente dos tipos de errores cognitivos:

1. La sobrestimación de la probabilidad de ocurrencia de un evento negativo; por ejemplo, un cliente que, con un buen expediente laboral y sin motivos fundados, cree que va a ser despedido de su trabajo.
2. El modo de pensar catastrófico o tendencia a esperar o interpretar lo peor (p. ej., esperar consecuencias terribles incluso de sucesos poco importantes) y a ver algo como intolerable e inmanejable o imposible de afrontar cuando no hay razones suficientes para ello; por ejemplo, pensar que uno quedaría tan hundido si muriera su cónyuge que no podría soportarlo y volver a rehacer su vida.

Las líneas generales que se siguen a la hora de trabajar estas dos distorsiones cognitivas fueron ya expuestas en el capítulo 7 al describir la TCC del grupo de Barlow. Un ejemplo de reestructuración de la sobrestimación de la probabilidad de un evento negativo puede verse en Brown, O'Leary y Barlow (2001, pp. 193-195). Y un ejemplo de diálogo en el que se muestra la técnica de descatastrofización puede verse en Craske y Barlow (2006, pp. 89-91).

De todos modos, autores como Butler, Fennell y Hackmann (2008) han

señalado que cuestionar el contenido de las preocupaciones sobre las cosas malas que podrían suceder puede no ser lo más útil, ya que las preocupaciones son numerosas y cambiantes. En su lugar proponen, en línea con el protocolo de intervención propuesto en esta obra: a) centrarse en las creencias positivas y negativas sobre las preocupaciones y b) aprender a identificar las preocupaciones en sus primeras fases para pensar en posibles soluciones cuando pueda hacerse algo al respecto; o, de no ser este el caso, dejarlas pasar, en vez de intentar manejarlas o controlarlas, y cambiar la atención hacia lo que requiere el momento presente o hacia algún tipo de actividad atrayente.

Finalmente, los experimentos conductuales, junto con otros componentes de la intervención, irán permitiendo que el paciente viva más en el momento presente. Es importante entonces fomentar estados afectivos positivos. Para ello, pueden identificarse las actividades que el paciente valora en diversas áreas de su vida (pareja, hijos, familia extensa, amigos, trabajo, formación, ocio, espiritualidad, vida comunitaria, cuidado físico) y ayudarle a llevar a cabo estas actividades, de modo que se centre totalmente en ellas en vez de en sus preocupaciones. Esto es reforzante por sí mismo y contribuye aún más a la reducción del problema. Algunas guías útiles para trabajar en esta dirección pueden encontrarse en Wilson y Luciano (2002) y Roemer y Orsillo (2009).

12

# Cuestionamiento de las creencias de peligrosidad

Una vez que las creencias sobre la incontrolabilidad de las preocupaciones se han reducido a un nivel cercano a cero y se ha iniciado la exposición conductual a la incertidumbre, se pasa a cuestionar las creencias de que las preocupaciones son peligrosas, en caso de que el paciente las tenga. Si no las tuviera, se pasaría al siguiente módulo (cuestionamiento de la utilidad de la preocupación). En cualquier caso, el desafío de uno u otro tipo de creencias se hace paralelamente a la eliminación de las conductas defensivas y de evitación que contribuyen a mantener el trastorno.

Para cuestionar las creencias de que las preocupaciones son peligrosas, se utilizan inicialmente varias técnicas de reestructuración verbal y después experimentos conductuales dentro y fuera de la sesión. Se seguirán aquí básicamente las propuestas de Wells (2009).

## 12.1. Técnicas de reestructuración verbal

Pueden utilizarse técnicas como: a) acentuar la disonancia entre las creencias de que preocuparse es positivo y las creencias de que es peligroso, b) cuestionar las pruebas de que preocuparse es peligroso, c) buscar pruebas en contra de la peligrosidad de la preocupación, d) cuestionar el mecanismo por el que la preocupación produce consecuencias peligrosas, y e) proporcionar información del valor adaptativo de la respuesta de ansiedad.

### 12.1.1. Acentuar la disonancia

Esta es una técnica que puede utilizarse cuando, además de las creencias sobre la peligrosidad de la preocupación, se han puesto de manifiesto creencias sobre su utilidad. Se trata entonces de acentuar la discrepancia entre ambos tipos de creencias con el fin de debilitar uno de ellos. Para ello, pueden emplearse preguntas como las siguientes:

1. Usted piensa que preocuparse tiene ciertas ventajas (conviene mencionar alguna), aunque también cree que puede resultar peligroso (se pone algún ejemplo). ¿Cómo pueden ser ambas cosas a la vez?
2. ¿Cree usted que preocuparse es igualmente bueno y malo? ¿Predomina alguna de ambas cosas?
3. Dado que usted piensa que preocuparse puede resultar peligroso, me pregunto cómo puede resultarle útil para afrontar sus problemas aquello que teme.
4. Si preocuparse le resulta útil, ¿cómo puede ser peligroso?
5. ¿Ha considerado alguna vez que preocuparse puede no ser ni útil ni peligroso?

#### 12.1.2. Cuestionar las pruebas

Se trata de pedir al paciente que proporcione las pruebas o datos que tiene a favor de que preocuparse es peligroso y discutir con él si realmente dichos datos son favorables a lo que cree. Algunas preguntas que pueden resultar útiles incluyen las siguientes:

1. ¿Qué le lleva a pensar que preocuparse es peligroso?
2. ¿Realmente demuestra esto que preocuparse es peligroso o hay otra explicación? ¿Cuál puede ser esta explicación?
3. Dado los datos de que dispone, ¿en qué medida piensa que su creencia de que preocuparse es peligroso sería aceptada por un tribunal?

Las preguntas anteriores pueden ser concretadas haciendo referencia a las creencias específicas del paciente; por ejemplo, que se volverá loco o que contraerá determinada enfermedad). Puede verse un ejemplo en Wells (1997, p. 222).

Es frecuente que los pacientes digan que preocuparse es peligroso porque piensan que es lo mismo que el estrés y creen que este último es dañino. El terapeuta interviene aquí para explicar que preocuparse no es equivalente al estrés, sino una forma de responder ante el mismo; esto es, una estrategia para afrontar el estrés y los pensamientos negativos disparadores.

El siguiente paso es cuestionar que el estrés en sí mismo es directamente perjudicial, ya que sus efectos dependen, entre otras cosas, del tipo de eventos estresantes que se experimentan, de las características de cada persona, de sus recursos, de las interpretaciones que hace y de sus valoraciones de control. El estrés, junto con la ansiedad, forma parte de un mecanismo de supervivencia para afrontar las amenazas. Puede pedirse al paciente que piense en los hombres primitivos, en lo estresante que cree que era su entorno y en si tenían muchos motivos de preocupación. Una respuesta frecuente es que nuestros ancestros tenían tanto o más estrés y preocupación que nosotros, ante lo cual puede preguntarse que si estos fenómenos causaran importantes trastornos físicos y mentales, nuestra especie hubiera evolucionado y se hubiera perpetuado como lo ha hecho.

### 12.1.3. Buscar pruebas en contra

Un método complementario al anterior es buscar con el paciente pruebas en contra de que preocuparse es peligroso. Dos preguntas útiles son:

- 1.¿Cuánto tiempo lleva preocupándose? ¿Ha sufrido algún daño grave hasta el momento?
- 2.¿Cuántas de las personas que usted conoce cree que se preocupan?  
¿Cuántos de ellos se han puesto muy enfermos o se han trastornado mentalmente como resultado de preocuparse?

Es posible que ante las preguntas anteriores un paciente pueda responder, por ejemplo, que tiene una enfermedad que atribuye erróneamente al hecho de preocuparse. En estos casos, el terapeuta debe señalar que se trata de dos fenómenos que están correlacionados, pero que esto no indica que el preocuparse cause problemas de salud. La relación bien puede ser a la inversa, el paciente tiene problemas de salud debidos a otras causas que se convierten en fuente de preocupación.

Como se vio antes, al cuestionar las pruebas favorables a las creencias de que preocuparse es peligroso, hay pacientes que igualan preocupaciones y estrés con efectos de peligrosidad. Una intervención útil en estos casos para generar pruebas en contra es pedir al paciente que piense en personas que están sometidos a intenso estrés (p. ej., bomberos, pilotos de carreras, soldados entrenándose para el combate) y preguntarle si muestran trastornos físicos o psicológicos significativos. La respuesta es que la inmensa mayoría no, aunque sería de esperar lo contrario si el estrés fuese peligroso. De hecho, ciertas personas se muestran resistentes ante el estrés intenso, mientras que otras que se ven más o menos afectadas inicialmente, son capaces de sobreponerse con rapidez a las adversidades y situaciones extremas; es decir, muestran resiliencia.

#### 12.1.4. Cuestionar el mecanismo

Se trata aquí de desafiar la existencia o validez de cualquier mecanismo que vincule la preocupación con los supuestos peligros. Preguntas útiles son:

- 1.¿Cuál es el mecanismo por el que la preocupación da lugar a... (peligro anticipado por el paciente)?
- 2.¿A través de qué mecanismo la preocupación daña el cuerpo?
- 3.¿Cómo causa la preocupación daño en la mente?

Por lo general, los pacientes responden aludiendo a cambios corporales tales como el incremento en presión sanguínea o ritmo cardíaco. La labor del

terapeuta es plantear preguntas para que el paciente distinga entre a) una presión sanguínea o un ritmo cardíaco crónicamente elevados, que pueden suponer un riesgo para el corazón, y b) un incremento temporal en dichas respuestas, el cual está asociado a las preocupaciones, pero también a otras actividades saludables como el ejercicio y las relaciones sexuales. La conclusión final puede ser que no hay un mecanismo que explique la supuesta peligrosidad de preocuparse, lo cual puede debilitar las creencias correspondientes.

#### 12.1.5. Proporcionar información

Esta es una estrategia que puede combinarse con las anteriores. El terapeuta puede presentar información sobre distintos aspectos y complementar esto con preguntas tendentes a hacer reflexionar al paciente. Hay tres aspectos importantes sobre los que puede darse información y que se explican a continuación.

a) La ansiedad es una parte fundamental del mecanismo de supervivencia de la especie humana. Se trata de un conjunto de reacciones con carga emocional que se producen en el proceso de adaptación ante un peligro anticipado con el fin de impedir el daño. Ante una situación percibida como amenazante se producen una serie de cambios que preparan al organismo para la lucha o la huida con el fin de evitar el posible daño. En concreto, aparecen una serie de respuestas fisiológicas (activación del sistema nervioso autónomo y el sistema endocrino), motoras (aumento de la tensión muscular y de la respiración) y cognitivas (hipervigilancia). Así, el corazón late más rápido y bombea más sangre a los pulmones, brazos y piernas, con lo que se consigue más combustible y oxígeno para la lucha o huida. El cuadro 12.1 presenta los cambios fisiológicos producidos, los beneficios que reportan y las sensaciones asociadas por si es necesario dar más información al respecto. Una buena manera de acabar esta presentación es preguntar al paciente si piensa que la ansiedad hubiera servido como respuesta de supervivencia en caso de producir trastornos físicos o mentales.

b) La ansiedad puede mejorar el desempeño de las personas. Puede preguntarse al paciente si cree que la ansiedad puede tener algún efecto benéfico. En el caso de respuestas negativas, erróneas o incompletas, puede darse información sobre que un cierto grado de ansiedad o activación es útil a la hora de practicar un deporte, participar en una competición, dar una charla, realizar un examen o preparar una entrevista de selección, entre otras muchas actividades. Estar muy relajado no es muy útil a la hora de actuar en muchas situaciones, como tampoco lo es estar excesivamente ansioso.

Cuadro 12.1. Cambios fisiológicos explicativos de las sensaciones de ansiedad y beneficios de los mismos

<i>Cambios fisiológicos</i>	<i>Beneficios</i>	<i>Posible sensaciones</i>
Dilatación de la pupila.	Aumenta la discriminación visual para captar el peligro.	Sensibilidad a la luz, puntos luminosos, visión borrosa.
Aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea.	Se bombea más sangre a los pulmones, brazos y piernas, con lo que se consigue más combustible y oxígeno para la lucha o huida.	Taquicardia, palpitaciones.
Aumento de la frecuencia y profundidad de la respiración.	Aumenta el suministro de oxígeno a los músculos.	Hormigueo, mareo, debilidad, sensación de desmayo, sudoración, calor, escalofríos, visión borrosa, taquicardia, nudo en la garganta, temblor, sensación de irrealidad, opresión/dolor en el pecho, sensación de falta de aire, cansancio (si el aumento de oxígeno no es metabolizado).
Aumento de la tensión muscular.	Prepara para la acción (defenderse o huir más fácilmente).	Tensión e incluso dolor en los músculos, temblores, sacudidas, calambres, cansancio. Si tensión cervical: mareo, opresión o sensaciones extrañas en la cabeza.

Aumento de la sudoración.	Refrigera el cuerpo para compensar el exceso de calor muscular; hace más resbaladiza la piel, lo que dificulta ser capturado.	Sudor, calor, escalofríos.
Lentitud en la digestión y disminución de la salivación.	Se deriva mayor cantidad de sangre a los músculos.	Molestias estomacales, boca seca, náuseas, diarrea.
Redistribución del flujo sanguíneo: más sangre a los grandes músculos y menos a la piel y dedos.	Proporciona más energía a los músculos para la lucha o el escape. Menos pérdida de sangre en caso de heridas.	Hormigueo, pérdida de sensibilidad, palidez y frío, especialmente en manos y pies.
Redistribución del flujo sanguíneo cerebral: menos sangre al área prefrontal y más a las áreas motoras.	Facilita centrarse en la acción (luchar o escapar) más que en el análisis reflexivo, lo cual es útil en casos de peligro.	Atención selectiva hacia el peligro, dificultad para pensar con claridad, mareo, sensación de irrealidad.
Secreción de glúcidos y lípidos al torrente sanguíneo.	Aporta combustible para disponer rápidamente de energía.	Sin sensaciones perceptibles.
Liberación de factores de coagulación sanguínea.	Se coagulan más rápidamente las heridas, con lo que disminuyen las hemorragias.	Sin sensaciones perceptibles.
Liberación de analgésicos naturales	Menor sensibilidad al dolor, lo que permite seguir luchando o huyendo, incluso herido	Sin sensaciones perceptibles.

*Fuente:* tomado de Bados (2006). *Tratando... pánico y agorafobia* (pp. 80-82). Madrid: Pirámide. Con permiso de Ediciones Pirámide.

c) La ansiedad y los posibles ataques de pánico no provocan consecuencias peligrosas tales como volverse loco o ataques al corazón. Esto ha sido ya abordado mediante algunas de las técnicas de reestructuración verbal descritas antes, pero puede ser complementado con la presentación de información verbalmente o por escrito. Así, respecto a la creencia de que uno puede terminar volviéndose loco, podría decirse algo de lo siguiente:

Ciertas reacciones durante la ansiedad intensa o los ataques de pánico - tales como sensación de irrealidad, visión borrosa, ver lucecitas, confusión mental - pueden conducir a pensar que uno se va a volver loco. Sin embargo, estos son aspectos de la reacción de emergencia ante una situación externa o interna que se considera peligrosa. No tienen nada que ver con la locura. Cuando hablamos de esta, nos referimos normalmente a un trastorno muy grave llamado esquizofrenia. Esta se caracteriza por pensamientos y lenguaje incoherentes y sin sentido, creencias delirantes (p. ej., creencia de que los propios pensamientos son impuestos por seres de otros mundos) y alucinaciones (p. ej., oír voces que no existen).

La esquizofrenia suele aparecer en la adolescencia o al comienzo de la juventud (antes de los 25 años). No aparece de repente, sino que se va desarrollando gradualmente y, desde luego, no como consecuencia de una historia de ansiedad o ataques de pánico. Suele darse en familias donde hay otros miembros afectados, ya que es un trastorno hereditario. Además es muy poco frecuente, de modo que si no se tiene la vulnerabilidad genética correspondiente, uno no se convertirá en esquizofrénico, por mucho estrés que se padezca. Una cosa son los trastornos emocionales, tal como el de ansiedad generalizada, y otra muy distinta los trastornos psicóticos; estos no son nunca una consecuencia de los anteriores. Por último, las personas esquizofrénicas suelen presentar algunas características leves (pensamientos inusuales, lenguaje florido) durante la mayoría de sus vidas, de modo que si estos no están presentes es altamente improbable que uno vaya a convertirse en esquizofrénico. Además, si

se ha sido entrevistado por un psiquiatra o un psicólogo, uno sabría si es probable que vaya a desarrollar un trastorno psicótico (adaptado de Bados, 2000, p. 333).

En el Apéndice A.3 ([www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)) se presenta información sobre otras creencias erróneas acerca de las consecuencias peligrosas de la ansiedad intensa o los ataques de pánico.

## 12.2. Experimentos conductuales

Las técnicas anteriores pueden resultar útiles para debilitar las creencias sobre la peligrosidad de la preocupación, pero son insuficientes. Es necesario complementarlas seguidamente con experimentos conductuales que someten a prueba las predicciones específicas del paciente y consolidan el aprendizaje. A continuación, se comentan los más usuales.

### 12.2.1. Miniencuestas

Paciente y terapeuta pueden entrevistar a varias personas por separado para ver si lo que se cree es o no cierto. Wells (2009) relata el caso de un paciente que pensaba que su preocupación era una señal de que perdería su habilidad de pensar. El experimento consistió en que el paciente hiciese varias preguntas a varias personas, tanto a algunas que pensaba que se preocupaban poco como a otras que creía que se preocupaban mucho. El terapeuta también entrevistó a varias personas. Las preguntas fueron: a) se preocupa alguna vez?, b) ha tenido alguna vez dificultades para controlar su preocupación?, y c) ¿con qué frecuencia se preocupa?

La predicción del paciente fue que mucha gente no se preocuparía y que si lo hacía sería poco frecuente y no tendría problemas para controlar sus preocupaciones. Los resultados fueron que había personas que se preocupaban más que él y que en ocasiones sus preocupaciones eran difíciles de controlar, aunque no presentaban TAG. El paciente concluyó que se preocupaba demasiado por sus preocupaciones.

### 12.2.2. Experimentos de volverse loco o de dañar el cuerpo a través de la preocupación

Estos experimentos pretenden someter a prueba directamente si las consecuencias peligrosas anticipadas suceden o no al intensificar la preocupación.

Un primer ejemplo presentado por Wells (2009) es el de una paciente que temía volverse esquizofrénica, lo que implicaba tener alucinaciones visuales. Se le pidió que comenzase a preocuparse en la sesión por un tema reciente de inquietud y que intentase potenciar su preocupación al máximo para poder provocar las alucinaciones. Estas no se produjeron y el nivel de creencia se redujo del 65% al 30%. Este nivel de creencia restante se debía a que la paciente no había experimentado pensamientos acelerados ni tirantez en los brazos. En consecuencia, se repitió el experimento, pero esta vez haciendo ejercicio y tensando los brazos. Las alucinaciones no parecieron y el nivel de creencia se redujo al 20%. Como experimento final, se pidió a la paciente que intensificara su preocupación al máximo la próxima vez que se sintiera ansiosa.

En un segundo ejemplo, una persona pensaba que su preocupación podía producirle un ataque cardíaco. Tras comprobar que estaba físicamente sana, se le pidió que se preocupara mientras hacía footing alrededor de la clínica. En contra de su predicción, no se produjo ni un colapso físico ni un infarto.

Los experimentos pueden tener una duración prolongada y pueden tener que ser repetidos hasta que la creencia en las consecuencias peligrosas se reduce significativamente. Puede verse un ejemplo en Butler y Rouf (2004, experimento 6.2).

### 12.2.3. Evaluar los efectos de la preocupación en el cuerpo

Este tipo de experimentos pueden llevarse a cabo para evaluar las reacciones corporales asociadas con la preocupación. Así, a un paciente que temía que al preocuparse podía aumentar su ritmo cardíaco, se le tomó el pulso bajo tres

condiciones diferentes: a) ejercicio ligero, b) sentado en una silla pensando en cosas neutrales, y c) sentado en una silla preocupándose. El ritmo cardíaco aumentó claramente durante el ejercicio en comparación con tener pensamientos neutrales, pero el incremento fue pequeño en la condición de preocuparse. Se obtuvo así un dato contrario a que la preocupación tiene fuertes efectos corporales.

Wells (2009) refinó el experimento preguntando al paciente qué sucedería con su ritmo cardíaco si se preocupara mientras hacía ejercicio en comparación con si hacía ejercicio sin preocuparse. La predicción es que sería bastante más alto en la primera condición. Para someter esto a prueba, se pidió al paciente que subiera escalones, primero preocupándose y luego sin preocuparse. El ritmo cardíaco fue similar en las dos condiciones, lo que redujo la creencia del paciente sobre el efecto de la preocupación en el ritmo cardíaco.

Finalmente, hay un aspecto que no es señalado por Wells y que puede ser importante. Este aspecto hace referencia a que aunque preocuparse puede no ser peligroso en sí mismo (en el sentido de volverse loco, dejar de funcionar o tener un infarto), la preocupación excesiva y no controlada puede estar asociada con una diversidad de problemas: deterioro de la ejecución de tareas (especialmente de tareas cognitivas complejas), problemas de concentración, perturbaciones del sueño, fatigabilidad, irritabilidad, síndrome del colon irritable, síndrome de fatiga crónica, úlceras, diarrea, gases, dolores de cabeza, hipertensión esencial, trastorno cardiovascular, diabetes, insomnio y síndrome temporomandibular.

Si bien es difícil establecer relaciones causa-efecto, la existencia de algunas consecuencias negativas en un paciente puede ser utilizada como estrategia motivacional para que, en vez de implicarse en un proceso de preocupación tras un estímulo disparador, aprenda a utilizar otras estrategias más útiles, tales como conciencia plena, resolución de problemas y centrarse en el momento presente, en lo que está sucediendo o lo que está haciendo.

13

# Cuestionamiento de la utilidad de la preocupación

Este módulo se basa en las propuestas de Dugas y Robichaud (2007) y Wells (2009), aunque también pueden considerarse las ideas planteadas por Borkovec, Hazlett-Stevens y Diaz (1999), las cuales fueron expuestas en el capítulo 7 al hablar de la TCC de Borkovec.

Aunque las personas con TAG mantienen creencias negativas sobre el hecho de preocuparse, también tienden, en conflicto con las creencias anteriores, a sobrestimar las ventajas de preocuparse. Por ello, conviene cuestionar la utilidad de preocuparse para facilitar que los pacientes estén más dispuestos a reducir sus preocupaciones. En efecto, un paciente puede desear, en general, reducir sus preocupaciones y ansiedad mientras cree al mismo tiempo que es muy importante continuar preocupándose por sus hijos. Esto puede llevar a una ambivalencia sobre el cambio en áreas concretas (p. ej., los hijos) si no se abordan las creencias sobre la utilidad de las preocupaciones específicas. Los objetivos de este módulo son la identificación de las creencias sobre la utilidad de preocuparse y el cuestionamiento de las mismas.

## 13.1. Identificación de las creencias sobre la utilidad de preocuparse

Es posible que las creencias generales sobre la utilidad de preocuparse ya hayan sido identificadas en la fase de evaluación inicial (p. ej., "preocuparme me ayuda a mantenerme a salvo"), pero aquí se trata de identificar creencias más específicas (p. ej., "preocuparme por mi salud me permite detectar

pronto los síntomas y tratarme a tiempo"). Puede comenzarse explicando que el hecho de preocuparse depende de una serie de factores que se han trabajado hasta el momento y que ahora se va a considerar uno nuevo: las creencias sobre la utilidad de preocuparse.

Para evitar resistencias (el cliente puede ser reacio a reconocer que la conducta que quiere reducir tiene un lado positivo), es importante adoptar una actitud no crítica y normalizar la experiencia. Así, puede decirse que muchas personas con TAG quieren reducir la preocupación y la ansiedad, pero al mismo tiempo creen que preocuparse (p. ej., por su trabajo o por sus hijos) es útil. Luego, se pregunta al cliente qué piensa al respecto y si cree que algunas de sus preocupaciones pueden ser útiles.

A continuación, el terapeuta puede presentar brevemente los distintos tipos de creencias más frecuentes sobre la utilidad de preocuparse y pedir al paciente que piense en sus propias preocupaciones y vea si tiene alguna de dichas creencias. Se le puede dar al paciente el formulario que Dugas y Robichaud (2007) presentan en las páginas 171-172 para que escriba en casa ejemplos de las creencias positivas que sean pertinentes en su caso. En este formulario se presentan por separado los distintos tipos de creencias positivas (p. ej., "creencias sobre que preocuparse es algo que puede ayudarle a resolver problemas") junto con una explicación de las mismas: "esto incluye las creencias de que preocuparse ayuda a solucionar problemas, ser más consciente de los mismos, estar mejor preparado para afrontarlos, reaccionar mejor cuando ocurren y evitar problemas potenciales". La persona debe contestar si tiene o no dicho tipo de creencia y, en caso afirmativo, proporcionar uno o más ejemplos personales.

Otro método, quizá más eficaz, para identificar este tipo de creencias es preguntar al paciente qué pasaría si no se preocupara o si se preocupara menos sobre algo en particular. Así, un paciente puede creer que una determinada preocupación le sirve para evitar ciertas consecuencias negativas, disminuir su sentimiento de culpa, estar preparado por si ocurre lo que teme, evitar la frustración, distraerle de pensar en cosas peores, ayudarle a encontrar una solución o motivarle para llevar a cabo alguna acción.

Es primordial identificar las creencias sobre la utilidad de cada preocupación específica, no de preocuparse en general. Esta vinculación a creencias específicas es importante porque a dos preocupaciones sobre la misma temática pueden subyacer diferentes creencias sobre su utilidad. Así, un paciente creía que preocuparse por su propia salud era útil porque ello le ayudaría a descubrir los primeros síntomas de la enfermedad y tratarla a tiempo. Al mismo tiempo, también valoraba como muy útiles sus preocupaciones sobre que un miembro de su familia cayese enfermo, pero la razón era que de este modo se sentiría menos culpable cuando un familiar enfermase.

### 13.2. Cuestionamiento de las creencias sobre la utilidad de preocuparse

Una vez identificadas las creencias oportunas, se explica al paciente que sería bueno examinar si las preocupaciones que ha identificado son realmente útiles y si preocuparse menos tendría o no un efecto negativo. Es importante distinguir entre preocuparse ocasionalmente y preocuparse excesivamente, y remarcar que se está hablando sobre la utilidad de la preocupación excesiva y de las conductas de evitación y búsqueda de seguridad que la acompañan.

El siguiente paso es cuestionar las creencias específicas que sustentan cada preocupación. No se trata de desafiar una creencia general (p. ej., preocuparse es un rasgo positivo de personalidad), sino las creencias sobre una preocupación específica, tal como "preocuparme por la salud de mis hijos muestra que soy una buena madre". En el cuestionamiento pueden utilizarse diversos medios: representación de abogado-fiscal, método socrático y experimentos conductuales. Un vídeo en inglés que ejemplifica cómo cuestionar las creencias positivas sobre las preocupaciones puede verse en Robichaud (2013; vídeo 3 del material suplementario del artículo disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722912001071>).

#### 13.2.1. Representación de abogado-fiscal y método socrático

En la representación de abogado-fiscal, el paciente identifica una

preocupación específica (p. ej., "preocuparme por los informes que hago en mi trabajo me permite evitar los errores") y luego adopta el papel de abogado para convencer a los miembros de un jurado de que su preocupación es útil. Una vez que ha expuesto todos los argumentos a favor, pasa a representar el papel de fiscal para convencer al jurado de que su preocupación no es útil.

El terapeuta utiliza el método socrático para ayudar al cliente a reconsiderar la utilidad de su preocupación cuando hace de fiscal. Para ello, puede utilizar preguntas como las enumeradas en el cuadro 13.1 (entre paréntesis, estas preguntas podrían utilizarse independientemente, aunque no se siguiera la técnica de representación abogado-fiscal). Mediante el método socrático, pueden cuestionarse o reinterpretarse las pruebas favorables a la utilidad de las preocupaciones y puede pedirse al paciente que considere las desventajas de preocuparse: es una causa de malestar, consume mucho tiempo, hace muy difícil concentrarse, no es realista y no ayuda por tanto realmente a resolver problemas, etc.

#### Cuadro 13.1. Preguntas para desafiar las creencias de que las preocupaciones son útiles

- 
1. *Preocuparse ayuda a resolver problemas.* Ejemplo: Si me preocupo sobre los problemas que surgen en el trabajo, seré capaz de encontrar mejores soluciones para los mismos.
    - ¿Resuelve usted realmente sus problemas preocupándose o le da vueltas una y otra vez al problema en su cabeza?
    - ¿Preocuparse le lleva realmente a resolver sus problemas o se pone tan ansioso que retrasa la solución de sus problemas o los evita por completo?
    - ¿Está confundiendo un pensamiento (preocupación) con una acción (resolución de problemas)?
    - [¿Obtiene mejores resultados preocupándose en su trabajo en comparación con gente que se preocupa menos?]
    - [¿Ha hecho cosas sin preocuparse? ¿Cuál ha sido el resultado? ¿Es posible resolver problemas sin preocuparse?]
    - [¿Puede pensar en situaciones en que no se preocupó y las cosas salieron bien?]
-

---

2. Preocuparse como fuerza motivacional. Ejemplo: Si me preocupo por mi rendimiento en el trabajo, entonces estaré motivado para que las cosas me salgan bien.

- ¿Conoce a alguien que haga bien su trabajo y que no sea una persona que se preocupe?
- ¿Está confundiendo preocuparse con tener atención y cuidado? Es decir, ¿es posible querer hacer las cosas bien en el trabajo y no preocuparse por ello todo el tiempo?
- ¿Mejora su preocupación realmente su rendimiento? ¿Existen repercusiones negativas como consecuencia de su excesiva preocupación por el trabajo? (p. ej., dificultades para concentrarse, problemas de memoria, ansiedad intensa).

3. Preocuparse protege de las emociones negativas. Ejemplo: Si me preocupo sobre que mi hijo pueda desarrollar una enfermedad grave, estaré mejor preparado emocionalmente si sucede.

- ¿Le ha sucedido alguna vez algo malo sobre lo que se haya preocupado antes? ¿Cómo se sintió? ¿Se amortiguó el dolor o la tristeza que causó?
- ¿Preocuparse por cosas que pueden no suceder nunca aumenta sus emociones negativas en el momento presente?

4. Preocuparse puede por sí mismo prevenir los resultados negativos. Ejemplo: Cuando me preocupo por un examen próximo, lo hago bien; cuando no me preocupo, no lo hago bien.

- ¿Alguna vez le ha ido mal en un examen aunque se hubiera preocupado?
- [¿Alguna vez se ha preocupado menos por un examen y los resultados han sido buenos?]
- ¿Su creencia sobre la preocupación (esto es, preocupación = buen resultado, no preocupación = mal resultado) está basada en datos reales o es una suposición? Por ejemplo, ¿es posible que solo recuerde los exámenes que hizo bien cuando se preocupó y que olvidara los que no hizo bien cuando se preocupó?
- ¿Realmente no se preocupó cuando las cosas no fueron bien en algunos exámenes o justo está recordándolo de este modo para apoyar su creencia?
- ¿Puede poner a prueba su creencia? Por ejemplo, ¿puede registrar su preocupación antes de todos los exámenes y luego mirar el resultado de cada examen?

[Otro posible experimento sería dejar de preocuparse excesivamente por un examen y observar el resultado. Cuando las preocupaciones vienen a la cabeza, se las deja pasar como cuando las semillas de la hierba diente de león flotan alrededor de uno y no se intentan coger.]

---

---

5. Preocuparse es un rasgo positivo de personalidad. Ejemplo: El hecho de preocuparme por mis hijos prueba que soy una madre buena y cariñosa.

- ¿Hay algo más que usted hace que muestre que es una madre buena y cariñosa? ¿Es preocuparse por sus hijos la única forma de mostrar cariño y amor?
- ¿Conoce a otros padres que usted consideraría buenos y cariñosos, pero que no se preocupan excesivamente?
- ¿Ha sufrido consecuencias negativas por parte de amigos y familiares a causa de su preocupación excesiva? ¿Alguno ha considerado su preocupación excesiva como un rasgo *negativo* de personalidad? Por ejemplo, ¿le han dicho alguna vez sus hijos que usted les regaña o da la lata demasiado, o tiene amigos que no le toman en serio porque se preocupa demasiado?

6. El coste de preocuparse: Preguntas potenciales para todas las creencias positivas sobre la preocupación.

- ¿Su preocupación excesiva sobre este tema ha influido negativamente en las relaciones con su familia y amigos?
- ¿Su preocupación excesiva ha influido negativamente en su rendimiento laboral? ¿Completar las tareas le lleva más tiempo que a otra gente que se preocupa menos?
- ¿Su preocupación excesiva le ha llevado a altos niveles de estrés y fatiga?
- [¿Qué sucede con su concentración cuando se preocupa? ¿Cómo concuerda esto con que preocuparse es útil?]
- [¿Qué pasa con su estado de ánimo cuando se preocupa? Así pues, ¿en qué medida le resulta útil preocuparse?]
- ¿Cuánto tiempo y esfuerzo le supone preocuparse por este tema? ¿Obtiene mejores resultados preocupándose (p. ej., una mejor relación con sus hijos, un mejor trabajo o rendimiento escolar) en comparación con la gente que se preocupa menos?

---

*Fuente:* ampliado de Dugas, M. J. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder* (pp. 131-132). Permiso concedido a través de Clearance Center, Inc.

*Nota:* las expresiones entre corchetes no aparecen en el original.

### 13.2.2. Experimentos conductuales

Pueden considerarse dos tipos básicos: los experimentos de discrepancia y los

experimentos de modulación de la preocupación. Los experimentos de discrepancia van dirigidos a comprobar si el contenido de una preocupación (lo que se piensa que pasará) se ajusta a lo que realmente ocurre. Aunque esto implica un cuestionamiento del contenido de la preocupación, el fin principal es desafiar la validez de la creencia de que la preocupación es útil.

Para llevar a cabo el experimento, se acuerda una actividad que genera preocupación (p. ej., asistir a una cena con colegas) y el paciente escribe en la sesión aquello que cree que sucederá, esto es, el contenido de los pasos en el proceso de preocupación; por ejemplo, ponerse tan ansioso que los demás lo notarán, mantener una conversación sosa, ser dejado de lado. Posteriormente, el paciente lleva a cabo la actividad en su entorno, apunta lo que realmente sucedió y lo trae a la siguiente sesión. En esta sesión, se completan estos apuntes con el paciente, en caso necesario, y se le pide que juzgue el grado de acuerdo entre lo realmente sucedido y las predicciones previas. Hay que enfatizar la discrepancia que existe y terminar preguntando: "si la preocupación no se ajusta mucho a lo que realmente ocurre, ¿en qué medida resulta útil?".

La estrategia de la discrepancia puede ser utilizada también retrospectivamente, aunque entonces ya no se trata realmente de un experimento. El proceso es similar al descrito, pero centrado en una situación reciente en la que también se identifica lo que el paciente creía que iba a ocurrir y lo que realmente sucedió.

Los experimentos de modulación de la preocupación se basan en la idea de que si la preocupación es útil, los aumentos y disminuciones de la misma deben afectar a los resultados. Estos experimentos pueden introducirse pidiendo al paciente que recuerde las veces en que ha pospuesto su preocupación durante el tratamiento y preguntándole si se las apañó menos bien o las cosas fueron peor cuando se preocupó menos. A continuación, se plantea un experimento en el cual se aumentará y disminuirá la preocupación con el fin de observar los efectos que esto tiene en el manejo de las cosas de la vida diaria, en el rendimiento laboral, en las relaciones sociales, etc.

Así, para someter a prueba la creencia de que preocuparse mejora el rendimiento laboral, se puede pedir al paciente que se preocupe más en un día laboral, que no lo haga al día siguiente (empleando la atención plena objetiva y la posposición de la preocupación), que registre los resultados y que compruebe si hay alguna diferencia en su desempeño. Todo esto se discute en la siguiente sesión. Si la actuación no cambia o empeora cuando se intensifica la preocupación, esto contradice la creencia de que preocuparse es útil. Es importante que previamente terapeuta y paciente hayan acordado los indicadores observables de que preocuparse ha sido útil y no preocuparse, poco útil.

También se puede pedir al paciente que se preocupe sobre las consecuencias de ciertos eventos y que no se preocupe por las consecuencias de otros. Al registrar los resultados de todos los eventos, el paciente puede poner a prueba su hipótesis de que preocuparse es útil.

### 13.3. Acciones adicionales

A partir de este momento, se sigue trabajando para modificar las posibles creencias negativas y positivas sobre preocuparse que puedan quedar, y para terminar de eliminar las conductas residuales de evitación y de búsqueda de seguridad. Se trata de consolidar y fortalecer estrategias alternativas para controlar las respuestas a los pensamientos disparadores y al estrés, lo cual requiere práctica repetida. Algunas de estas estrategias son:

1. Ante un pensamiento disparador, dejarlo a su aire para ver qué sucede en vez de intentar manejarlo o controlarlo. El paciente puede decirse: "es solo un pensamiento".
2. Ante un pensamiento amenazante, considerar también resultados más positivos en vez de preocuparse sobre lo que puede suceder para no ser tomado por sorpresa.
3. Si aparecen emociones negativas, dejarlas que sigan su curso en vez de intentar comprenderlas.

4. En caso de estar preocupado por algo, no buscar seguridad por parte de otros ni tomar alcohol o tranquilizantes.
5. Hacer cosas que se habían evitado hasta el momento en vez de evitarlas por lo que pudiera suceder.
6. Hacer cosas nuevas para romper la rutina, sin pensarlo mucho ni anticipar problemas antes de llevarlas a cabo.

Asimismo, para ocupar el tiempo dedicado hasta aquí a las excesivas preocupaciones, puede ir pensándose a partir de este momento en modos de ocupar dicho tiempo: más actividades con la familia y amigos, recuperar una afición, buscar una formación adicional, etc.

Puede que lo explicado hasta aquí sea suficiente para algunos pacientes, mientras que otros pueden necesitar un trabajo adicional, en caso de que persistan preocupaciones excesivas. Si esto fuera así, se plantea al paciente que existen alternativas a la preocupación excesiva en función del tipo de que sea. Se le explica que es importante distinguir dos tipos de preocupaciones: a) las que atañen a problemas actuales (el problema ya existe) y b) las que tienen que ver con situaciones hipotéticas (el problema no existe todavía y en muchos casos no existirá) o inmodificables. Para el primer tipo de preocupación se empleará el entrenamiento en resolución de problemas, mientras que para el segundo se utilizará la exposición en la imaginación. Estas dos intervenciones serán consideradas separadamente en los dos capítulos siguientes.

Para que el paciente aprenda a identificar sus preocupaciones y a distinguir los dos tipos que existen, se le pide que en tres momentos prefijados del día, deje lo que esté haciendo y anote en un registro una descripción de sus preocupaciones, la duración de estas, el nivel de ansiedad (0-8) y el tipo de preocupación. A partir de aquí, se examinan las preocupaciones registradas, el tipo al que corresponden y el hecho de que las preocupaciones pueden implicar tanto un problema actual (p. ej., dolor crónico) como una situación hipotética (dolor como un signo de que se puede

tener cáncer).

El terapeuta debe asegurarse de que el paciente comprende la distinción entre ambos tipos de preocupación; además en el caso de preocupaciones difíciles de clasificar, puede sugerir que se consideren como preocupaciones sobre situaciones hipotéticas, ya que lo más frecuente es que los pacientes con TAG se preocupen por consecuencias que no ocurren. Una vez trabajado lo anterior, se alienta al paciente a tomar sus propias decisiones y a clasificar sus preocupaciones aunque no esté seguro de cuál pueda ser la categoría adecuada; el terapeuta no proporciona tranquilización al respecto. Esta es también una forma de aprender a tolerar la incertidumbre.

14

# Entrenamiento en resolución de problemas

Una vez reducidas suficientemente las creencias sobre la utilidad de preocuparse, puede utilizarse el entrenamiento en resolución de problemas para abordar las preocupaciones sobre problemas actuales. Ejemplos de posibles problemas son los siguientes: conflictos interpersonales, sobrecarga laboral, mala organización del tiempo, dificultades económicas y retraso escolar de un hijo. El entrenamiento tiene dos componentes básicos, actitud u orientación hacia los problemas y habilidades de solución de problemas, tal como explican D'Zurilla y Nezu (2007) y Dugas y Robichaud (2007).

La actitud general hacia los problemas de la vida incluye respuestas de reconocimiento de estos, creencias, valoraciones y expectativas sobre dichos problemas y sobre la propia capacidad para solucionarlos, y respuestas emocionales a los mismos. Estos componentes, junto con las tendencias conductuales de aproximación-evitación que les acompañan, tienen un efecto facilitador o inhibitorio sobre la resolución de problemas en situaciones específicas. Dentro de una orientación negativa hacia los problemas se incluye no saber reconocerlos, hacer atribuciones inadecuadas sobre los mismos, valorarlos como amenazas, sentirse frustrado y perturbado al encontrarse con problemas, no creer en la propia capacidad para resolverlos, no dedicar el tiempo y esfuerzo suficiente a los mismos y mantener un punto de vista pesimista sobre los resultados.

Por otra parte, la resolución de problemas propiamente dicha implica la búsqueda de una solución o soluciones que ayuden a solucionar o afrontar una situación problemática. Se consideran cuatro habilidades básicas: 1)

definición y formulación del problema, 2) generación de soluciones alternativas, 3) toma de decisión, y 4) aplicación de la solución y comprobación de su utilidad.

#### 14.1. Actitud hacia los problemas

Se explica al paciente que se va a introducir un nuevo componente en el tratamiento, el entrenamiento en resolución de problemas, y se presenta este como una alternativa a preocuparse sobre problemas actuales que tienen solución. A este respecto, se recuerda la poca utilidad de preocuparse y sus efectos adversos y se ofrece el entrenamiento en resolución de problemas como una estrategia alternativa más eficaz.

Luego, se explica al cliente que las personas con TAG tienen una actitud más negativa hacia los problemas que las personas que se preocupan menos y que esta actitud negativa tiende a manifestarse en a) ver los problemas como amenazas, b) dudar de la propia capacidad para resolverlos y c) creer que no se solucionarán aunque se intente.

Se pregunta al cliente si se ve reflejado en esto que se acaba de decir y, si es necesario, se buscan ejemplos específicos. A continuación, se le pregunta secuencialmente por las consecuencias emocionales (frustración, irritación, ansiedad, bajo estado de ánimo), conductuales (evitación, posposición, pedir a otros que resuelvan los problemas) y cognitivas (preocupaciones, nuevos problemas) que cree que tiene dicha actitud. Por ejemplo, "¿cómo cree que afecta esta actitud a sus pensamientos?, ¿piensa que le hará preocuparse más o menos?, ¿por qué cree que ocurre esto?".

Finalmente, puede explicarse al paciente que la actitud negativa hacia los problemas es una consecuencia de la intolerancia a la incertidumbre; al fin y al cabo, los problemas son situaciones que no tienen soluciones obvias y cuyos resultados son inciertos.

Existen diversas estrategias para mejorar la actitud hacia los problemas. Dugas y Robichaud (2007) se centran en las tres siguientes:

1.Reconocer los problemas antes de que sea demasiado tarde. No saber darse cuenta de un problema o pasarlo por alto permite reducir la ansiedad, pero este efecto es temporal y se consigue a costa de que el problema se agrave y se perpetúe. Para mejorar la habilidad de reconocer problemas cuando surgen, se recomienda:

a)Emplear las emociones negativas como señales de que puede haber un problema. Es importante recalcar que las emociones no son el problema, sino una consecuencia del mismo. Así, uno puede sentirse ansioso y estresado porque quiere hacer demasiadas cosas a la vez; esto último es el problema. El segundo aspecto que se ha de enfatizar es que las emociones negativas tienen su lado positivo, ya que cumplen la función de avisar de posibles problemas.

b)Elaborar una lista de los problemas que tienden a repetirse y tenerla visible. Esto no solo ayuda a reconocer los problemas, sino que además reduce los sentimientos de enfado y decepción, ya que el problema es esperado y motiva para solucionar el problema.

e)Otras posibles estrategias son emplear la conducta ineficaz como señal para reconocer los problemas, emplear una lista de enumeración de problemas (véanse, por ejemplo, las presentadas por D'Zurilla y Nezu [2007, pp. 114-116]) y preguntar a otros por posibles problemas que uno pueda tener.

2.Ver los problemas como una parte normal de la vida. Se habla con el cliente de que tener problemas es algo normal e inescapable en la vida. Se le puede preguntar si conoce a alguien que no tenga problemas; la respuesta suele ser "no". (Aunque puede haber algunas personas que parecen no tener problemas, esto se debe muy probablemente a que los resuelven de forma rápida y eficaz.) Si es necesario, el paciente puede hacer una encuesta a personas conocidas. Las ideas que intentan transmitirse son las siguientes:

a)Todo el mundo tiene problemas con mayor o menor frecuencia, no

importa lo inteligente, sociable o hábil que sea.

b) Pensar que es anormal tener problemas puede conducir a pensar que uno es incompetente y a pasar más tiempo molesto por tener problemas.

c) Puesto que los problemas son inevitables, al igual que la incertidumbre, es más útil abordarlos que intentar escapar de ellos.

3. Ver los problemas como retos y no solo como amenazas. Se trata de alentar al paciente a ver qué retos u oportunidades existen en resolver los problemas en vez de centrarse únicamente en los aspectos negativos. Se explica que en vez de ver el problema como algo completamente negativo (amenaza) o positivo (oportunidad), puede contemplarse en un continuo de amenaza-reto, el cual puede representarse mediante una línea; esto permite valorar los problemas de forma menos amenazante. Para ver esto de modo más claro, se utilizan ejemplos que permitan apreciar cómo una valoración inicial de amenaza puede transformarse en un punto de vista más dimensional en el que también se reconozca el reto u oportunidad existente para aprender algo nuevo, cambiar para mejor o sentirse mejor con uno mismo.

a) En un primer ejemplo referido a una entrevista de trabajo, una persona puede pensar que no se le dan bien este tipo de situaciones, que hará el ridículo y que pensarán que es un incompetente. Un enfoque alternativo sería: a) reconocer, por una parte, la amenaza: puede no hacerlo bien durante la entrevista y puede no conseguir el trabajo, y b) darse cuenta, por otra, de la oportunidad existente: aunque las entrevistas no son fáciles, aprender a valerse en ellas es una habilidad importante en la vida; por lo tanto, puede aprovechar la entrevista para obtener experiencia e ir aprendiendo.

b) En un segundo ejemplo referido a la enfermedad grave de un ser querido, una persona puede pensar que la situación es injusta, preguntarse por qué le ha tenido que tocar a su familia y creer que todos van a sufrir mucho y que él no podrá soportarlo. Una manera más

flexible de enfocar la situación sería reconocer, por un lado, que la enfermedad puede empeorar y que no se sabe lo que puede pasar; y, por otro, que aunque es difícil ver cómo una enfermedad grave puede ser una oportunidad, dicha enfermedad puede ser la ocasión para demostrar al otro que realmente se le quiere y para intentar ser fuerte y transmitir entereza y esperanza.

A partir de los ejemplos utilizados se busca ayudar al paciente a identificar las oportunidades o retos existentes en situaciones que solo se veían como amenazantes. También pueden emplearse ejemplos en los que solo aparezca la interpretación amenazante y que sea el cliente el que deba apreciar la oportunidad existente. Otro medio útil, como actividad entre sesiones, es pedir al paciente que revise su autorregistro de preocupaciones, que identifique problemas actuales no resueltos que le llevan a preocuparse y que piense y registre los retos u oportunidades presentes en al menos un problema.

Aparte de las tres estrategias anteriores, pueden emplearse, en caso necesario, otras como las siguientes (D'Zurilla y Nezu, 1999, 2007):

1. Aprender a hacer atribuciones causales correctas de los problemas. Si estas parecen inadecuadas (p. ej., culparse a uno mismo por los propios problemas, pensar que hay algo mal en uno mismo, verse como tonto, estúpido o incompetente), puede utilizarse la reestructuración cognitiva y experimentos conductuales, tales como preguntar a otros por las causas que ellos perciben.
2. Aumentar la percepción de control personal. Puede utilizarse la reestructuración cognitiva para modificar la percepción de los problemas como irresolubles y la creencia de que no se tiene capacidad para resolverlos. Además, pueden utilizarse experimentos conductuales tales como preguntar a otros por las propias capacidades y llevar a cabo pruebas graduadas para someter a prueba las propias creencias. Asimismo, cuando sea necesario, se enseñarán o potenciarán habilidades de resolución de problemas.

3. Dedicar tiempo y esfuerzo para resolver los problemas. Puede emplearse el apoyo social para reforzar esta dedicación.

Debido a que la orientación negativa hacia los problemas puede interferir con la puesta en marcha de cada habilidad de resolución de problemas, es fundamental que dicha actitud sea abordada en general, tal como se ha visto en este apartado, y también en el contexto de cada habilidad de solución de problemas, cuando sea necesario. Estas habilidades se exponen a continuación.

#### 14.2. Habilidades de solución de problemas

Los objetivos de esta fase son refinar las habilidades de resolución de problemas y alentar a los pacientes a tolerar la incertidumbre siguiendo adelante con el proceso de resolución de problemas a pesar de la incertidumbre inherente en cada uno de sus pasos: a) definición y formulación del problema y establecimiento de metas, b) generación de soluciones alternativas, c) toma de decisión y elaboración de un plan de acción, y d) aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. Estas habilidades se repasan brevemente con el empleo de un ejemplo ilustrativo y luego se trabajan en sesión aplicadas a los problemas del paciente. Finalmente, el cliente debe seguir solo los cuatro pasos en casa y escribir, al menos al principio, los resultados de cada paso en un autorregistro.

La resolución de problemas no se presenta como el aprendizaje de nuevas habilidades, las cuales ya suelen tenerse en mayor o menor grado, sino que el énfasis se pone en cómo utilizar dichas habilidades de un modo eficaz.

##### 14.2.1. Definición y formulación del problema y establecimiento de metas

Una vez identificado un problema, este debe ser definido de forma adecuada, ya que, en caso contrario, afectará negativamente a los pasos posteriores. Así, una persona que tiene un hijo que ha suspendido algunas asignaturas en la escuela podría definir el problema como "soy una mala madre que no sé

educar a mis hijos" cuando un modo más adecuado sería "mi hijo ha suspendido ya dos veces ciencias y matemáticas". Esta última forma de definir el problema permite formular más claramente los objetivos que se desea conseguir y las posibles soluciones.

Conviene tener en cuenta que esta fase del proceso de resolución de problemas, al igual que las restantes, puede requerir reajustes posteriores cuando ya se ha pasado a una nueva fase. Así, se puede estar en la toma de decisión y volver a la definición del problema en busca de más información. Algunas guías útiles a la hora de definir y formular problemas y establecer metas son las siguientes:

1. Considerar solo un problema a la vez. Puede ser necesario descomponer un problema en varios subproblemas y resolverlos uno a uno siguiendo un orden basado en la importancia de los mismos.
2. Recoger la información pertinente al problema. Esta puede incluir quién está implicado; qué sucede o qué no sucede que molesta; con qué frecuencia, duración e intensidad sucede; en qué circunstancias se produce; qué factores contribuyen a que siga sucediendo, cómo se responde; qué consecuencias se derivan; cómo reaccionan los otros y cómo se ha intentado solucionar previamente el problema.
3. Ser específico y concreto a la hora de recoger la información anterior y distinguir los hechos de las interpretaciones o suposiciones. Esto último implica la corrección de distorsiones cognitivas. Si la formulación de un problema está basada en información errónea, será casi imposible solucionarlo. Por ejemplo, una persona que piensa que su pareja está pasando menos tiempo con ella porque ya no le gusta tanto, cuando en realidad es que tiene obligaciones laborales ineludibles, está planteando un problema que no existe y para el que puede buscar soluciones inadecuadas (p. ej., exigir más tiempo) que pueden complicar aún más las cosas.
4. Decidir lo que se quiere conseguir, esto es, establecer metas claras,

concretas (p. ej., "que mi hijo estudie media hora de ciencias cada día" frente a que "mi hijo se convierta en un buen estudiante") y realistas. Un ejemplo de meta poco realista podría ser "que mi hijo no vuelva a suspender nunca más".

5. Establecer, cuando sea necesario, metas a corto ya más largo plazo. En este último caso conviene identificar también submetas como pasos en la consecución de la meta final.

6. Decidir, una vez establecido lo anterior, si se está dispuesto a invertir el tiempo y esfuerzo necesarios para resolver el problema. Para ello, pueden considerarse los beneficios y costes que tendrá resolver el problema en oposición a no resolverlo.

#### 14.2.2. Generación de soluciones alternativas

Una vez definido y formulado el problema, se trata de generar posibles soluciones al mismo. Para lograr una generación más eficaz y creativa de posibles soluciones, se aconseja no depender totalmente de viejos hábitos (es decir, pensar en aproximaciones diferentes a las utilizadas hasta el momento), no limitarse a las ideas convencionales (es decir, inventar ideas nuevas u originales) y utilizar el método de la lluvia de ideas. Este último implica los tres principios siguientes:

1. Cantidad. Hay que pensar en tantas soluciones como sea posible sin limitarse a soluciones convencionales o que hayan funcionado bien en el pasado. No hay que darse por vencido demasiado pronto. Si es necesario, hay que tomarse un descanso y volver a la tarea más tarde.

2. La crítica queda diferida. La evaluación crítica de las soluciones es importante para la toma de decisión, pero no para la generación de soluciones, ya que limita el número de estas. Por tanto, hay que dejar volar la imaginación e intentar conseguir un gran número de ideas originales sin pensar en si serán apropiadas o factibles. Cuanto más disparatada la idea, mejor. Una idea "ridícula" puede ser modificada

más tarde para producir una solución muy buena que de otra manera no habría sido descubierta.

3. Variedad. Se trata de lograr la mayor variedad posible de tipos de soluciones. Para ello, conviene escribir todas las soluciones y clasificarlas según el tipo de estrategia o aproximación que representan para resolver el problema. Por ejemplo, dejar a un niño sin televisión, tenerlo un tiempo sentado en el pasillo o quitarle uno de sus juguetes por pegar a su hermano son todas soluciones que implican castigo. Otros tipos de soluciones serían enseñarle modos alternativos de solucionar los conflictos con su hermano y premiarle por no pegar. Si una estrategia está representada por pocas soluciones específicas, debe intentarse generar más soluciones. Luego hay que intentar pensar en nuevas estrategias que no estén representadas por ninguna de las soluciones y generar nuevas soluciones para dichas estrategias.

Si a una persona no se le ocurren soluciones para un problema, existen algunas alternativas: a) Pedirle que piense cómo resolvería el problema otra persona (p. ej., un amigo); en el caso de los niños podría ser también un héroe o un modelo propio para seguir. b) El terapeuta podría proponer una o dos soluciones claramente inapropiadas con el fin de potenciar el principio de la crítica diferida y favorecer así el surgimiento de más soluciones. En cambio, si de entrada se ofrece alguna solución buena, es posible que la persona se aferre a la misma y no piense en más alternativas. c) Cuando, a pesar de todos los intentos, a una persona no se le ocurren soluciones para un problema, se le puede sugerir alguna posible solución correcta.

Una mujer cuya madre tenía problemas cardíacos y vivía sola en casa estaba constantemente preocupada por si le pasaba algo. Como resultado, la llamaba frecuentemente, pasaba las tardes con ella tras salir de trabajar y los fines de semana no salía de viaje para poder estar más cerca de su madre. Posibles soluciones que se le ocurrieron para que su madre estuviera atendida, pero sin tanta dedicación por su parte, fueron:

1. Repartir las visitas diarias con otros familiares.

2. Ir a verla en días alternos y llamarla por teléfono cuando no iba.
3. Contratar un servicio de teleasistencia.
4. Contratar a una persona que cuidara a su madre.
5. Hablar con la vecina para que pasara a verla un rato cada día.
6. Hacer que su madre acudiese a un centro de día.
7. Ingresarla en una residencia.

Conviene describir las soluciones en términos específicos (p. ej., premiar a un niño con tiempo de juego con sus padres por hacer los deberes) en vez de generales (p. ej., premiar al niño). De esta forma, se facilita la toma de decisión posterior y podrá disponerse de más posibles soluciones. Sin embargo, no merece la pena especificar las soluciones hasta el máximo detalle; esto es algo que habrá que hacer solo con la solución elegida.

Una vez que se tiene una lista de soluciones, puede aumentarse la cantidad y calidad de las mismas mediante los siguientes procedimientos:

1. Modificaciones. Examinar la lista de soluciones y considerar qué cambios y adiciones pueden hacerse para mejorar las soluciones existentes o generar nuevas soluciones. Así, la solución "recompensar al niño con tiempo extra de televisión" podría dar lugar a otras, tal como "premiarlo con tiempo de juego con sus padres".
2. Combinaciones. Examinar la lista de soluciones y considerar cómo se pueden combinar soluciones individuales para producir nuevas soluciones. Estas combinaciones pueden ser más aceptables y eficaces que las soluciones individuales.

#### 14.2.3. Toma de decisión y elaboración de un plan de acción

Una vez generado un número suficiente de posibles soluciones, se trata de ver

cuál o cuáles de ellas son las más adecuadas para lograr la meta propuesta, al tiempo que se maximizan los beneficios significativos y se reducen los costes. Los pasos que se han de seguir son los siguientes:

1. Criba preliminar. Tras examinar la lista de soluciones, se eliminan: a) aquellas cuya realización conlleva obviamente consecuencias negativas inaceptables y b) aquellas que no sean factibles, ya sea por falta de habilidad, falta de recursos u otros obstáculos.
2. Anticipación de los resultados de las soluciones. Se trata de identificar las principales consecuencias significativas que es probable que tenga cada solución, ya que esto facilitará su evaluación posterior. Hay que considerar las consecuencias positivas y negativas, tanto personales como interpersonales y a corto y largo plazo.
3. Evaluación de las soluciones. Se trata de juzgar y comparar las distintas soluciones alternativas. Para ello, la persona puede plantearse las siguientes preguntas:
  - a) ¿En qué medida resolverá esta solución el problema?
  - b) ¿Puedo llevarla a cabo realmente? ¿Cuánto tiempo y esfuerzo requerirá?
  - c) ¿Cuáles son los efectos sobre mí mismo, tanto a corto como a largo plazo?
  - d) ¿Cuáles son los efectos sobre los demás, tanto a corto como a largo plazo?

A continuación, la persona: a) valora para cada una de las soluciones cada uno de los cuatro criterios anteriores según una escala numérica (p. ej., de 0 a 10) y calcula la suma total; o bien b) valora directamente cada solución según una escala numérica o nominal (p. ej., de muy mala a muy buena). Puede verse un ejemplo en Ladouceur, Bélanger y Léger (2003/2009, pp. 117-118).

No siempre es fácil anticipar y evaluar las consecuencias de las posibles soluciones. Un método que puede ser útil en este caso es imaginar paso a paso la puesta en práctica de las diversas soluciones.

4. Elección de la mejor solución o combinación de soluciones de entre las consideradas, teniendo en cuenta que mejor no significa perfecta. Si no hay solución satisfactoria, puede ser necesario buscar más información, solicitar ayuda o reformular el problema de modo que pueda ser solucionable; por ejemplo, estableciendo metas que enfatizan la aceptación o el manejo de las emociones.

Una vez tomada la decisión, el paso final es elaborar un plan de acción, esto es, establecer concretamente cómo se llevará a cabo la solución. Esto incluye qué se hará, cómo, cuándo, con quién, con qué frecuencia, etc. Es necesario también anticipar los posibles obstáculos ambientales y personales que se pueden encontrar en la aplicación del plan y pensar en formas de resolverlos o minimizarlos.

Un problema frecuente es la posposición de decisiones, la cual puede ser favorecida por distintos factores: fijarse normas demasiado elevadas, miedo a no tomar la decisión adecuada (miedo a cometer un error), búsqueda de mayor seguridad a la hora de decidir. Varias guías útiles son:

1. Reestructurar las creencias que subyacen a la posposición.

- a) En el caso de normas excesivamente altas, se pueden analizar sus ventajas y desventajas, preguntar al cliente si está siendo realista acerca de lo que puede hacer, consultar a familiares y amigos lo que opinan sobre las normas perfeccionistas y cuestionar las creencias perfeccionistas como "si no tomo la decisión adecuada, soy un fracaso". El Apéndice A.4 ([www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)) proporciona información sobre el tratamiento del perfeccionismo disfuncional.

- b) Con el miedo a cometer errores, la persona puede pensar qué es lo que puede suceder realmente si se equivoca y cuán malas serían

realmente las consecuencias. Debe ayudársele a ver que la mayoría de los errores tienen consecuencias negativas mínimas y que, además, sirven para aprender. Asimismo, muchas cosas bien hechas tienen errores, lo importante es el resultado global.

c) Finalmente, en el caso de la búsqueda excesiva de seguridad, puede hacerse reflexionar a la persona sobre hasta qué punto es posible alcanzar esta seguridad y cuáles son las consecuencias (negativas) de intentar estar del todo seguro. ¿Compensa esta búsqueda de seguridad?

2. Ponerse un tiempo máximo para decidir. Llegado el momento, hay que tomar obligatoriamente una decisión o, en caso necesario, echar a suertes cuál de las soluciones alternativas entre las que se duda va a resultar seleccionada.

3. Una vez tomada la decisión, no volver de nuevo al proceso de toma de decisión, sino poner en práctica la solución elegida y comprobar los resultados (prueba de hipótesis).

Otra cuestión importante es que si hasta que llegue el momento de aplicar la solución surge alguna preocupación relativa al problema, entonces el cliente debe dejarla pasar, recordarse que ya ha decidido qué hacer y dedicarse a lo que debería estar haciendo en ese momento o a algún tipo de actividad atrayente o que ocupe la atención: alguna afición, música, ejercicio, conversación, imaginación positiva, etc.

#### 14.2.4. Aplicación de la solución y comprobación de su utilidad

Una vez que se tiene elaborado el plan de acción, es hora de poner en práctica la solución y comprobar en qué medida funciona. Los pasos son los siguientes:

1. Aplicación de la solución para ver hasta qué punto funciona. Habrá que estar atentos a la posible aparición de obstáculos inesperados que

pueden impedir la realización de la solución. Si no fuera posible superarlos, habría que buscar otra solución.

2.Observación. Conviene observar y registrar los resultados que se van obteniendo. Esto implica decidir en qué se va a fijar el paciente para comprobar si la solución funciona.

3.Autoevaluación. Tras un tiempo suficiente de aplicar la solución, se evalúan los resultados para ver si funciona. Si es así, el paciente puede felicitarse a sí mismo o recompensarse. En caso contrario, hay que preguntarse si son exactos los datos en que se basa la evaluación de fracaso, si se llevó a cabo la solución del modo previsto y si hay señales de progreso que quizá no se hayan descubierto.

Si se descartan estas otras posibles interpretaciones, hay que volver al proceso de resolución de problemas y determinar qué correcciones deben hacerse: consideración de aspectos pasados por alto en la formulación del problema, modificación de las metas, búsqueda o prueba de nuevas soluciones, etc.

Una dificultad frecuente es la posposición de la puesta en marcha de la decisión tomada. Burras (1993/2000) ofrece varias técnicas útiles para abordar el aplazamiento de la aplicación de la solución, de las cuales pueden destacarse la segunda y la quinta:

1.Analizar los motivos que se tienen para la posposición.

2.Analizar los pros y contras del aplazamiento y del comenzar hoy.

3.Emplear la técnica de abogado del diablo: el terapeuta expresa cada uno de los pensamientos negativos del paciente y este los rebate; esto suele requerir una reestructuración cognitiva previa.

4.Sustituir los pensamientos que interfieren en la tarea por pensamientos orientados a la tarea.

5. Adoptar un plan de acción que incluya comenzar a actuar aunque no haya una gran motivación, decidir cuándo se empezará, descomponer en pequeños pasos la actividad postergada y reforzarse por los progresos.

Finalmente, muchos pacientes con TAG pueden sentirse abrumados por obligaciones y plazos límite y tener problemas para organizar su tiempo y fijar metas. En el Apéndice A.5 ([www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)) se explican una serie de estrategias que pueden ser útiles al respecto.

15

# Exposición en la imaginación a los peores miedos

Para las preocupaciones sobre situaciones hipotéticas - aquellas en las que el problema no existe todavía y en muchos casos no existirá-, no es posible emplear la resolución de problemas. En cambio, la exposición en la imaginación a los peores miedos que subyacen a las preocupaciones es una técnica útil, ya que ataca la evitación de las imágenes amenazantes y de la activación emocional desagradable que contribuye a mantener las preocupaciones. Este módulo puede ser muy difícil para los pacientes porque implica centrarse en los pensamientos e imágenes que han intentado evitar durante largo tiempo. Por lo tanto, es fundamental proporcionar una buena justificación de lo que se va a hacer. Se seguirá, en general, las pautas propuestas por Dugas y Robichaud (2007).

## 15.1. Justificación de la técnica

El primer paso es mostrar al cliente que intentar evitar los pensamientos puede ser contraproducente. Para ello, puede utilizarse el experimento del oso blanco o recordar los resultados del experimento de los conejos azules del módulo de cuestionamiento de las creencias de incontrollabilidad. En el primer caso, se pide al paciente que cierre los ojos durante 60 segundos y que imagine o piense en cualquier cosa que quiera, excepto un oso blanco o la palabra oso blanco. Se le dice también que levante la mano cada vez que, si es el caso, el pensamiento de un oso blanco pasa por su mente y se lleva la cuenta. Tras los 60 segundos, se pregunta por el número de veces que se ha pensado en el oso blanco durante ese periodo y, en comparación, mientras se

venía a consulta y en el día de ayer; supuestamente, se ha pensado más veces durante el periodo de imaginación. A partir de aquí puede explicarse que intentar no pensar en algo no funciona, sino que pueden producirse dos efectos paradójicos: a) efecto de aumento: intentar suprimir un pensamiento puede hacer que sea más frecuente mientras se intenta evitarlo; y b) efecto de rebote: tras intentar suprimir un pensamiento, puede aparecer posteriormente de forma inesperada en la cabeza. Así pues, intentar bloquear las preocupaciones puede, de hecho, facilitar su persistencia.

A partir de aquí se emplea un ejemplo de fobia a los perros y se discuten, mediante las oportunas preguntas al paciente, los conceptos de evitación, conductas de búsqueda de seguridad o defensivas y exposición. Se destaca que la evitación de los perros reduce la ansiedad temporalmente, pero mantiene el miedo a los mismos, con lo que se volverá a reaccionar con ansiedad la próxima vez que se anticipe la presencia de un perro o aparezca este. Es útil dibujar una curva en la que se vea la respuesta de ansiedad inicial al anticipar el encuentro con un perro, la reducción rápida de esta ansiedad al evitar y su resurgimiento en la próxima situación con dicho animal. Las conductas de búsqueda de seguridad en presencia de un perro (p. ej., protegerse detrás de alguien, mirar hacia otro lado y pensar en otra cosa) reducen asimismo la ansiedad, aunque en un menor grado, ya que el perro sigue estando presente. Además, al igual que cuando se evita, la reducción de la ansiedad es solo temporal, se fortalece la creencia de que podría haber pasado algo malo si no se hubieran empleado las conductas defensivas o la evitación y se mantiene el miedo a los perros.

A partir de aquí, se pregunta al paciente cuál cree que puede ser la solución. Esta consiste en exponerse a lo que se teme de un modo prolongado y sin realizar conductas defensivas, lo que hará que la ansiedad se vaya reduciendo durante la exposición. Ahora bien, será necesario repetir esto varias veces para comprobar que la ansiedad va subiendo cada vez menos y tarda menos tiempo en reducirse hasta un nivel basal o manejable. Como apoyo a esta explicación, se muestra la figura 15.1.

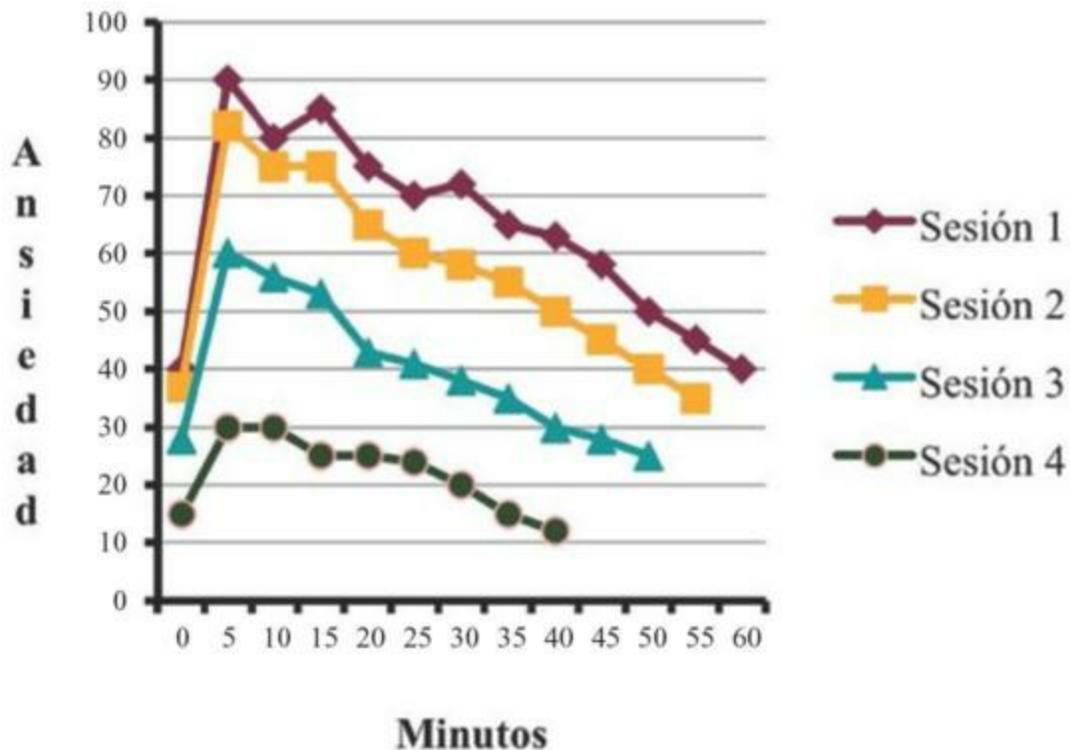


Figura 15.1. Reducción de la ansiedad dentro de cada sesión de exposición y a través de distintas sesiones.

El siguiente paso es aplicar lo que se ha discutido al tema de las preocupaciones. La evitación en este caso es de tipo cognitivo (p. ej., evitar pensar que el cónyuge puede caer gravemente enfermo), las conductas defensivas adoptan otras formas (pensar que algo no sucederá o que no será tan malo) y la exposición es en la imaginación en vez de en vivo. Esta exposición implica imaginar los peores miedos, sin emplear conductas defensivas, de modo prolongado y en distintas ocasiones, hasta que la ansiedad se reduzca. Esto da lugar a la disminución de las preocupaciones y de la ansiedad asociada. Además, la exposición permite comprobar que la ocurrencia de las consecuencias temidas no depende ni de preocuparse ni de emplear conductas defensivas.

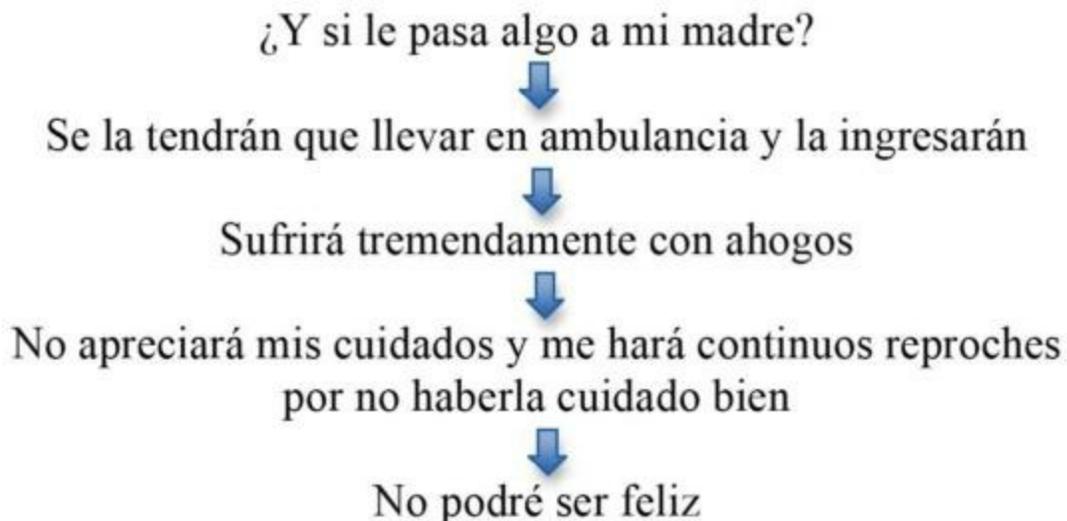
## 15.2. Identificación de los miedos nucleares

La exposición en la imaginación requiere identificar los miedos nucleares que

subyacen a las preocupaciones sobre distintas situaciones. Una forma de lograr esto es emplear la técnica de la flecha descendente:

1. En primer lugar, se identifica la preocupación. Por ejemplo, "¿y si mi hijo no está dispuesto a cerrar la tienda más tarde ahora que yo estoy enferma?".
2. A continuación se pregunta lo siguiente: "si esto fuera cierto, ¿qué pasaría?" o "¿qué significaría para usted?" o "¿qué sería lo más angustiante?".
3. Una vez que el paciente responde, (p. ej., "perderemos clientela y venderemos menos"), vuelve a repetirse la pregunta para identificar el miedo que está por debajo.
4. Tras la nueva respuesta (p. ej., "tendremos que cerrar el negocio"), el terapeuta repite la pregunta hasta que el cliente es incapaz de dar una nueva respuesta o no cree en la que da. De este modo, se supone que se ha identificado el miedo nuclear (p. ej., "mi hijo se quedará en la ruina").

A continuación se presenta un ejemplo del uso de la flecha descendente con la paciente cuyo caso se presenta en el capítulo 17:



Al emplear la técnica de la flecha descendente, hay que intentar identificar el miedo nuclear subyacente a la preocupación, pero sin ir tan lejos como para que se genere un resultado que el paciente no crea que sucederá. Un posible ejemplo sería decir que "mi hijo terminará tirado en la calle y se volverá loco" como consecuencia de quedarse en la ruina, cuando de hecho no se piensa que las cosas puedan llegar tan lejos. En este caso, habría que descartar la respuesta no creíble como tema de la exposición y emplear, en su lugar, un miedo previo.

Un mismo miedo nuclear puede subyacer a distintas preocupaciones sobre muchas situaciones hipotéticas, por lo que el número de miedos nucleares e imágenes que habrá que elaborar es limitado. De hecho, según Dugas y Robichaud (2007) la mayoría de los clientes requieren solo el abordaje de uno o dos miedos nucleares. En caso de haber varios, estos pueden ser jerarquizados a la hora de abordarlos.

### 15.3. Preparación de la escena

Una vez identificado un miedo nuclear, hay que redactar un borrador de la escena que se imaginará, terminar de elaborar esta y grabarla para poder realizar la exposición.

En primer lugar, se pide al paciente que escriba en casa un borrador de la primera imagen que se va a utilizar, aunque puede comenzarse a hacer esto en la sesión para asegurarse de que ha entendido cómo proceder. Hay que proporcionar verbalmente y por escrito guías sobre el contenido y la forma de la imagen.

1.Contenido. La imagen debe incluir la situación temida, las reacciones cognitivas, emocionales y físicas a la situación y el significado que da el cliente a la situación y a sus reacciones, esto es, las consecuencias temidas. La imagen debe producir mucha ansiedad, pero ha de ser creíble.

2.Forma. La imagen debe ser descrita en primera persona, en tiempo

presente, con gran detalle (incluyendo información proveniente de los distintos sentidos) y sin incluir elementos que impliquen conductas de búsqueda de seguridad; así, palabras como "quizá" o "no tan malo" pueden ser contraproducentes. La descripción de la imagen puede ocupar desde un tercio de página hasta una página entera.

A continuación se presenta un borrador elaborado por la paciente cuyo caso se presentará en el capítulo 17. Esta escena no corresponde al peor miedo identificado mediante la flecha descendente en el punto anterior, ya que, debido a la intensa ansiedad de la paciente, hubo que proceder de modo más gradual.

Me encuentro en el hospital, acabo de traer a mi madre y está muy mal. Veo a los médicos y enfermeras ir de un lado a otro atendiendo a otros pacientes y la mayoría son muy mayores. A mi madre se la han llevado a una habitación pequeña donde hay una cama y una silla. Veo a mi madre tumbada en la cama, con la cara tapada hasta el cuello, con los brazos por fuera de la manta. Miro sus manos arrugadas y delgadas. Tiene la cara blanca y los pómulos muy marcados, tiene los ojos hundidos y cerrados, pero parece que los quiere abrir y no puede. La miro y la veo muy mayor, más que nunca; siento mucha pena. Me fijo en su pecho y se le mueve muy deprisa, le cuesta respirar. Veo un aparato que parece conectado a su corazón y emite unos pitidos. Yo estoy muy nerviosa, con mucha presión en el pecho. Estoy preocupada, me siento impotente, tengo mucho miedo y mucha tristeza. Solo tengo ganas de llorar y me gustaría que esto no estuviera ocurriendo, no quiero que esto pase.

Otro ejemplo de escena puede consultarse en Dugas y Ladouceur (2007, pp. 158-159). El borrador elaborado por el paciente es revisado junto con este para mejorarlo de acuerdo con las pautas antes mencionadas. Es fundamental que la descripción no incluya conductas defensivas (como las que aparecen en la última frase del borrador anterior) y que contenga las consecuencias específicas temidas por el cliente, aunque sin exagerarlas. Por otra parte, según Dugas y Robichaud (2007), el terapeuta debe buscar un equilibrio entre

el abordaje de los resultados temidos y la inclusión de elementos de incertidumbre en la escena. La exposición en la imaginación no debería ir "demasiado lejos", ya que un claro resultado negativo puede ser menos amenazante que un resultado incierto: lo peor ya ha ocurrido, con lo que puede quedar poco lugar para el miedo. En este sentido, la exposición en la imaginación de Dugas y Robichaud se aparta de cómo se aplica la exposición prolongada en la imaginación en la TCC de Barlow para el TAG o en la TCC para otros trastornos (fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo), ya que en estas se imagina el peor miedo.

Según lo que se acaba de explicar, una escena (p. ej., del accidente de un hijo) acabaría con un elemento de incertidumbre ("su condición es crítica") en vez de un claro resultado negativo ("su hijo ha muerto"). Puede verse un ejemplo en Dugas y Ladouceur (2007, p. 159). De este modo se pretende que quede espacio para el miedo. Esta forma de proceder es congruente con el tratamiento dirigido a la intolerancia a la incertidumbre, pero no se sabe si es o no más eficaz que imaginar el peor miedo.

A continuación se presenta la escena descrita anteriormente, tal como quedó tras ser revisada por el terapeuta. En este caso se decidió finalmente que la narración fuese hecha por este último, en vez de en primera persona, ya que esto favoreció la implicación emocional del paciente en la imaginación posterior.

Te encuentras en el hospital. Acabas de traer a tu madre a urgencias y una enfermera se la ha llevado en la camilla. Tu madre se encuentra muy mal, está muy enferma. Desde donde te encuentras puedes ver a los médicos y a las enfermeras pasar con rapidez de un lugar a otro, atendiendo a otros pacientes, con rostros serios. Puedes oír de fondo un murmullo de voces y los pitidos de los aparatos de urgencias. De repente percibes ese olor tan característico de las salas de hospital, ese olor no te gusta, te desagrada. Algunas puertas de los boxes se encuentran abiertas y puedes ver claramente a pacientes muy mayores en sus camas o en sus sillas de ruedas. Piensas en tu madre, piensas "¿qué le estará pasando?", "está muy mal, muy enferma",

"está sufriendo", "se va a morir". Sientes como tu corazón late cada vez más deprisa. Sientes presión en el pecho, sientes que te falta el aire, que no puedes respirar muy bien. No sabes dónde se encuentra tu madre, no sabes cómo se encuentra, solo sabes que está muy mal. La enfermera que se llevó a tu madre se acerca a ti y te dice que tu madre se encuentra en el box del fondo a la izquierda. Caminas rápidamente hacia el box, notas tu respiración agitada, te encuentras cada vez más nerviosa. Nadie te dice qué le ocurre a tu madre. Piensas una y otra vez que se va a morir, que no se va a recuperar. Llegas al box, es una habitación pequeña, cuadrada, de color blanco. Tu madre está tumbada en una cama boca arriba y está tapada hasta el cuello por una manta blanca, con los brazos por fuera de esta. Observas detenidamente los brazos de tu madre, están delgados; miras sus manos que están arrugadas y muy delgadas, la piel de las mismas es blanca y pálida. Tiene la cara muy blanca y los pómulos muy marcados. Tiene los ojos hundidos y cerrados, apagados; parece que los quiere abrir pero no puede hacerlo. La miras detenidamente y te das cuenta de que está muy mayor, más que nunca y sientes mucha pena por ella. Observas su pecho y ves cómo se le mueve muy deprisa, le cuesta mucho respirar. Al lado de la cama ves un aparato que parece que está conectado a su corazón y emite una serie de pitidos continuados. La expresión en la cara de tu madre refleja mucho sufrimiento y cansancio. Te encuentras muy nerviosa, agitada, sientes mucha presión en el pecho. Estás muy preocupada por tu madre, te sientes impotente, tienes miedo y sientes mucha tristeza. Sientes muchas ganas de llorar, piensas "me gustaría que esto no estuviera ocurriendo, no quiero que esto pase"; sin embargo, te das cuenta de que no puedes hacer nada para que no ocurra. Tu madre está delante de ti, tapada con la manta blanca hasta el cuello, pálida, delgada, muy mayor, con enormes dificultades para respirar y lo único que puedes oír es su respiración agitada y el constante pitido del aparato que controla su pulso. Mantén la imagen de tu madre en la cabeza.

Finalmente, el paciente, o el terapeuta en el ejemplo anterior, graba la imagen en audio mientras lee el texto lentamente, con las pausas pertinentes y con emoción. De no ser así, la grabación debe repetirse hasta conseguir la velocidad y emoción adecuadas. Aunque el empleo de una grabación no es necesario, especialmente conforme el paciente va dominando la exposición, se piensa que las sesiones son más fáciles con la ayuda de dichas grabaciones que pidiendo simplemente al cliente que imagine la escena o la lea para sí mismo o la relate en voz alta antes de imaginarla.

#### 15.4. Realización de la exposición en la imaginación

Llegado el momento, se informa al paciente de que va a empezar la exposición y que el objetivo de la primera sesión no es realizar una exposición exitosa, sino comenzar a aprender la habilidad de exposición. También se le avisa de que le resultará difícil permanecer centrado en el tema de exposición, pero que lo que debe hacer cuando su mente divague es volver a la imagen. Finalmente se le informa de las características de la exposición: duración aproximada, continuar hasta que la ansiedad retorne más o menos al nivel de línea base o hasta que llegue al 50% del nivel máximo experimentado, mantener la imagen sin bloquearla ni distorsionarla, no emplear conductas tranquilizadoras e informar del nivel de ansiedad/malestar cada 5 minutos.

La exposición suele durar entre 30 y 60 minutos y, al menos inicialmente, se hace en la consulta. El paciente informa de su nivel de ansiedad asociado con la preocupación y pasa a escuchar la grabación de modo continuo a través de auriculares, al tiempo que intenta mantener la imagen y no emplear estrategias para reducir la ansiedad. Cada cinco minutos de exposición, el terapeuta pide al cliente que informe de su nivel de ansiedad de 0 a 100 (o de 0 a 10) y, cada quince minutos, por el nivel de viveza de la imagen. La sesión continúa hasta que la ansiedad vuelve más o menos al nivel de línea base o hasta que alcanza el 50% de la ansiedad máxima experimentada; conviene no basarse solo en el autoinforme del cliente, sino tener también en cuenta sus respuestas no verbales: respiración, temblor, expresión facial.

Si la ansiedad aumenta en los primeros minutos, no necesariamente de un modo lineal, se sigue con la exposición hasta que la ansiedad se reduzca. Si la ansiedad no aumenta en los primeros minutos, se detiene la exposición para analizar y corregir los posibles motivos; por ejemplo, mala descripción de la imagen, problemas de imaginación o actividades deliberadas para evitar, eliminar o atenuar la imagen. Es importante estar atento para detectar la presencia de distracción u otras acciones defensivas. Si ocurren, hay que volver a enfatizar que, aunque pueden reducir temporalmente la ansiedad, contribuyen a que se mantenga en las próximas ocasiones.

Al final de la sesión, se indaga si el paciente ha sido capaz de imaginar vívidamente la imagen, si ha empleado conductas defensivas para neutralizarla o reducir la ansiedad - y, de ser así, cuáles han sido y si se ha vuelto a exponer a la imagen - y se le pide que describa sus reacciones a la experiencia. Además, el terapeuta elabora un gráfico para mostrar al paciente la evolución de su ansiedad durante la exposición.

Cuando la exposición a una imagen funciona en la consulta, se manda como tarea para casa una vez al día y con las mismas características que cuando se realizaba en la consulta. Para cada exposición entre sesiones, el cliente apunta en un autorregistro su nivel de malestar justo antes de la exposición e inmediatamente después el nivel máximo experimentado durante la exposición, el nivel de viveza de la imagen y el posible empleo de conductas de búsqueda de seguridad. Esto permite controlar el progreso.

Una vez que el paciente es capaz de imaginar la escena sin ansiedad significativa, se pasa a abordar el siguiente miedo nuclear y se sigue este proceso hasta trabajar los miedos que se hayan identificado.

#### 15.5. Alternativa a la exposición en la imaginación descrita

Otros autores han abordado las preocupaciones sobre situaciones hipotéticas (p. ej., "mi hijo puede tener un accidente de coche y quedar parálítico") mediante reestructuración cognitiva y aplicación de la misma durante la exposición a la preocupación (TCC de Borkovec) o tras la exposición en la

imaginación a los miedos que subyacen a la preocupación (TCC de Barlow).

Dugas y Ladouceur (1997) afirman que no deben emplearse durante la exposición a las preocupaciones sobre situaciones inmodificables o muy improbables estrategias como la reestructuración, ya que esto podría reducir los efectos de la exposición al neutralizar la imagen de temor. Por otra parte, se ha dicho que la utilización de la reestructuración cognitiva puede hacer las cosas más fáciles para el cliente y que no hay datos de cuál de estas dos formas de proceder es más eficaz. De hecho, en una versión previa de su programa, el grupo de Dugas había distinguido tres tipos de preocupación y seguía las siguientes pautas:

1. Para las preocupaciones sobre problemas basados en la realidad y modificables, se proponía el entrenamiento en solución de problemas con objetivos centrados en el problema: se buscan soluciones para cambiar la situación y, quizá, las reacciones personales a la misma.
2. Para las preocupaciones sobre problemas basados en la realidad e inmodificables, se empleaba el entrenamiento en solución de problemas con objetivos centrados en la aceptación de la situación y el manejo de las emociones; para ello, podían emplearse técnicas tales como relajación, respiración, meditación, imaginación positiva, reestructuración cognitiva o los propios recursos del cliente.
3. Para las preocupaciones sobre acontecimientos muy improbables y no basados en la realidad, se utilizaba la exposición en la imaginación a los peores miedos.

En ausencia de datos sobre qué procedimiento es más eficaz, los terapeutas que prefieran no utilizar la exposición pura, sino una exposición combinada con estrategias de afrontamiento, pueden seguir el procedimiento de Borkovec o de Barlow explicado en el capítulo 7. En cualquier caso, si la aplicación de la reestructuración durante o tras la exposición no funcionase, podría terminarse aplicándose la exposición en la imaginación sin estrategias de afrontamiento.

# 16

# **Mantenimiento de los logros y prevención de recaídas**

Antes de iniciar propiamente este módulo, se revisa si todavía están presentes aquellas variables que constituyen factores de vulnerabilidad para el TAG: creencias negativas y positivas sobre las preocupaciones, uso continuado de la preocupación como estrategia de afrontamiento y conductas de evitación y de búsqueda de seguridad. Para ello, pueden examinarse las puntuaciones en cuestionarios como la escala revisada sobre el trastorno de ansiedad generalizada, el cuestionario de metacogniciones y el cuestionario de metapreocupación. Si persisten las variables mencionadas, debe intentarse modificarlas volviendo a aplicar las estrategias ya enseñadas o variantes o refinamiento de las mismas.

El objetivo fundamental de este módulo es que el paciente continúe utilizando las habilidades aprendidas con el fin de mantener los progresos logrados y prevenir la ocurrencia de una posible recaída. Una manera de introducir este tema es emplear la metáfora del viaje propuesta por Butler, Fennell y Hackmann (2008) para describir el progreso del paciente una vez finalizado el tratamiento. Durante la primera parte del viaje, el terapeuta ha sido un guía y compañero, pero ahora el paciente debe seguir solo. Los viajes incluyen paisajes preciosos, vistas encantadoras y momentos de placer, pero también terrenos rocosos, bosques oscuros, ciénagas, precipicios y encrucijadas en las que uno puede perderse. En consecuencia, el viajero necesita proveerse de recursos tales como mapas, equipo, comida, etc.

En terapia el recurso es el proyecto terapéutico de acción. El objetivo es consolidar el aprendizaje realizado y poner las bases para extenderlo, de modo que el paciente pueda seguir desarrollando sus habilidades y automatizarlas y pueda afrontar dificultades y contratiempos futuros. Para elaborar este proyecto, se trabajan con el paciente los aspectos que se presentan a continuación.

1. Se revisan los problemas que se han trabajado en la terapia y la conceptualización y explicación que se hizo de los mismos. Es útil repasar el modelo explicativo gráfico previamente elaborado.
2. Se pregunta por las cosas que se han aprendido en la terapia y que han resultado útiles. Deben revisarse los conocimientos y habilidades aprendidas y los resultados obtenidos. Se enfatiza asimismo la necesidad de seguir practicando para automatizar lo que se ha aprendido y mantener los progresos.
3. Se explica que la ansiedad y la preocupación no excesivas son una parte normal e inevitable de la vida. Conviene recordar a los pacientes que habrá ocasiones en que experimentarán inevitablemente preocupación y ansiedad, ya que estas son reacciones normales ante las situaciones estresantes. Se pregunta al paciente qué situaciones en su caso pueden llevarle a tener un contratiempo; posibles ejemplos serían problemas interpersonales, cambios laborales, cansancio, enfermedad, etc.
4. Se explica que la ocurrencia de un contratiempo no significa que se haya recaído. Es fundamental distinguir entre un contratiempo (fluctuaciones normales en preocupación y ansiedad) y una recaída (una vuelta al estado anterior a la terapia). Así pues, experimentar incrementos de preocupación y ansiedad de vez en cuando es inevitable y no significa una recaída.
5. Se explica que un contratiempo puede convertirse o no en una recaída en función de la forma en que la persona lo interprete y de su reacción al mismo. Las interpretaciones catastróficas, el pensar que se ha

recaído y el volver a los viejos patrones de preocuparse excesivamente y actuar con conductas defensivas complicarán las cosas. En cambio, será más útil tomarse el contratiempo como tal, emplear el aumento en preocupación y ansiedad como señales para aplicar lo que se ha aprendido, perseverar aun cuando las cosas sean difíciles y felicitarse por los logros.

Llegados a este punto, se escribe con el paciente un proyecto terapéutico de acción que sintetice las estrategias que el paciente ha encontrado útiles a lo largo del tratamiento (plan nuevo) en contraposición con la forma en que actuaba anteriormente ante los disparadores de sus preocupaciones (plan antiguo). En el cuadro 16.1 puede verse un ejemplo de proyecto para un paciente que había seguido los módulos correspondientes a la terapia metacognitiva de Wells (2009); esto es, los módulos 1, 3, 4, 5 y 6 (capítulos 8, 10, 11, 12y 13).

Cuadro 16.1. Proyecto terapéutico de acción de un paciente

---

MIS DISPARADORES:

- ¿Y si contraigo una enfermedad grave?
  - ¿Y si le sucede algo a mi familia?
  - ¿Y si hago algo mal?
- 

*Plan antiguo*

*Plan nuevo*

---

ESTILO DE PENSAMIENTO:

- Si tengo un pensamiento negativo, me preocupo sobre él para ver lo que puede suceder y cómo evitarlo.
- Si tengo un pensamiento negativo, pienso en todas las posibilidades negativas de modo que estoy preparado para la catástrofe.

ESTILO DE PENSAMIENTO:

- Si tengo un pensamiento negativo, simplemente lo dejo a su aire para ver qué sucede.
  - Si tengo un pensamiento negativo, simplemente dejo que se desvanezca.
- 

CONDUCTA:

- Cuando me preocupo, busco datos que apoyen o contradigan mi preocupación.
- Cuando me preocupo, pido a otros que me tranquilicen.

CONDUCTA:

- Si estoy preocupado, no busco datos, simplemente paro mi proceso de pensamiento.
  - Si estoy preocupado, me prohíbo buscar tranquilización y dejo que la preocupación disminuya.
-

---

FOCO DE ATENCIÓN:

- Estoy atento al peligro para estar preparado.
- Me centro en mis pensamientos y en mi cuerpo para ver lo que está pasando.

FOCO DE ATENCIÓN:

- Me prohíbo buscar las amenazas, ya que solo consigo preocuparme.
- Me centro en el mundo externo y continúo con lo que estoy haciendo para ver lo que puedo lograr.

---

REFORMULACIÓN:

- Es mejor dejar a su aire los pensamientos que disparan mis preocupaciones. Haciendo esto, se desvanecen.
- Yo controlo mis preocupaciones, ellas no me controlan a mí.
- Me conviene hacer cosas nuevas, romper mis viejas rutinas sin pensar tanto.

---

*Fuente:* traducido de Hjemdal, O., Hagen, R., Nordahl, H. M. y Wells, A. (2013). "Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: Nature, evidence and an individual case illustration". *Cognitive and Behavioral Practice*. 20, 301-313.

Se anima al paciente a seguir practicando las nuevas estrategias y se programan sesiones de apoyo a los 3 y 6 meses para comprobar cómo se va desenvolviendo, reforzar los progresos y solucionar posibles dificultades. Los aspectos que se exploran en estas sesiones son los siguientes:

1. Cómo se encuentra ahora el paciente.
2. Si ha seguido aplicando los recursos adquiridos.
3. La evolución del problema o problemas tratados, incluyendo posibles contratiempos o recaídas, descripción de estos, posibles causas de los mismos y qué se hizo para manejarlos.
4. Búsqueda de nueva ayuda para el problema o problemas tratados.
5. Aparición de otros problemas psicológicos y búsqueda de ayuda para los mismos.
6. Consumo de fármacos para el problema tratado o para otros problemas psicológicos.

**17**

# Caso clínico

A continuación se presenta el caso de una paciente con TAG con la que se trabajó adaptando a las particularidades de su caso el programa de tratamiento de Dugas (Dugas y Robichaud, 2007) al que se añadieron algunos otros componentes para abordar ciertos aspectos problemáticos de la paciente no contemplados en dicho programa. Este caso fue llevado a cabo por un terapeuta en formación, debidamente supervisado por el autor, en la Unidad de Terapia de Conducta de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona. El caso fue originalmente presentado en la revista Anuario de Psicología (García-Morilla, Bados y Saldaña, 2012) y se reproduce con el permiso de la misma.

## 17.1. Datos identificativos de la paciente

Sara era una mujer casada de 36 años que había cursado estudios primarios y trabajaba en una empresa de perfumería. El motivo inicial de consulta fue la presencia de problemas de ansiedad que comenzaron hacía aproximadamente año y medio con crisis de angustia inesperadas mientras dormía. Las pruebas médicas habían descartado la patología orgánica y la paciente estaba tomando desde hacía un mes diazepam y citalopram, recetados por su médico de cabecera, el cual le había aconsejado recibir tratamiento psicológico.

## 17.2. Proceso de evaluación

Se realizaron 3 sesiones de evaluación mediante entrevista clínica, cuestionarios y autorregistros de preocupaciones y crisis de angustia. Los cuestionarios, pasados en distintos momentos de la evaluación, fueron: a) El inventario de preocupaciones del estado de Pensilvania (PSWQ; Meyer et al., 1990) y la escala de intolerancia a la incertidumbre (NS; Buhr y Dugas, 2002) para evaluar la tendencia a preocuparse y la actitud hacia la incertidumbre. b) Los cuestionarios de sensaciones corporales (BSQ) y

cogniciones agorafóbicas (ACQ) de Chambless et al. (1984) para evaluar posible sintomatología de crisis de angustia. c) El inventario breve de síntomas (BSI; Derogatis y Spencer, 1982) para evaluar el malestar emocional general. d) La escala de interferencia (EI, basada en Echeburúa, de Corral y Fernández-Montalvo, 2000) y el índice multicultural de calidad de vida (MQLI, Mezzich et al., 2000) para evaluar en qué medida los problemas interferían en la vida de Sara y la calidad de vida de esta. Estos cuestionarios poseen buenas propiedades psicométricas, tal como puede verse en los artículos originales.

### 17.3. Análisis del problema

Sara informó de sintomatología ansiosa consistente en dificultades respiratorias, taquicardia, hormigueo, mareo, calor, dolor y malestar en el pecho. Estas respuestas eran seguidas de pensamientos negativos del tipo "debo tener algo", "voy a perder el control" y "me voy a morir", y en ocasiones alcanzaba el nivel de crisis de angustia. Estas aparecían tanto por el día como por la noche; en este último caso eran menos frecuentes (una al mes), pero más intensas y perturbadoras. Últimamente, estas crisis habían remitido bastante como consecuencia de las explicaciones del médico, de la medicación que tomaba y de las estrategias que empleaba para manejar la ansiedad: distracción, respiraciones profundas, mascarilla. Esto podría explicar que las puntuaciones iniciales en el BSQ y el ACQ no fueran significativas (véase el cuadro 17.1 para estos y el resto de cuestionarios), aunque persistía la preocupación por las mismas.

La ansiedad de Sara, la cual tenía un nivel significativo según el BSI, era una consecuencia de sus preocupaciones. Las más graves eran aquellas relativas a su propia salud, sin tener ningún problema médico, y a que su madre de 80 años pudiera enfermar y quedar con secuelas graves o morir. La madre tenía una enfermedad cardíaca controlada y vivía con una hija que, pese a tener un retraso intelectual leve, podía atenderla en caso necesario. Otras preocupaciones importantes estaban relacionadas con el porvenir de la hermana mencionada, la situación económica de un hermano, la situación

familiar de una hermana viuda, el expresarse mal y no hacerse entender, y el no hacer las cosas bien. Sara consideraba que sus preocupaciones eran excesivas y difíciles de controlar y que le ocupaban la mayor parte del día. La tendencia a preocuparse excesivamente se vio confirmada en el PSWQ.

Las preocupaciones eran disparadas por una diversidad de situaciones, entre las que se encontraban las llamadas telefónicas inesperadas, los cambios, incluso leves, en el estado anímico o de salud de su madre y, en general, las situaciones relacionadas con el sufrimiento o la enfermedad: noticias, películas, programas, personas enfermas o pobres en la calle, percepción de ciertas sensaciones. La influencia de este tipo de situaciones se producía en interacción con una serie de características personales tales como baja intolerancia a la incertidumbre (p. ej., no querer aceptar que su madre o ella pudieran enfermar), tendencia a atender sesgadamente a las amenazas (p. ej., estar alerta ante cualquier indicio de empeoramiento de la salud), elevado sentido de responsabilidad (se sentía la principal responsable de su madre) y actitud negativa hacia los problemas, incluyendo pocos recursos percibidos para hacerles frente. La presencia de algunas de estas características vino refrendada por las elevadas puntuaciones en la IUS y el Cuestionario de orientación negativa hacia los problemas (Robichaud y Dugas, 2005), el cual solo se administró en el pretratamiento y no se muestra en el cuadro 17.1.

Aunque Sara afirmaba, por una parte, ser consciente de la escasa utilidad de sus preocupaciones, creía, por otra parte, que preocuparse podría evitar un padecimiento mayor cuando ocurriera el acontecimiento que más temía: el empeoramiento en la salud de la madre, su sufrimiento y su fallecimiento. Sin embargo, las preocupaciones eran también una fuente constante de malestar emocional por lo que intentaba defenderse de las mismas suprimiéndolas o distrayéndose. Asimismo, realizaba conductas de comprobación tales como pasar las tardes con su madre después de salir de trabajar, llamarla frecuentemente para asegurarse de que estaba bien y visitar al médico cuando las preocupaciones por su salud eran inmanejables. Todas estas conductas defensivas le producían un alivio temporal, pero contribuían a mantener las preocupaciones. Por otra parte, la madre no seguía las indicaciones de los

médicos, lo que potenciaba las comprobaciones de Sara sobre su estado de salud. También contribuía a esto el "chantaje emocional" de la madre: "vete, que cuando vuelvas estaré muerta", "si me muero es mejor para ti, una carga menos".

Aparte de la ansiedad, otras consecuencias personales de las preocupaciones eran las siguientes: alteraciones del sueño, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y un bajo estado de ánimo. A nivel interpersonal, las preocupaciones habían llevado a una disminución de los contactos sociales, a una reducción del deseo sexual y de las relaciones sexuales, y a una eliminación de los viajes con su marido, ya que a su madre podría pasarle algo estando ella fuera. Acorde con esto, Sara puntuó muy alto en la E1 y muy bajo en el MQLI.

#### 17.4. Historia del problema

En el origen de los problemas de Sara había una historia en la que la enfermedad de personas significativas jugó un papel relevante. Cuando tenía 8 años, su padre murió de cáncer y la familia quedó en un estado de precariedad económica. A los 17 años, su madre sufrió una apendicitis grave que ella no supo detectar, aunque llamó a su hermana, la cual decidió llevarla a urgencias, donde la operaron. La hermana le culpabilizó de no haber llamado a una ambulancia y de las posibles consecuencias que se hubieran podido derivar. Desde entonces, Sara se sintió muy culpable y pasó a sentirse totalmente responsable del cuidado de su madre.

Cuando Sara tenía 21 años, su madre sufrió una profunda depresión a raíz de que le diagnosticaran una enfermedad cardíaca crónica y estuvo ingresada en un hospital psiquiátrico por varios intentos autolíticos. Desde ese momento fue la única persona que se encargó del cuidado de su madre. Fueron frecuentes las visitas a urgencias, infundadas en la inmensa mayoría de las ocasiones, y Sara llegó a reconocer que su madre utilizaba la enfermedad para conseguir la atención de los demás. El último acontecimiento, que para Sara fue el desencadenante de su problema actual,

fue la muerte de su cuñado hace 2 años tras un largo y doloroso proceso. Esta persona había sido muy importante para ella desde la muerte de su padre y no podía dejar de pensar en todo lo que había sufrido y en el hecho de que hubiera muerto joven. A partir de aquí, se intensificó su tendencia a preocuparse, especialmente por su propia salud y la de la familia y surgió un miedo intenso a que su madre sufriera como su cuñado. En este contexto de fuertes preocupaciones e imágenes de su cuñado sufriendo surgieron las primeras crisis de angustia.

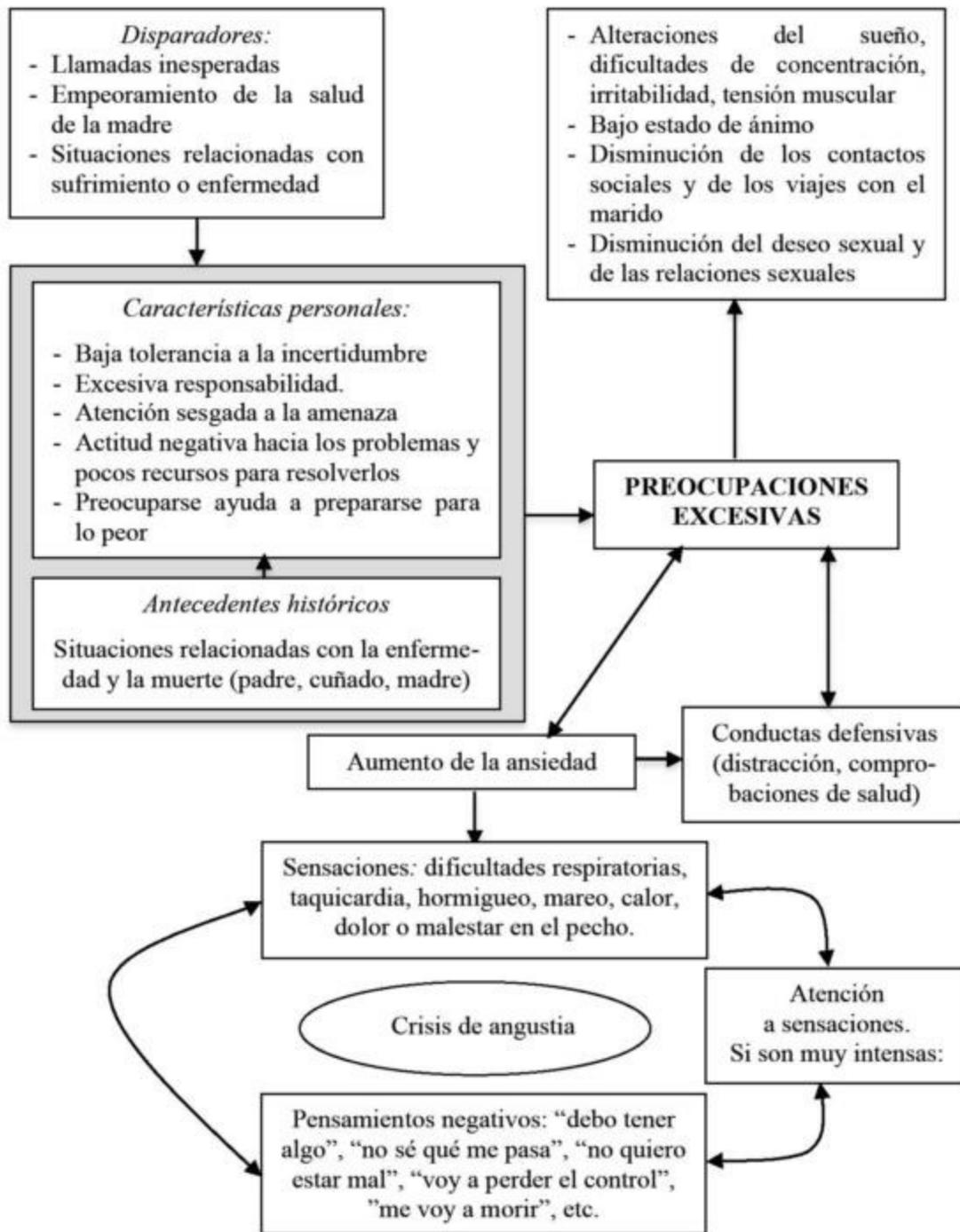


Figura 17.1. Análisis funcional.

### 17.5. Diagnóstico y análisis funcional

Por lo que respecta al diagnóstico, se consideró que Sara cumplía los criterios de TAG según el DSM-IV-TR. A pesar de haber crisis de angustia inesperadas, no se diagnosticó trastorno de angustia porque las crisis podían ser explicadas por las continuas preocupaciones y la elevada ansiedad propias del TAG. Con toda la información obtenida se elaboró, de manera conjunta con Sara, un modelo explicativo del problema (figura 17.1).

### 17.6. Objetivos terapéuticos

A partir del análisis funcional se concretaron los siguientes objetivos terapéuticos: a) aprender a manejar las sensaciones relacionadas con la ansiedad y reducir esta y los ataques de pánico; b) aprender a manejar las preocupaciones y reducir su frecuencia, intensidad y duración; c) eliminar las conductas defensivas; d) mejorar la comunicación con la madre y saber manejar los intentos de "chantaje emocional" por parte de esta; y e) aumentar las actividades agradables, personales y sociales.

### 17.7. Tratamiento

Se realizaron 43 sesiones de 1 hora, dos de ellas con el marido, en las que se justificaron y explicaron el trastorno y el tratamiento, y se le dieron pautas para apoyar el cambio de Sara. En consonancia con el análisis funcional, la intervención se basó principalmente en el programa del grupo de Dugas (Dugas y Robichaud, 2007) e incluyó los seis componentes de este: psicoeducación y entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones, reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual a la misma - esto es, eliminación gradual de las conductas defensivas-, reevaluación de la utilidad de la preocupación, entrenamiento en solución de problemas, exposición en la imaginación a los miedos nucleares y prevención de recaídas.

Además, debido a la existencia de crisis de angustia y la preocupación por las mismas, se añadió el entrenamiento en respiración controlada y la reestructuración cognitiva centrada en los pensamientos negativos asociados.

Por último, se utilizó temporalmente la técnica de posposición de la preocupación (Borkovec, 2006) para aumentar la percepción de control sobre las preocupaciones.

El progreso fue lento, ya que una de las preocupaciones de Sara era no ser competente, por lo que siempre buscaba asegurarse de que hacía las cosas bien. Asimismo, a lo largo de todo el tratamiento, se emplearon técnicas basadas en los principios de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002), tales como mostrar empatía, poner de manifiesto la discrepancia entre la situación que vivía Sara y la que deseaba tener, fomentar las expectativas de autoeficacia, evitar actitudes que pudieran favorecer resistencias y evitar entrar en discusiones sobre la conveniencia de un cambio en las conductas que Sara tenía con relación a su madre.

Las dos primeras sesiones se dedicaron a realizar de manera conjunta el análisis funcional, a acordar los objetivos del tratamiento y explicarle brevemente este, a repasar el autorregistro de preocupaciones, tal como se hizo en el resto de las sesiones, y a informarle sobre la psicofisiología de la ansiedad y las consecuencias reales de esta. En la tercera sesión, y para manejar la elevada activación fisiológica, se inició el entrenamiento en respiración lenta, diafragmática y no demasiado profunda. Asimismo, se enseñó la técnica del tiempo de posposición: al notar que uno se está preocupando, posponer la preocupación a un periodo concreto del día de 15-30 minutos y centrarse hasta entonces en la experiencia o tarea que se esté realizando. El objetivo era adquirir un cierto control inicial sobre las preocupaciones en lugar de centrarse en ellas o intentar suprimirlas. Se trataba de una estrategia temporal que Sara intentó emplear hasta que aprendió habilidades para manejar la preocupación.

En las sesiones 4 y 5 se prosiguió con el entrenamiento en respiración y se buscó que Sara destinase una mayor parte de su tiempo a la realización de actividades agradables con el fin de que dedicara más tiempo a sí misma y menos a su madre. Este componente prosiguió a lo largo de la terapia y terminó formando parte de los experimentos conductuales.

En las sesiones 6 y 7 se enseñó a Sara a distinguir entre a) las preocupaciones que tenían que ver con situaciones reales y modificables, tales como haber dicho algo impropio a un hermano o la toma de medicación por parte de su madre, y b) las relativas a situaciones hipotéticas poco probables o que no se podían modificar; por ejemplo, que la madre muriera repentinamente. Para las primeras se enseñó resolución de problemas y para las segundas se aplicó exposición en la imaginación. De todos modos, algunas preocupaciones, tales como que la madre pudiera empeorar repentinamente, compartieron elementos de ambos tipos y requirieron ambas formas de intervención: buscar soluciones para el posible empeoramiento repentino (p. ej., un botón de teleasistencia) y aceptar la ocurrencia del mismo a través de la exposición en la imaginación.

Tras la distinción entre preocupaciones, en las sesiones 8 y 9 se abordó el papel que jugaba la intolerancia a la incertidumbre en el desarrollo y mantenimiento de la preocupación y la ansiedad. Se enseñó a Sara a identificar las conductas defensivas que utilizaba para reducir la incertidumbre y se discutieron las ventajas e inconvenientes de estas. Como alternativa, se le ofreció exponerse gradualmente a la incertidumbre mediante una serie de experimentos conductuales que le permitirían comprobar si lo que temía que ocurriera era cierto o no. Así, por ejemplo, a partir de la sesión 10 tuvo que ir reduciendo el tiempo y la frecuencia de las visitas y llamadas a su madre, incrementar las salidas con amigos, viajar más a menudo y aumentar el tiempo dedicado a actividades valiosas para ella.

Como apoyo a los experimentos conductuales, se empleó, desde la sesión 14, la reestructuración cognitiva para reevaluar la utilidad de ciertas preocupaciones, buscar interpretaciones alternativas a las consecuencias negativas anticipadas y trabajar los sentimientos de culpabilidad por no ocuparse lo suficiente de su madre. Además se emplearon dramatizaciones de la reestructuración a través de la técnica del tribunal: Sara actuó como abogada de la defensa y de la acusación aportando argumentos empíricos sobre la utilidad de sus preocupaciones y el terapeuta actuó como juez que admitía solo los argumentos sólidos. Paralelamente, se le pidió que

preguntara a personas allegadas su opinión sobre si consideraban adecuada o excesiva la dedicación a su madre. Por otra parte, se utilizó la técnica de resolución de problemas para las preocupaciones sobre situaciones que se podían modificar; por ejemplo, cómo manejar los intentos de "chantaje emocional" por parte de la madre.

En la sesión 22 se justificó la exposición en la imaginación para el segundo tipo de preocupaciones, se evaluó la capacidad de imaginación de Sara y se inició un entrenamiento en imaginación. En la sesión 23 se siguió con este entrenamiento y comenzó a elaborarse una breve jerarquía de tres situaciones muy ansiógenas que giraban en torno a la enfermedad y el sufrimiento de la madre. En la primera, Sara imaginó cómo se llevaban en ambulancia a su madre. En la segunda, Sara imaginó a su madre inconsciente y encamada en el hospital, conectada a múltiples aparatos. Y en la última, Sara imaginó que ayudaba a su madre, totalmente inválida, dándole de comer, cambiándola y vistiéndola, al tiempo que esta se mostraba abatida y le reprochaba continuamente. Estas situaciones empezaron a imaginar se por orden a partir de la sesión 25. Se pidió a Sara que imaginara lo más vívidamente posible cada una de estas situaciones que eran narradas por el terapeuta y grabadas en audio para ser practicadas entre sesiones. Se le preguntaba cada 5 minutos por su nivel de ansiedad y la exposición continuaba hasta que la ansiedad disminuía al 50% del valor máximo alcanzado.

Se hicieron ocho sesiones de 45-90 minutos de exposición en la imaginación en la consulta más otras 20 como actividades entre sesiones. Las conclusiones extraídas en cada sesión se fueron relacionando con las conclusiones derivadas de la reestructuración cognitiva. Las ocho sesiones en la consulta no fueron seguidas, ya que entre ellas se intercalaron seis sesiones dedicadas a abordar diversos temas: cambios en el contenido de las escenas, problemas en la realización de los experimentos conductuales (p. ej., resurgimiento de la utilidad de preocuparse, sentimiento de culpabilidad) y reestructuración de alguna nueva creencia disfuncional, tal como "el día que falte mi madre, nadie me va a necesitar".

En la sesión 39, Sara dijo haber estado más ansiosa durante la semana debido a un problema médico de su madre. Se aprovechó la sesión para que repasara las estrategias aprendidas y elaborara un plan de acción, resumido en una tarjeta, con lo que le convenía hacer cuando le asaltaran las preocupaciones. Todo esto se abordó de nuevo en la siguiente sesión. Las tres últimas sesiones se dedicaron a la prevención de recaídas: revisión de los conocimientos y habilidades aprendidas, necesidad de seguir practicando estas últimas, recuerdo de que la ansiedad y las preocupaciones son fenómenos normales, distinción entre contratiempo y recaída, y aliento para fijarse metas en las que seguir trabajando.

#### 17.8. Resultados

El cuadro 17.1 presenta los resultados de los cuestionarios aplicados en el pretratamiento, durante el tratamiento y al final del mismo. Como puede observarse, en el postratamiento todas las puntuaciones estuvieron dentro de la normalidad, aunque las medidas de preocupaciones (PSWQ e IUS) tardaron más en cambiar, mientras que otras sufrieron altibajos que enseguida se explicarán. Según los autorregistros, las crisis de angustia desaparecieron a partir de la décima sesión, aunque hubo un repunte en miedo a las sensaciones (BSQ) y en las preocupaciones físicas (ACQ) en la sesión 12 coincidiendo con la operación de una hermana.

Cuadro 17.1. Resultados obtenidos en distintos momentos de evaluación

<i>Cuestionarios y rango de las puntuaciones</i>	<i>Punto corte</i>	<i>Pre</i>	<i>12.<sup>a</sup> sesión</i>	<i>25.<sup>a</sup> sesión</i>	<i>Post</i>
Inventario breve de síntomas (BSI)					
Ansiedad (0-4)	0,77	<b>1,00</b>	0,50	<b>1,83</b>	0,50
Depresión (0-4)	0,73	0,50	0,67	<b>0,83</b>	0,17
Índice de severidad global (0-4)	0,61	0,34	0,40	<b>0,87</b>	0,13
Inventario de preocupación del estado de Pensilvania (PSWQ) (16-80)	53	<b>67</b>	<b>55</b>	<b>64</b>	48
Escala de intolerancia a la incertidumbre (IUS) (27-135)	69	<b>83</b>	<b>71</b>	-	46
Cuestionario de sensaciones corporales (BSQ) (1-5)	2,31	1,6	<b>3,29</b>	-	1,47
Cuestionario de cogniciones agorafóbicas (ACQ)					
Total (1-5)	1,52	1,3	<b>1,57</b>	-	1,12
Preocupaciones físicas (1-5)	1,62	1,5	<b>1,85</b>	-	1,38
Preocupaciones socioconductuales (1-5)	2,03	1	1,14	-	1,00
Escala de interferencia (EI)					
Interferencia media total (0-8)	2	<b>3,1</b>	-	-	0,4
Interferencia en áreas afectadas (0-8)	2	<b>3,5</b>	-	-	2
Interferencia global (0-8)	2	<b>5</b>	-	-	1
Índice de calidad de vida (MQLI) (1-10)	6,5	<b>3,5</b>	-	-	8

*Nota.* El punto de corte, calculado según el criterio *c* de Jacobson y Truax (1991) indica si es más probable que una puntuación pertenezca a la población general que a la disfuncional. Los puntos de corte de la escala de interferencia fueron establecidos arbitrariamente, ya que no hay datos normativos. Se resaltan en negrita las puntuaciones que sobrepasan el punto de corte en dirección disfuncional.

De acuerdo con los autorregistros, se fue reduciendo la duración de las preocupaciones. Además, al final del tratamiento, tanto la tendencia a preocuparse (PSWQ) como la intolerancia a la incertidumbre (NS) alcanzaron valores más propios de la población general que de la disfuncional. Asimismo, disminuyeron las conductas defensivas, de modo que solo realizaba una visita a la madre de 15-30 minutos por las tardes o una llamada al día, y aumentaron los viajes con el marido y las actividades agra

dables del tipo deporte, ocio, etc. Esto ayudó a Sara a crear una vida con un propósito más allá del papel de cuidadora.

Puede observarse en el cuadro 17.1 que en la sesión 25 hubo un incremento de las puntuaciones de ansiedad, depresión y severidad global en el BSI. Esto coincidió con la introducción de la exposición en la imaginación a los peores miedos y es esperable como efecto secundario de esta técnica. Sin embargo, la aplicación continuada de la misma llevó a que dichas medidas se situaran finalmente por debajo de las puntuaciones en el pretratamiento.

Debido a los cambios comentados hasta aquí, se produjo una reducción drástica y clínicamente significativa de la interferencia producida por los problemas de Sara y aumentó de manera muy notable su calidad de vida. Asimismo, Sara había dejado de tomar el diazepam, aunque seguía tomando una dosis muy baja (10 mg/día) de citalopram.

Finalmente, en una sesión de seguimiento a los 3 meses, Sara afirmó mantener los logros conseguidos y seguir aplicando la resolución de problemas en vez de preocuparse excesivamente. Su puntuación en el PSWQ fue 52, un poco más alta que en el postratamiento, pero todavía por debajo del punto de corte.

## 17.9. Discusión

Tal como se ha comentado, el tratamiento fue eficaz para lograr los objetivos planteados. Esto va en la línea de los estudios que han mostrado que la terapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad aplicada en la clínica habitual, incluso por terapeutas en formación debidamente supervisados, obtiene resultados comparables a los observados en investigaciones controladas (Bados, Balaguer y Saldaña, 2007; Stewart y Chambless, 2009).

Al haberse aplicado un programa multicomponente, puede resultar interesante reflexionar sobre algunos elementos por separado. Las

informaciones proporcionadas por la paciente y los autorregistros sugieren que la psicoeducación y el entrenamiento en respiración controlada fueron eficaces para manejar y reducir la ansiedad. La posposición de las preocupaciones no resultó del todo útil, ya que Sara solo lo conseguía cuando se encontraba relativamente tranquila. La resolución de problemas fue un procedimiento beneficioso para aquellas preocupaciones que lo requerían, ya que la paciente hizo los cambios oportunos en su vida tras aplicar la técnica. Respecto a la reestructuración cognitiva verbal, resultó muy complicado llevarla a cabo, porque, por una parte, Sara mostraba poca capacidad reflexiva y, por otra, se llegó a un punto en que, a pesar de que era consciente de la inutilidad de sus preocupaciones y de su impacto negativo, no lograba evitar preocuparse. Las preocupaciones se configuraban como un "estilo cognitivo", un patrón rígido de pensamiento, repetido a lo largo de su vida. Sin embargo, la técnica fue útil "preparando" a Sara para asimilar "cognitivamente" la experiencia vivida mediante los experimentos conductuales y las exposiciones en la imaginación.

Muy probablemente estas dos últimas técnicas fueron las piezas clave del tratamiento. Los experimentos conductuales fueron útiles, ya que le enseñaron, por una parte, a aceptar mucho más la incertidumbre; y por otra, a desligarse de su madre e ir incorporando en su rutina nuevas actividades valiosas, personales y sociales. Esto tuvo repercusiones positivas en su estado de ánimo y en su autoconfianza. La exposición en la imaginación marcó el punto de inflexión en el tratamiento, al permitir elaborar y afrontar los miedos nucleares y las emociones negativas que hasta ese momento Sara había tendido a evitar. Desde que se empezó a exponer en la imaginación, la actitud de la paciente cambió y se observó cómo ganaba gradualmente confianza en sí misma y reducía sus preocupaciones y malestar.

Una dificultad importante fue que Sara solía negarse a realizar cualquier actividad dentro o fuera de las sesiones, debido a un acusado sentimiento de incapacidad. Por ello, fue de vital importancia el establecimiento de un buen vínculo terapéutico y la incorporación de técnicas motivacionales, tales como hacerle ver las muchas cosas que hacía bien, pedirle que se fijara en ellas y se

reforzara por sus logros; de este modo, fue ganando confianza poco a poco. Por otra parte, mostraba un gran sentido de responsabilidad y de culpa, que arrastraba desde que en su adolescencia no socorrió adecuadamente a su madre, y que complicó la realización de los experimentos conductuales por miedo a incurrir en el mismo error. La reestructuración cognitiva de las ideas catastrofistas, el análisis de costebeneficio de la situación y el trabajo en la mejora del vínculo terapéutico fueron piezas importantes para superar esta dificultad.

Finalmente, la cronicidad de las preocupaciones supuso otro obstáculo que se manifestó en el "estilo cognitivo" anteriormente citado y en la presencia de conductas defensivas y de evitación muy estables. Todo esto, unido a la relativamente poca experiencia del terapeuta en el manejo de dificultades en terapia, hizo que el progreso terapéutico resultara lento y gradual, tal como puede observarse en el número de sesiones empleadas: 43 frente a las 23 de media observado en la clínica habitual.

## Parte IV

# **Conclusiones y futuras tendencias**

18

# Conclusiones y posibles tendencias futuras

Se hará en primer lugar un resumen de las conclusiones que pueden extraerse sobre el tratamiento del TAG y después se presentarán nuevas terapias que han ido desarrollándose últimamente.

## 18.1. Conclusiones

Se dispone en la actualidad de una serie de intervenciones conductuales (relajación aplicada) y cognitivo-conductuales (terapia cognitiva tipo Beck, TCC tradicional, TCC de Dugas, terapia metacognitiva) relativamente eficaces para el tratamiento del TAG en adultos. Ambas se han mostrado más eficaces que los grupos de lista de espera en medidas de ansiedad, preocupación y depresión, con tamaños del efecto de moderados a grandes. Además, en estudios aislados estas terapias también han producido mejoras en calidad de vida, insomnio, pesadillas, consumo de ansiolíticos, pensamientos intrusos no deseados y asociaciones implícitas de miedo. Asimismo, han dado lugar a una mejora o desaparición de otros trastornos comórbidos ansiosos y depresivos. Las mejoras conseguidas se mantienen en seguimientos de hasta 2 años de duración, aunque el 20-40% de los pacientes reciben tratamiento adicional para el TAG durante el seguimiento y sobre el 10% recaen.

No puede afirmarse por el momento que alguna de las terapias mencionadas sea superior a otra. Tampoco es posible decir si la TCC es o no superior a la terapia no directiva, aunque en dos estudios ha sido superior a la terapia psicodinámica a corto y medio plazo.

Por lo que respecta a la significación clínica, del 65% al 85% de los pacientes tratados mejoran significativamente en medidas de ansiedad o

preocupación y los resultados se mantienen a los 6 meses. Sin embargo, con criterios más estrictos de mejora, los porcentajes anteriores se reducen al 40%. Alrededor de la mitad de los pacientes tratados con TCC pueden considerarse recuperados en medidas de ansiedad o preocupación en el postratamiento y a los 6 y 12 meses. Los resultados parecen algo más bajos con la relajación aplicada. Si se aplican criterios estrictos de recuperación, el porcentaje se reduce del 50% al 33%.

El 70% de los pacientes tratados con relajación aplicada o TCC dejan de presentar TAG en el postratamiento y los resultados se mantienen a los 6 y 12 meses. Sin embargo, no seguir cumpliendo criterios de TAG es un criterio muy laxo, ya que muchas personas pueden seguir presentando síntomas residuales importantes. Además, los resultados son menos halagüeños en seguimientos de varios años, especialmente si se considera el porcentaje de pacientes que siguen sin presentar ningún trastorno de ansiedad.

Todos estos resultados tienen una parte positiva, ya que indican que disponemos de tratamientos que resultan bastante eficaces para un porcentaje más o menos numeroso de personas, según el criterio empleado. Por otra parte, el grado de mejora podría ser más alto, una proporción significativa de pacientes no mejora y una proporción aún mayor no se recupera del trastorno. Estas últimas consideraciones han llevado a algunos a afirmar que el TAG es el trastorno de ansiedad más resistente al tratamiento.

Por otra parte, el tratamiento del TAG con niños y adolescentes está aún en sus primeras fases de investigación, aunque hay diversos programas cognitivo-conductuales dirigidos a los trastornos de ansiedad en general, incluido el TAG, que han resultado más eficaces que el no tratamiento, con tamaños del efecto de moderados a grandes. El 62% de los niños tratados dejan de presentar su trastorno de ansiedad principal en el postratamiento. Las mejoras conseguidas con la TCC se han mantenido en seguimientos a medio y largo plazo. Así pues, los resultados parecen similares a los obtenidos con adultos.

Pasando ahora al tratamiento farmacológico, supone, a corto plazo, un

beneficio de bajo a moderado para reducir los síntomas de ansiedad y aumenta hasta cierto punto la probabilidad de mejorar o recuperarse tras el mismo. Ahora bien, no parece tener un efecto significativo en las preocupaciones, presenta importantes o molestos efectos adversos y la probabilidad de recaída parece muy alta. Es posible que la combinación de TCC y serotoninérgicos pueda ser más eficaz a corto plazo en el caso de niños o adolescentes y personas mayores, pero se necesita mucha más investigación.

## 18.2. Posibles tendencias futuras

Con el fin de intentar superar las limitaciones de las intervenciones existentes, se han desarrollado y se están investigando en los últimos años nuevos abordajes que consideran de modo nuclear aspectos poco o no considerados en las terapias expuestas previamente. Estos aspectos incluyen las dificultades interpersonales, la evitación de las emociones asociadas con estas, la desregulación emocional, los temas nucleares problemáticos (p. ej., miedo a la pérdida, incompetencia y fracaso), la atención a las experiencias internas y la aceptación de las mismas, en vez de juzgarlas y evitarlas, y la realización de actividades que se valoran en diversas áreas de la vida.

Dentro de los nuevos abordajes se encuentran la terapia integradora de Newman, la terapia de regulación de las emociones de Mennin y la terapia conductual basada en la aceptación de Roemer y Orsillo. Estas serán expuestas a continuación.

### 18.2.1. Terapia integradora de Newman

Newman et al. (2004) han sugerido que para evitar emociones dolorosas, los pacientes con TAG no solo se preocupan, sino que se comportan de un modo que aumenta la probabilidad de experimentar consecuencias interpersonales negativas. Así, evitan que otros conozcan cómo son y lo que sienten para evitar la crítica y el rechazo que anticipan. También pueden fallar en comunicar a otros lo que necesitan y quieren en sus relaciones, pero expresan

enfado y decepción cuando sus necesidades emocionales no son satisfechas.

Newman et al. (2004) han desarrollado una terapia integradora para el TAG en la que se aplica secuencialmente en cada sesión de 2 horas a) la TCC tradicional y b) técnicas interpersonales dirigidas a alterar las pautas problemáticas de relacionarse y técnicas experienciales orientadas a superar la evitación emocional. Las metas de la parte interpersonal y experiencial son, en primer lugar, identificar las necesidades interpersonales del paciente, las formas interpersonales actuales y pasadas con las que intenta satisfacer dichas necesidades y la experiencia emocional subyacente; y, en segundo lugar, generar conductas interpersonales más eficaces para satisfacer las propias necesidades. Para conseguir estas metas, se abordan cuatro dominios:

1. Problemas actuales en las relaciones interpersonales, incluyendo el impacto negativo que el paciente tiene en otros. Tras explorar las relaciones interpersonales en general, se escoge una persona que sea importante para el cliente y se explora con más profundidad la relación que el paciente tiene con ella. Es importante hablar de situaciones concretas y especificar bien una serie de aspectos: a) ¿qué sucedió entre usted y la otra persona?, b) ¿qué emociones sintió?, c) ¿qué necesitaba o esperaba obtener de la otra persona?, d) ¿qué temía de la otra persona?, e) ¿qué hizo usted?, y f) ¿qué sucedió a continuación entre usted y la otra persona? A partir de aquí se vuelve al punto "b" hasta que la situación esté clarificada.
2. Orígenes de los problemas interpersonales actuales, lo que incluye experiencias de apego y traumáticas. Se hace una vez que se ha explorado totalmente el dominio anterior. Ayuda a comprender por qué las formas de relacionarse con los demás pueden haber sido adecuadas en el pasado, aunque ahora resulten perjudiciales.

Una vez que se han identificado las pautas problemáticas de relacionarse, terapeuta y paciente trabajan, típicamente mediante representación de papeles, modos alternativos de relacionarse con los demás. En esta representación el paciente asume primero su papel y

luego el terapeuta encarna el papel del paciente y este el de la otra persona; el paciente debe imaginar cómo se habría visto afectado en la situación, como si estuviera en la piel del otro.

3. Dificultades interpersonales que surgen en la relación con el terapeuta, incluyendo las rupturas en la relación terapéutica. El cliente tiende a repetir con el terapeuta los modos desadaptativos de relacionarse. El terapeuta debe reconocer, basándose en sus propios comportamientos y emociones, cuándo ha quedado enganchado en estos modos desadaptativos que permiten la evitación interpersonal y emocional del cliente. Posibles marcadores son la impresión de que la terapia no va a ningún sitio, sentirse emocionalmente desconectado del paciente y permitir a este proporcionar información histórica irrelevante, contar largas historias tangenciales, cambiar de tema y proporcionar solo descripciones abstractas de sucesos y emociones.

Una vez que el terapeuta es consciente del impacto negativo de la conducta del cliente, aborda la cuestión de forma abierta y no defensiva. Por ejemplo, "me siento... (dejado a un lado) cuando usted... (no contesta mis preguntas)". Luego, se pide al paciente que exprese cómo se siente respecto a lo que se le ha dicho. Cuando el cliente expresa una emoción (lo cual puede requerir invitaciones repetidas, aunque suaves), el terapeuta debe empatizar y validar las experiencias afectivas. A continuación, comparte su reacción a la autorrevelación del paciente: "naturalmente, usted querría evitar un tema que le resulta incómodo. Sin embargo, que no conteste mis preguntas me hace sentir como si lo que le pregunto no fuera importante". Asimismo, el terapeuta debe facilitar que el paciente vea el vínculo entre los modos de comportarse en la sesión y los modos actuales y pasados de comportarse fuera de la misma.

Otro aspecto de la relación terapéutica son las rupturas de la alianza terapéutica, las cuales son vistas como oportunidades para invalidar los esquemas interpersonales desadaptativos del paciente y lograr que este tenga percepciones más realistas de sí mismo y de los

otros y aprenda nuevos modos de comportarse. Ejemplos de rupturas son la expresión de insatisfacción por parte del cliente, las expresiones indirectas de hostilidad, el desacuerdo sobre las metas y tareas de la terapia, la excesiva obediencia y la conducta evasiva, tal como contenidos confusos, saltar de un tema a otro, no contestar a preguntas directas y llegar tarde.

El manejo de las rupturas sigue tres pasos: a) Comunicar al cliente que se ha percibido su reacción negativa e invitarle a hablar sobre ella. b) Reflejar las percepciones y emociones del cliente e invitarle a expresar emociones y pensamientos adicionales sobre sucesos negativos que hayan ocurrido en la terapia. c) Reconocer alguna verdad en la reacción del cliente, incluso cuando esta reacción parezca poco razonable; esto implica reconocer que el terapeuta ha contribuido de alguna manera a lo sucedido.

4. Procesamiento emocional en el aquí y ahora de los afectos asociados con los dominios anteriores. La toma de conciencia y profundización de las emociones experimentadas facilitan la exposición a los afectos previamente evitados y permiten así la extinción de la preocupación negativamente reforzada por la evitación emocional. Cuando el terapeuta nota un marcador no verbal o verbal de emoción, alienta al paciente a seguir con ella y experimentarla totalmente. Similarmente, si el cliente se desconecta de su experiencia emocional, se le invita a centrarse en sus experiencias inmediatas. Es importante que el paciente vea la emoción como una fuente importante de información de lo que necesita en su vida.

Además de los marcadores de emociones subyacentes, el terapeuta está atento a los marcadores de conflictos internos (se usa la técnica de las dos sillas), asuntos no resueltos con otra persona (se emplea la técnica de la silla vacía) y reacciones problemáticas (sorpresa, confusión y ambivalencia ante las propias reacciones; se usa el despliegue evocador sistemático: imaginarse vívidamente en la situación y expresar en detalle lo sucedido y los propios

sentimientos).

Como puede observarse, el abordaje de la evitación emocional es uno de los pilares de la terapia integradora de Newman. Los datos de un estudio no controlado sugieren la eficacia de la terapia integradora de Newman a corto y medio plazo (Newman et al., 2008). Sin embargo, en otro estudio (Newman et al., 2011) la adición de técnicas de procesamiento emocional e interpersonal a la TCC no aumentó la eficacia de esta ni en el postratamiento ni a los 2 años. Es posible que la terapia integradora solo sea útil para aquellos pacientes que muestran en un grado suficiente determinados tipos de problemas interpersonales.

Por otra parte, Newman y Llera (2011) y Newman et al. (2013) han señalado que si una función de las preocupaciones es evitar el contraste emocional negativo (pasar de un estado emocional neutral o positivo a uno negativo o experimentar un incremento intenso en afecto negativo), las TCC actuales intentarían dismantelar la defensa cognitiva sin tratar los miedos subyacentes. Por ello, proponen abordar la evitación del contraste mediante una exposición al mismo. Esto puede conseguirse induciendo primero un estado de relajación y luego pedir al paciente que imagine situaciones gradualmente más perturbadoras con las correspondientes consecuencias temidas y que se fije en sus respuestas fisiológicas y afectivas para exponerse al contraste emocional negativo (véase Newman, Llera et al., 2014). El tratamiento podría incluir también la exposición a imágenes emocionalmente evocativas de tipo agradable y desagradable. Asimismo, dado que los pacientes podrían comportarse con otras personas de modo frío o sumiso para evitar contrastes emocionales negativos (p. ej., no son cordiales para evitar el contraste con un posible rechazo posterior), debería explorarse la posible existencia de estos patrones de comportamiento y de su función para poder generar adecuadas situaciones de exposición o de resolución de problemas.

### 18.2.2. Terapia de regulación de las emociones

Mennin (2004) ha propuesto la terapia de regulación de las emociones

basándose en su modelo de desregulación emocional. La terapia de regulación de las emociones integra componentes de la TCC (p. ej., autorregistro, relajación, reestructuración de creencias, toma de decisiones) con intervenciones centradas en las emociones y que van dirigidas a los déficits en regulación emocional (p. ej., entrenamiento en habilidades) y a la evitación emocional (p. ej., ejercicios experienciales). Además, se abordan también los problemas interpersonales de los pacientes.

La terapia de regulación de las emociones tiene cuatro fases:

1. Psicoeducación sobre el TAG, análisis funcional de las preocupaciones y emociones y autorregistro de preocupaciones.
2. El cliente aprende a identificar respuestas defensivas y de evitación ante la emoción, tales como el preocuparse y la búsqueda de tranquilización. En su lugar, aprende habilidades de conciencia somática, identificación de creencias sobre temas nucleares problemáticos, comprensión y aceptación emocional, identificación y expresión de las propias necesidades y regulación de emociones a través de la respiración, imaginación placentera, actividad física y generación de planes adaptativos de acción ante situaciones problemáticas.
3. Las habilidades aprendidas se emplean en una variedad de ejercicios experienciales que están relacionados con cuestiones nucleares tales como miedo a la pérdida, incompetencia y fracaso. Estos ejercicios experienciales pueden incluir técnicas como la silla vacía, el diálogo de las dos sillas y la exposición en la imaginación, apoyadas, en caso necesario, por otras técnicas como la flecha descendente y el diálogo socrático.
4. Revisión del progreso, terminación de la relación terapéutica, prevención de recaídas y metas futuras más allá de la terapia.

La terapia de regulación de las emociones se ha mostrado eficaz en un

estudio no controlado y también en un ensayo controlado en el que fue superior a una condición control de atención en una amplia variedad de medidas (preocupaciones, ansiedad, depresión) con tamaños del efecto de moderados a grandes. Los resultados se mantuvieron a los 9 meses y fueron igualmente positivos en pacientes que presentaban depresión mayor comórbida (Mennin et al., 2012).

### 18.2.3. Terapia conductual basada en la aceptación

A partir de su modelo de evitación experiencial, expuesto en el capítulo 5, Roemer y Orsillo (2007, 2009) han propuesto la terapia conductual basada en la aceptación (TCBA). Esta terapia integra la terapia conductual con las aproximaciones de atención plena (mindfulness) y la aceptación de las propias experiencias. Concretamente, enfatizan:

- a) Aumentar la conciencia en el momento presente: prestar atención deliberadamente en el momento presente a las experiencias internas y externas sin juzgarlas ni controlarlas.
- b) Alentar la aceptación de las respuestas internas en vez de juzgarlas y evitarlas.
- c) Promover la acción en áreas importantes para el paciente. El tratamiento no se centra primariamente en reducir las preocupaciones, sino en cambiar cómo uno responde ante las mismas.

En la TCBA se comienza explicando y demostrando un modelo del TAG en que se resalta el papel de la evitación experiencial y se conecta este modelo con el tratamiento que se ha de seguir. Luego, se enseñan una variedad de técnicas de atención plena, centradas primero en la respiración y sensaciones, y luego en las emociones y pensamientos. A lo largo del tratamiento se ayuda a los clientes a:

1. Romper la fusión entre la percepción de sí mismos y las experiencias internas. Una forma de conseguir esto es etiquetar estas últimas: "estoy

teniendo la emoción de tristeza", "estoy teniendo el pensamiento de que soy incapaz".

2. Identificar las actividades que valoran en diversas áreas de su vida.

3. Vivir la vida que deseen dejando de centrarse en cambiar sus experiencias internas y centrándose, en cambio, en las acciones que pueden llevar a cabo para cambiar su experiencia externa; y esto último a pesar de los pensamientos y sentimientos dolorosos que pueden surgir.

Puede verse un ejemplo detallado en Hayes-Skelton, Orsillo y Roemer (2013). El tratamiento se ha mostrado más eficaz que la lista de espera en un estudio, con tamaños del efecto altos en preocupación y depresión, y moderados en ansiedad y calidad de vida; las mejoras se han mantenido a los 9 meses (Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault, 2008). Además, el aumento de la aceptación de las experiencias internas y de la ocupación en actividades valiosas predijeron, por encima del cambio en la tendencia a preocuparse, la pertenencia al grupo de los que habían respondido al tratamiento (Hayes, Orsillo y Roemer, 2010).

La TCBA también produce cambios en variables clave propuestas por otros modelos teóricos, tales como dificultades para regular la emoción, miedo a las respuestas emocionales, intolerancia a la incertidumbre y bajo control percibido (Treanor et al., 2011). Por último, la TCBA ha producido mejoras significativas a corto y medio plazo en preocupaciones, ansiedad, humor deprimido, calidad de vida y número de diagnósticos comórbidos, pero no se ha diferenciado de la relajación aplicada (Hayes-Skelton, Roemer y Orsillo, 2013).

#### 18.2.4. Nota final

Se necesita mucha más investigación antes de poder concluir si los nuevos abordajes expuestos son eficaces. La TCBA ha mostrado ser superior a la lista de espera en un estudio y la terapia de regulación de las emociones ha

sido más eficaz que una condición control de atención en otro trabajo. No hay datos al respecto con la terapia integradora de Newman y falta saber si estas tres nuevas terapias son o no más eficaces que los tipos de TCC más investigados hasta el momento y que fueron expuestos en el capítulo 7.

Finalmente, el tratamiento cognitivo-conductual del TAG en adultos y niños es relativamente complejo e incluye diversas técnicas con la finalidad de abordar los distintos aspectos afectados. Sin embargo, no está claro qué componentes son más importantes y cuáles son necesarios. Además, los tratamientos multicomponentes tienen diversas desventajas: a) son más difíciles de aplicar y requieren personal especializado, con lo cual la diseminación del tratamiento es más difícil; b) no son necesariamente más eficaces que programas más simples; y c) es más fácil que los clientes no cumplan con ellos en su integridad e incluso que los abandonen.

Aunque los tratamientos cognitivo-conductuales existentes para el TAG proporcionan resultados notables, es de esperar que las investigaciones de los próximos años permitan identificar terapias aún más refinadas y eficaces. Sin embargo, esto no debe hacer olvidar que probablemente haya un valor asintótico que no se pueda sobrepasar. No está en las manos de un profesional de la salud poder cambiar suficientemente ciertos factores que limitan la eficacia del tratamiento, tales como estar sometido a factores estresantes crónicos, las dificultades de relación, el bajo nivel socioeconómico, la cronicidad y gravedad del TAG, la comorbilidad con otros trastornos y el reforzamiento de los síntomas por parte de otras personas.

# Lecturas recomendadas

- Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1997). "Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada". En V.E.Caballo (Dir.), Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1, pp. 211-240). Madrid: Siglo XXI.

Los autores presentan su primera versión del tratamiento para el TAG basado en la importancia de la intolerancia a la incertidumbre. En primer lugar, analizan el concepto de preocupación y sus relaciones con el proceso de solución de problemas, la intolerancia a la incertidumbre y la activación emocional. En segundo lugar, distinguen tres tipos básicos de preocupaciones, lo cual tiene implicaciones de cara al tratamiento. En tercer lugar, describen algunos cuestionarios, entre ellos algunos que miden variables clave asociadas con el TAG. Por último presentan un tratamiento que incluye: a) presentar y justificar el tratamiento, b) identificar las situaciones asociadas a las preocupaciones y distinguir entre los tres tipos de preocupaciones, b) intervenciones específicas para la preocupación (solución de problemas, exposición), y c) identificar y cuestionar las creencias sobre la utilidad del preocuparse.

- Dugas, M. J. y Robichaud, M. (2007). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder. Nueva York: Routledge.

En este libro se presenta la última versión del tratamiento de Dugas y colaboradores. Los autores describen la naturaleza del trastorno, su modelo explicativo cognitivo y los métodos para diagnosticar y evaluar el TAG, y adjuntan íntegramente seis cuestionarios acordes a su modelo. A continuación, presentan una panorámica general de los seis módulos del tratamiento, explican cómo se aplican paso por paso y ofrecen datos sobre la eficacia de la intervención. Finalmente, revisan diversos factores que pueden interferir en el tratamiento y discuten diversas formas de actuación para manejarlos.

- Ladouceur, R., Bélanger, L. y Léger, E. (2009). Deje de sufrir por todo y por nada. Madrid: Pirámide. (Original de 2003.)

Esta obra se dirige a las personas con TAG. Describe los distintos trastornos de ansiedad y especialmente el TAG, y presenta algunos cuestionarios y autorregistros para evaluar diversos aspectos del trastorno. Asimismo, ofrece una explicación de la génesis y mantenimiento de este y describe los distintos componentes del tratamiento con la ayuda de un caso. La intervención descrita es algo anterior a la versión de Dugas y Robichaud (2007).

- Prados, J. M. (2008). Ansiedad generalizada. Madrid: Síntesis.

Se trata de una obra sobre el TAG con marcado carácter didáctico. A lo largo de la misma se aborda: a) la naturaleza del trastorno, b) diversas teorías explicativas sobre el mismo y un modelo integrador del autor, c) los diferentes métodos de evaluación disponibles, con especial énfasis en los cuestionarios, de los cuales se presentan los ítems que los componen, d) la eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicológicos del TAG, e) las diversas intervenciones existentes para adultos, niños y ancianos, y f) una intervención cognitivo-conductual propuesta por el autor, basada en su modelo integrador y para la que ofrece datos preliminares sobre su eficacia.

- Romero, P. y Gavino, A. (2009). Tratando... trastorno de ansiedad generalizada. Madrid: Pirámide.

Este libro se centra en la presentación de una serie de situaciones problemáticas que pueden surgir durante el tratamiento del TAG. Cada situación es descrita brevemente y a continuación se enumeran los objetivos que se desea conseguir, las técnicas que se han de aplicar, las estrategias terapéuticas aconsejadas a la hora de poner en práctica las técnicas anteriores y las habilidades que debe tener el terapeuta. En muchas situaciones se distingue entre la intervención adecuada para las mismas, presente o no TAG el cliente, y la intervención más específica

para clientes con TAG. El libro presupone que se tienen ya unos conocimientos sólidos de la terapia cognitivo-conductual.

- Zinbarg, R.E., Craske, M. G. y Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry (MAW): Therapist guide* (2.a ed.). Londres: Oxford University Press.
- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry: Client workbook* (2.a ed.). Londres: Oxford University Press.

Es un manual muy completo de tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, con una versión para el cliente y otra para el terapeuta, que se complementan perfectamente. La intervención incluye conceptualización del problema y justificación del tratamiento, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, exposición a la preocupación, prevención de las conductas de seguridad, organización del tiempo, resolución de problemas y discontinuación de la medicación. Cada procedimiento es explicado detalladamente y se ofrecen breves transcripciones de casos para ilustrarlos, así como material para llevar a cabo las actividades entre sesiones y preguntas de autoevaluación para que el cliente compruebe su comprensión.

- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Nueva York: Guildford.

En los tres primeros capítulos, Wells presenta el modelo teórico y naturaleza de la terapia metacognitiva, los métodos de evaluación utilizados y las habilidades fundamentales requeridas para aplicar la terapia, tales como el diálogo socrático centrado en las metacogniciones y la exposición metacognitivamente basada. Los siguientes dos capítulos están dedicados a presentar dos técnicas dirigidas a modificar el control de la atención y diversas técnicas de conciencia plena objetiva. En los capítulos 6 a 9 se presenta el modelo metacognitivo y la estructura de tratamiento para cuatro trastornos diferentes: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno

obsesivocompulsivo y depresión mayor. Finalmente, se revisan los datos disponibles para la teoría y terapia metacognitivas y se acaba con unas reflexiones finales. El libro está claramente escrito y es muy práctico, a lo cual contribuye también la presentación en los apéndices de diverso material de evaluación y tratamiento.

# Bibliografía y apéndices

Con el propósito de poner en práctica principios ecológicos, económicos y prácticos, el listado completo y actualizado de las fuentes bibliográficas empleadas por el autor en este libro, así como de los apéndices, se encuentran disponibles en la página web de la editorial [www.sintesis.com](http://www.sintesis.com).

Las personas interesadas se lo pueden descargar y utilizar como más les convenga: conservar, imprimir, utilizar en sus trabajos, etc.

# Índice

Prólogo	13
1. Introducción y definición	16
1.2. Definición del trastorno de ansiedad generalizada	20
2. Sistemas diagnósticos: DSM-5 y CIE-10	22
2.2. Criterios diagnósticos de la CIE-10	27
2.3. Diagnóstico diferencial	30
3. Características clínicas del trastorno	33
3.2. La ansiedad, reacciones somáticas y otros síntomas	40
3.3. Las creencias sobre las preocupaciones	41
3.3.2. Las creencias de que las preocupaciones son incontrolables y peligrosas	42
3.4. Control del pensamiento y conductas motoras de evitación y de búsqueda de seguridad	44
4. Otros aspectos descriptivos del trastorno	45
4.2. Epidemiología	48
4.3. Comorbilidad	51
5. Etiología y mantenimiento	55
5.1. Modelo de aprensión ansiosa	56
5.2. Modelo de evitación acerca de la preocupación	58
5.3. Modelo de intolerancia a la incertidumbre	61
5.4. Modelo metacognitivo	64
5.5. Modelo de desregulación emocional	66
5.6. Modelo de evitación experiencial	67
5.7. Un modelo integrador	68
6. Evaluación	77

6.2. Cuestionarios	82
6.2.1. Cuestionarios de tipo diagnóstico	83
6.2.2. Cuestionarios de ansiedad	84
6.2.3. Cuestionarios de preocupaciones	90
6.2.4. Cuestionarios sobre factores que se piensa que contribuyen a mantener el TAG	95
6.2.5. Cuestionarios de interferencia y calidad de vida	103
6.3. Autorregistros	105
6.4. Significación clínico-social	107
7. Tratamiento	112
7.1. Programas de tratamiento psicológico para el TAG en adultos	113
7.1.2. Terapia cognitivo-conductual de Barlow	122
7.1.3. Terapia cognitivo-conductual de Dugas	129
7.1.4. Terapia metacognitiva de Wells	135
7.2. Eficacia y utilidad clínica del tratamiento psicológico con adultos	138
7.2.2. Significación clínica de los resultados	144
7.2.3. Variables predictoras de los resultados	149
7.2.4. Utilidad clínica del tratamiento	151
7.3. Tratamiento psicológico con niños y adolescentes	154
7.3.2. Variables predictoras de los resultados	163
7.3.3. Utilidad clínica del tratamiento	164
7.4. Tratamiento farmacológico	165
7.4.2. Tratamiento farmacológico versus psicológico y terapias alternativas	170
7.5. Protocolo modular para el tratamiento del TAG	171

c~ Conceptualización compartida	176
8.1. Acuerdo sobre el modelo explicativo del problema	180
8.2. Acuerdo sobre objetivos y presentación del tratamiento	181
8.3. Facilitar el cumplimiento del tratamiento	182

# Psicoterapias

**Arturo Bados López** es profesor titular en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un problema que interfiere marcadamente en la vida de las personas y supone un uso elevado de los recursos sanitarios y una carga económica notable para la sociedad. En los últimos años se han desarrollado e investigado nuevas formas de intervención cognitivo-conductual que han logrado resultados bastante satisfactorios. En este libro se explican los tratamientos existentes y se presenta de modo detallado un protocolo para el tratamiento del TAG que se basa en los programas cognitivo-conductuales que se han mostrado más eficaces y que incluyen diversos módulos, cuya aplicación dependerá de las variables que en cada paciente estén contribuyendo al mantenimiento del TAG.

ISBN-13: 978-84-9077-097-9



EDITORIAL  
SÍNTESIS