

Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada

Sergio García Morilla

Arturo Bados

Carmina Saldaña

Unitat de Teràpia de Conducta (Universitat de Barcelona)

Se presenta el caso de una mujer de 36 años que solicitó ayuda por la presencia de crisis de angustia. Tras la evaluación se consideró que el foco central del problema era la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente. Se realizaron 43 sesiones de tratamiento cognitivo-conductual, dos de ellas con el marido. Se abordaron las crisis de angustia mediante psicoeducación, entrenamiento en respiración controlada y reestructuración cognitiva; y las preocupaciones excesivas mediante control de estímulos, reestructuración cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas, experimentos conductuales y exposición imaginal. Los informes de la paciente y los cuestionarios indicaron una mejora clínicamente significativa, en la que, creemos, los experimentos conductuales y la exposición imaginal jugaron un papel muy importante.

Palabras clave: trastorno de ansiedad generalizada, terapia cognitivo-conductual, exposición.

Cognitive-behavioral treatment of a person with generalized anxiety disorder

A case of a 36-year-old woman who asked help by the presence of panic attacks is reported. After assessment, it was considered that the main problem was the presence of excessive and persistent anxiety and worries. Forty-three sessions of cognitive-behavioral treatment were conducted, two with her husband. Panic attacks were addressed with psychoeducation, training in controlled breathing and cognitive restructuring, whereas the excessive worries were addressed with stimulus control, cognitive restructuring, training in problem solving, behavioral experiments and imaginal exposure. Patient's reports and scores

on questionnaires indicated a clinically significant improvement that, we believe, can be mainly attributed to behavioral experiments and imaginal exposure.

Keywords: *Generalized anxiety disorder, cognitive-behavioral therapy, exposure.*

Introducción

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por preocupaciones y ansiedad excesivas, persistentes y difíciles de controlar sobre una serie de áreas, tales como familia, salud, amigos, trabajo, escuela, economía y vida cotidiana. Las preocupaciones y la ansiedad van asociadas a síntomas como inquietud o nerviosismo, fatigabilidad, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño. Además, el foco de la ansiedad y preocupación no se limita a lo que es propio de otros trastornos (por ejemplo, posibilidad de padecer una enfermedad grave en la hipocondría) y la preocupación, la ansiedad o los síntomas físicos producen un malestar significativo o un deterioro del funcionamiento de la persona (American Psychiatric Association, 2000).

En el inicio del TAG interviene, por una parte, una vulnerabilidad biológica entendida como una posible hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada. Y por otra, una vulnerabilidad psicológica (percepción del mundo como un lugar peligroso unida a percepción de incapacidad para hacer frente a los eventos amenazantes) surgida a partir de la experiencia de eventos traumáticos o muy estresantes y de ciertos estilos educativos –padres hipercontroladores y poco afectuosos– que favorecen un apego inseguro en la infancia (Barlow, 2002; Sibrava y Borkovec, 2006).

En cuanto al mantenimiento del trastorno, diversos modelos han propuesto la influencia de factores tales como (a) la baja tolerancia a la incertidumbre y a la activación emocional; (b) los sesgos cognitivos, como atención sesgada hacia la amenaza, interpretación de la información ambigua como amenazante y exageración de la probabilidad de la amenaza; (c) la orientación negativa hacia los problemas; (d) la percepción de falta de recursos para manejar las amenazas y las reacciones emocionales; (e) las creencias sobre las preocupaciones, que pueden ser útiles por una parte, pero incontrolables y peligrosas por otra; y (f) el empleo de estrategias de evitación y defensivas, como la supresión de pensamientos inquietantes (Bados, 2009; Dugas y Robichaud, 2007; Wells, 2005).

Los tratamientos psicológicos más eficaces para el TAG son la relajación aplicada, la terapia cognitiva de Beck y la terapia cognitivo-conductual, que es una combinación de los dos anteriores. Otros programas cognitivo-conductuales que también han resultado eficaces son los de los grupos de Dugas y de Barlow, la terapia metacognitiva de Wells y la terapia conductual basada en la aceptación. Cerca del 70% de los pacientes tratados mejoran significativamente, aunque el porcentaje de los que se recuperan no llega al 40%. Los resultados se mantienen

en seguimientos de hasta 2 años ($M = 9$ meses). La terapia cognitivo-conductual aplicada en la práctica clínica habitual da lugar a resultados similares a los obtenidos en investigaciones controladas, aunque la duración del tratamiento y el porcentaje de abandonos son más altos (Bados, 2009).

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 algunos aspectos problemáticos de la paciente no contemplados en dicho programa.

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 Diacepam y Citalopram, recetados por su médico de cabecera, el cual le había aconsejado recibir tratamiento psicológico.

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 los siguientes:

– El *Inventario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovek, 1990) y la *Escala de Intolerancia a la Incertidumbre* (IUS; Buhr y Dugas, 2002) para evaluar la tendencia a preocuparse y la actitud hacia la incertidumbre.

– Los *Cuestionarios de Sensaciones Corporales* (BSQ) y *Cogniciones Agorafóbicas* (ACQ) de Chambless, Caputo, Bright y Gallagher (1984) para evaluar posible sintomatología de crisis de angustia.

– El *Inventario Breve de Síntomas* (BSI; Derogatis y Spencer, 1982) para evaluar el malestar emocional general.

– La *Escala de Interferencia* (EI; basada en Echeburúa, de Corral y Fernández-Montalvo, 2000) y el *Índice Multicultural de Calidad de Vida* (MQLI; Mezich *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.

Análisis del problema

Sara informó de sintomatología ansiosa consistente en dificultades respiratorias, taquicardia, hormigueo, mareo, calor, dolor y/o 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 la tabla 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 (por ejemplo, no querer aceptar que su madre o ella pudieran enfermar), tendencia a atender sesgadamente a las amenazas (por ejemplo, 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 la tabla 1 (ver más abajo).

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 EI y muy bajo en el MQLI.

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.

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 1).

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.

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 imaginal 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.

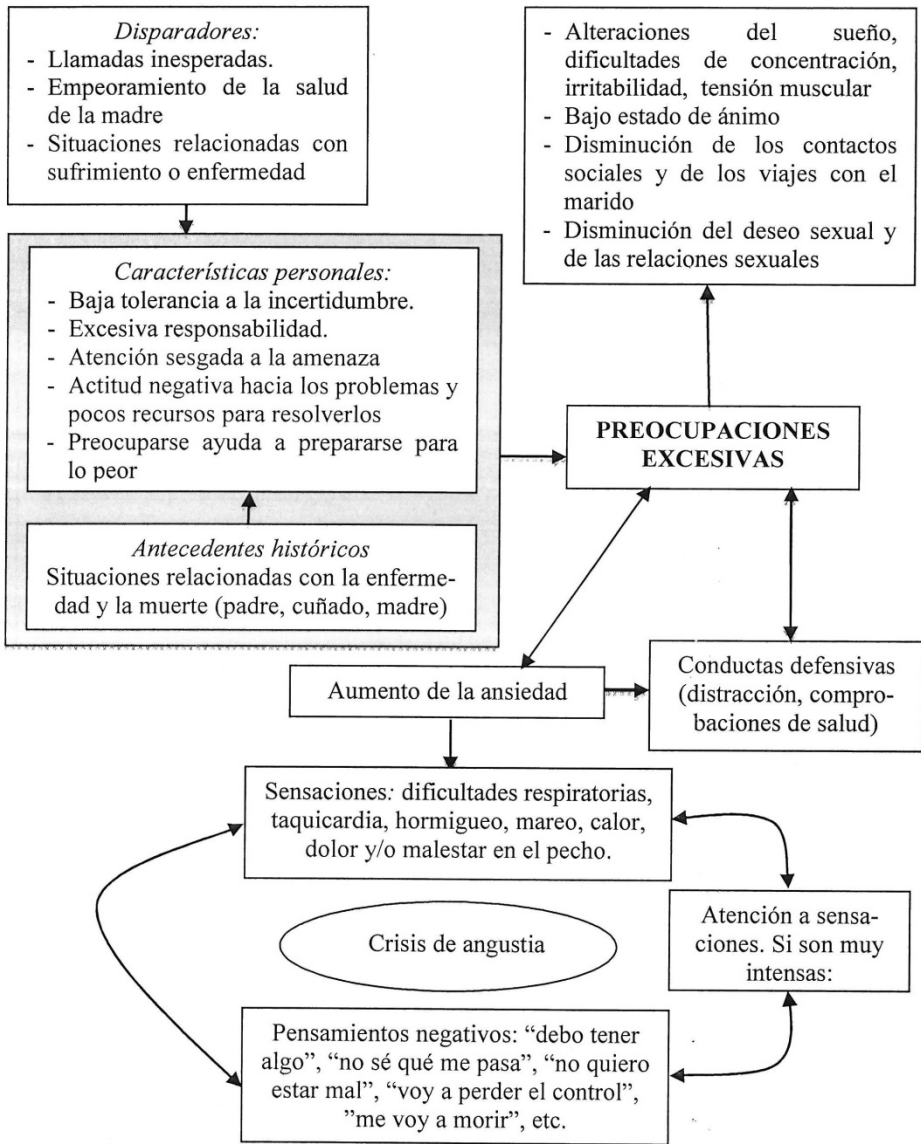


Figura 1. Análisis funcional.

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 en relación con 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 lo siguiente:

- 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

- 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 imaginal. De todos modos, algunas preocupaciones, 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 (por ejemplo, un botón de teleasistencia) y aceptar la ocurrencia del mismo a través de la exposición imaginal.

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 imaginal 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 imaginarse 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 imaginal 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 (por ejemplo, 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.

Resultados

La tabla 1 presenta los resultados de los cuestionarios aplicados en el pretratamiento, durante el tratamiento y al final de este. Como pueden verse, en el posttratamiento, 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.

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 (IUS) 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 agradables del tipo deporte, ocio, etc. Esto ayudó a Sara a crear una vida con un propósito más allá del rol de cuidadora.

Puede observarse en la tabla 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 imaginal 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 Diacepam, aunque seguía tomando una dosis muy baja (10 mg/día) de Citalopram.

TABLA 1. RESULTADOS OBTENIDOS EN DISTINTOS MOMENTOS DE EVALUACIÓN.

Cuestionarios	Rango	Punto de corte ^a	Pre	12 ^a sesión	25 ^a sesión	Post
Inventario Breve de Síntomas (BSI):						
Ansiedad	0-4	0,77	1,00	0,50	1,83	0,50
Depresión	0-4	0,73	0,50	0,67	0,83	0,17
Índice de Severidad Global	0-4	0,61	0,34	0,40	0,87	0,13
Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania.(PSWQ)	16-80	53	67	55	64	48
Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS)	27-135	69	83	71	-	46
Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ)	1-5	2,31	1,6	3,29	-	1,47
Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (ACQ):						
Total	1-5	1,52	1,3	1,57	-	1,12
Preocupaciones físicas	1-5	1,62	1,5	1,85	-	1,38
Preocupaciones socio-conductuales	1-5	2,03	1	1,14	-	1,00
Escala de Interferencia (EI):						
Interferencia media total	0-8	2	3,1	-	-	0,4
Interferencia en áreas afectadas	0-8	2	3,5	-	-	2
Interferencia global	0-8	2	5	-	-	1
Índice de Calidad de Vida (MQLI)	1-10	6,5	3,5	-	-	8

Nota: ^a 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.

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.

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. Basándonos en las informaciones proporcionadas por la paciente y los autorregistros, pensamos 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 imaginales.

Creemos que 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 imaginal 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 imaginalmente, la actitud de la paciente cambió y se observó cómo ganaba gradualmente confianza en sí misma y reducía sus preocupaciones y malestar.

Desde mi punto de vista como terapeuta en formación (SGM), este caso ilustra el puente de unión que debe existir entre la investigación y la práctica clínica habitual. Esto implica analizar la conveniencia de aplicar programas psicológicos contrastados a un paciente en particular y realizar las adaptaciones oportunas. En este proceso, las supervisiones semanales con el equipo terapéutico me ayudaron a analizar el problema y a elaborar la intervención más adecuada para Sara. Estas supervisiones supusieron para mí un espacio para poder expresar mis ideas y reflexionar sobre las aportaciones hechas por los supervisores y compañeros, lo cual me ayudó a ser más abierto ante las críticas y a no conformarme con un único punto de vista, a contemplar todas las posibilidades y a trabajar en equipo.

De la evaluación destacaría la importancia de determinar adecuadamente las características idiosincrásicas del paciente dentro del trastorno, como por ejemplo, averiguar qué representación mental toma la preocupación en su experiencia personal. Como pudimos comprobar mediante los autorregistros y preguntas en la entrevista, las preocupaciones de Sara tenían un fuerte componente imaginal, una marcada tendencia a presentarse como imágenes o escenas amenazantes, lo que va

en la línea de las nuevas teorías sobre el TAG (Newman y Llera, 2011) y puede explicar la mayor utilidad de la exposición imaginal sobre la reestructuración cognitiva.

El caso no estuvo exento de dificultades. En el transcurso de las exposiciones en imaginación Sara se metió tanto en ellas que, sobre todo en las primeras, llegó a manifestar síntomas cercanos a las crisis de angustia. El abordaje de las emociones que la paciente generaba en mí supuso un reto importante, ya que el primer impulso que tenía al ver su sufrimiento era dar por finalizada la exposición, aun sabiendo lo contraproducente que resulta este procedimiento. En este punto me fue de gran ayuda el consejo y apoyo de los supervisores, que me dieron confianza y herramientas para gestionar mis posibles futuras reacciones, las supervisiones directas mediante grabación de video donde se analizaban las sesiones y me recomendaban pautas de actuación, así como las sesiones de formación específica en habilidades terapéuticas que incluían módulos centrados en conocer nuestras características personales, pensamientos y emociones, y su posible relación con la terapia.

Otra dificultad 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 costo-beneficio de la situación y el trabajo en la mejora del vínculo terapéutico fueron piezas importantes para superar esta dificultad.

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 mi poca experiencia 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 (Turner, Beidel, Spaulding y Brown, 1995).

Finalmente, fue importante para mí comprobar, gracias a este caso, que la investigación tiene un reflejo eminentemente práctico, pues un terapeuta puede beneficiarse mucho de los programas que se han mostrado eficaces si los estudia en profundidad y los adapta adecuadamente, huyendo del conformismo técnico que supone creer que lo que funciona para algunos funciona para todos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed., texto revisado). Washington: Autor.
- Bados, A. (2009). *Trastorno de Ansiedad Generalizada: naturaleza, evaluación y tratamiento* [Monografía]. Universidad de Barcelona. Handle: <http://hdl.handle.net/2445/6322>
- Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioural therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 585-592.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Borkovec, T.D. (2006). Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. En G.C.L. Davey y A. Wells. (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 273-287). West Sussex: Wiley.
- Buhr, K. y Dugas, M.J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 931-945.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Derogatis, L.R. y Spencer, P.M. (1982). *The Brief Symptom Inventory: Administration and procedures manual – I*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Dugas, M.J. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Nueva York: Routledge.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. y Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487- 495.
- Mezzich, J.E., Ruipérez, M.A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality of Life Index: Presentation and validation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 301-305.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing* (2ª ed.). New York: Guilford.
- Newman, M.G. y Llera, S.J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31, 371-382.
- Robichaud, M. y Dugas, M.J. (2005). Negative problem orientation (Part I): Psychometric properties of a new measure. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 391-401.
- Sibrava, N.J. y Borkovec, T.D. (2006). *The cognitive avoidance theory of worry*. Nueva York: Wiley.
- Stewart, R. y Chambless, D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 595-606.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Spaulding, S.A. y Brown, J.M. (1995). The practice of behavior therapy: A national survey of cost and methods. *The Behavior Therapist*, 18, 1-4.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121.