



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Facultat de Psicologia.
 Departament de Personalitat, Avaluació
 i Tractament Psicològics.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Arturo Bados López

28 de noviembre de 2005

ÍNDICE

NATURALEZA.....	2
EDAD DE COMIENZO Y CURSO	5
FRECUENCIA.....	6
PROBLEMAS ASOCIADOS	7
GÉNESIS Y MANTENIMIENTO.....	8
EVALUACIÓN.....	13
Entrevista.....	13
Cuestionarios y escalas de valoración	15
Cuestionarios de tipo diagnóstico	15
Cuestionarios de ansiedad.....	16
Cuestionarios de preocupaciones	18
Cuestionarios sobre otros aspectos relacionados	20
Cuestionarios de interferencia o discapacidad	23
Autorregistros.....	23
Observación.....	24
Significación clínica.....	24
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	25
Eficacia del tratamiento psicológico	25
Utilidad clínica del tratamiento psicológico.....	30
Tratamiento de Brown, O'Leary y Barlow (1993, 2001).....	31
Entrenamiento en relajación.....	32
Reestructuración cognitiva.....	33
Exposición a la preocupación	34
Prevención de las conductas de preocupación	36
Organización del tiempo	37
Resolución de problemas	38
Tratamiento del grupo de Dugas	39
Conceptualización del problema y justificación del tratamiento	40
Entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones y del tipo de estas	40

Resolución de problemas	40
Exposición funcional cognitiva.....	41
Reevaluación de la utilidad de cada preocupación específica.....	43
Prevención de recaídas.....	45
Tratamiento del perfeccionismo patológico	45
Tratamiento de Kendall (1994)	48
TRATAMIENTO MÉDICO	50
PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO	53
TABLAS	54
REFERENCIAS	66

NATURALEZA

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una **preocupación y ansiedad excesivas** (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), **persistentes** (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y **difíciles de controlar** sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido. Este y otros criterios para el TAG según el DSM-IV aparecen en la tabla 1.

Las **áreas más comunes de preocupación** suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros. Las preocupaciones pueden ser por cuestiones menores tales como faenas domésticas, reparación del coche o llegar tarde a un sitio o a una cita (*American Psychiatric Association*, 1994/1995; Brown, Barlow y Liebowitz, 1994). 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 (Dugas y Ladouceur, 1997). 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 aquí especialmente importante.

Según el DSM-IV, 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. Otros temas de preocupación son la puntualidad y 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 resultados que no son perfectos. Buscan en demasía la aprobación y requieren ser tranquilizados en exceso respecto a su actuación y otras preocupaciones (*American Psychiatric Association*, 1994/1995).

A continuación se presentan varios **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 este podía quemarse, por si no lo oíría llorar por la noche y podría ahogarse, y por si se le pasaba por alto algún signo o síntoma de enfermedad y el bebé podía 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 una llamada telefónica sería porque un paciente había recaído o se había in-

tentado 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.

El **centro de la ansiedad y preocupación no se limita a lo que es propio de otros trastornos**; por ejemplo, la posibilidad de tener un ataque de pánico (trastorno de pánico), sentirse azorado en público (fobia social), contaminarse (trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (trastorno de ansiedad por separación), ganar peso (anorexia nerviosa), tener múltiples quejas físicas (trastorno de somatización), padecer una enfermedad grave (hipocondría). La ansiedad y preocupación tampoco ocurren exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático (*American Psychiatric Association, 1994/1995*).

Además, según el DSM-IV, para diagnosticar el trastorno, este **no ha de ser debido** a los efectos fisiológicos directos de una **sustancia** (droga, fármaco) o **enfermedad** (p.ej., hipertirodismo) **ni ocurrir exclusivamente durante un trastorno afectivo, un trastorno por estrés postraumático, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo**. Sin embargo, se ha cuestionado la validez de la relación jerárquica del DSM-IV entre el trastorno depresivo mayor y el TAG. Así, Zimmerman y Chelminski (2003) hallaron que en comparación a los pacientes depresivos sin TAG, los pacientes depresivos con TAG (excepto el criterio de exclusión) presentaron niveles más altos de ideas suicidas; un funcionamiento social más pobre; una mayor frecuencia de otros trastornos ansiosos, alimentarios y somatoformes; un mayor nivel de preocupación patológica; y un riesgo mórbido más alto para el TAG en los familiares de primer grado.

Puede **definirse la preocupación** como una cadena de pensamientos e imágenes (especialmente los primeros) cargada con afecto negativo, relativamente incontrolable y que está orientada hacia un peligro futuro que es percibido como incontrolable; o en otras palabras, pensamientos continuos sobre un peligro futuro que se experimentan como aversivos y relativamente incontrolables (Dugas y Ladouceur, 1997; Rapee, 1995). Esta orientación hacia el futuro está clara incluso cuando parece que la preocupación se refiere a algo pasado; la persona que se preocupa por algo que dijo en una reunión, está realmente preocupada por las consecuencias que podría tener eso que dijo. Se ha dicho que la preocupación se describe bien con la frase: “¿Qué pasaría si...?”.

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 aquellas 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. Como ha afirmado Deffenbacher (1997, pág., 242): *“El individuo tiende a darle vueltas en su cabeza a estas cuestiones, siendo incapaz de alcanzar una solución, de tomar decisiones, de llevar a cabo una actuación decisiva y de vivir con relativa tranquilidad con las consecuencias. Por el contrario, suelen darle vueltas y más vueltas a, y preocuparse con, las posibilidades negativas, los errores y equivocaciones potenciales, y los fracasos y dificultades reales e imaginarios. Es como si estuvieran petrificados en las primeras etapas de una solución de problemas.”* Es muy posible que las preocupaciones estén muy relacionadas con la intolerancia a la incertidumbre (Dugas y Ladouceur, 1997; Dugas y cols., 1998).

Preocuparse puede tener una función adaptativa al ayudar a prepararnos para situaciones problemáticas y resolverlas. Pero también puede convertirse en algo excesivo o desadaptativo. **Cinco preguntas útiles para decidir si preocuparse es desadaptativo** son: “a) ¿Se preocupa por cosas

sobre las que, según usted reconoce, la mayoría de la gente no se preocupa (p.ej., pequeñas cosas sobre el manejo de la casa)? b) ¿Encuentra muy difícil dejar de preocuparse y, en consecuencia, no puede relajarse? c) ¿Su preocupación raramente da lugar a alcanzar una posible solución para un problema particular? d) ¿Cree que si no se preocupa, sucederá realmente un acontecimiento terrible? e) ¿Se preocupa por no preocuparse o se preocupa cuando las cosas le van bien en la vida?” (Craske, Barlow y O’Leary, 1992, pág. 1-7).

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 Dugas y Ladouceur (1997) han señalado que los últimos se preocupan por una mayor variedad de situaciones y se preocupan más por cuestiones menores. Por otra parte, está claro que en el caso del TAG las preocupaciones son más frecuentes, duraderas, intensas y difíciles de controlar que en sujetos normales (para una posible matización de esto último, véase Becker y cols., 1998). Estas preocupaciones excesivas van asociadas a una hipervigilancia hacia los estímulos amenazantes y a una sensación de incontrolabilidad de los mismos. En comparación a sujetos “normales”, las personas con TAG se pasan más tiempo preocupados diariamente (55 ± 63 contra 310 ± 195 minutos en el estudio de Dupuy y cols., 2001), informan de más preocupaciones no precipitadas por algo y tienen preocupaciones menos realistas, percepciones de menor controlabilidad y más áreas de preocupación (Brown, O’Leary y Barlow, 2001). Por otra parte, Butler (1994) indica que 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.

Dugas y Ladouceur (1997) distinguieron tres **tipos de preocupaciones** en el TAG que se refieren a: 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**; así, 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**; ejemplos serían la posibilidad de arruinarse o de caer gravemente enfermo en ausencia de dificultades económicas o de salud. Posteriormente, los tipos de preocupaciones se han reducido a dos. Así, Dugas y cols. (1998) han clasificado las preocupaciones según se refieran a problemas actuales (cumplir con los plazos fijados en el trabajo, conflictos interpersonales) o a eventos futuros improbables (muerte del hijo en un accidente de coche). Por otra parte, Ladouceur y cols. (2000) han distinguido **dos tipos de preocupaciones**: a) sobre **situaciones modificables** (tratables mediante resolución de problemas) y b) sobre **situaciones no modificables** (y que frecuentemente no existen todavía). Como se discutirá más adelante, los autores citados indican que cada tipo de preocupación requiere una intervención diferente.

La ansiedad y las preocupaciones están asociadas con síntomas tales como inquietud o impaciencia, 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). El DSM-IV exige tres o más de estos seis síntomas (uno en niños) y que algunos de ellos hayan estado presentes habitualmente (más de la mitad de los días) durante los últimos 6 meses. Aunque los síntomas mencionados parecen los más importantes, otros posibles síntomas físicos son temblores, sacudidas, dolores o entumecimientos musculares, manos frías y húmedas, boca seca, sudoración, náusea o diarrea, polaquiuria, dificultad para tragar o nudo en la garganta y respuestas exageradas de sobresalto.

De todos modos, **los síntomas autónomos 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 (*American Psychiatric Association*, 1994/1995; Brown, O’Leary y Barlow, 2001; Rapee, 1995). **La tensión muscular es el síntoma somático más característico del**

TAG, mientras que hay un cierto grado de inhibición simpática y de falta de variabilidad autónoma. 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 evitación motora 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 evitación; esta inmovilidad implica aumento de la tensión muscular (Borkovec, 1994).

El TAG requiere que la preocupación, la ansiedad o los síntomas físicos produzcan un **malestar** clínicamente significativo o un **deterioro** social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento de la persona. Tal como indican los datos de Wittchen y cols. (1994), el TAG interfiere mucho en la vida de los pacientes, les empuja a buscar ayuda profesional, especialmente médica, y/o les lleva a tomar medicación.

No hay que confundir preocupaciones y obsesiones. Estas 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. Finalmente, la mayoría de las obsesiones van acompañadas de compulsiones que reducen la ansiedad asociada con aquellas (*American Psychiatric Association*, 1994/1995; para más información, véase Turner, Beidel y Stanley, 1992).

En comparación al DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la **CIE-10** (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000) para el trastorno de ansiedad generalizada no requieren que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar. Además, exigen la presencia de 4 síntomas de 22 (entre los cuales se incluyen 5 de los 6 síntomas que contiene el DSM-IV). Los 22 síntomas se dividen en:

- **Síntomas autónomos** (4): palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblor o sacudidas, sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).
- **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).
- **Relacionados con el estado mental** (4): sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia; miedo a morir
- **Síntomas generales** (6): sofocos o escalofríos; aturdimiento o sensaciones de hormigueo; tensión, dolores o molestias musculares; inquietud o incapacidad para relajarse; sentimiento de estar al límite o bajo presión, o de tensión mental; sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.
- **Otros síntomas no específicos** (4): respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos; 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.

Al menos uno de los síntomas debe ser del grupo autónomo. El grado de concordancia entre el DSM-IV y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) es relativamente alto. En el estudio de Andrews, Slade y Peters (1999), el 77% de los casos con un diagnóstico positivo según uno de estos sistemas tuvo un diagnóstico positivo en ambos sistemas.

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 (Ra-

pee, 1995). La mitad de los pacientes con TAG informan que su trastorno comenzó en la **infancia y adolescencia**, aunque un inicio después de los 20 años no es raro. En el estudio de Brown y cols. (2001) con una muestra clínica la edad media fue de 20,6 años (DT = 11,5) y en el de Léger y cols. 1999, citado en Gosselin y Laberge, 2003), 25 años. Con niños y adolescentes, la edad media de comienzo ha oscilado entre los 11 y 13,5 años. Es plausible que las preocupaciones excesivas aparezcan ya en la infancia o adolescencia, pero que no alcancen la categoría de trastorno hasta el comienzo de la vida adulta coincidiendo con acontecimientos vitales tales como la acumulación de responsabilidades, nacimiento de niños, dificultades laborales y problemas de salud (Gosselin y Laberge, 2003).

El curso del trastorno es **crónico**, aunque con **fluctuaciones** dependientes de la presencia o ausencia de periodos de estrés (*American Psychiatric Association*, 1994/1995; Rapee, 1995). En pacientes graves con TAG de larga duración (M = 20 años) la probabilidad de remisión total al cabo de 1, 2 y 5 años fue sólo del 15%, 25% y 38% respectivamente, a pesar de haber recibido farmacoterapia y algún tipo de tratamiento psicológico (psicodinámico, conductual, cognitivo-conductual). De los pacientes remitidos, el 27% recayeron dentro de un periodo de 3 años (Yonkers y cols., 1996, 2000). 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.

En comparación a otros pacientes con trastornos de ansiedad, es menos frecuente que los pacientes con TAG busquen tratamiento, quizá porque este trastorno causa una menor perturbación o porque las personas lo acepten como una forma de ser. Tampoco es frecuente ver pacientes con TAG en las consultas psicológicas, probablemente porque son tratados por médicos generales que prescriben ansiolíticos (Craske, Rapee y Barlow, 1992).

FRECUENCIA

Siguiendo los criterios del **DSM-III-R** y de acuerdo con un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 8.098 personas, el *National Comorbidity Survey*, la **prevalencia actual, anual y vital** (los que tienen o han tenido TAG) del TAG en la población general estadounidense fueron respectivamente **1,6%, 3,1% y 5,1%** (Kessler y cols., 1994; Wittchen y cols., 1994); es posible que las dos últimas prevalencias sean sobrestimaciones, ya que pueden incluir a personas que no cumplían todos los criterios del TAG. Las prevalencias son más altas (p.ej., actual: 3,1%, vital: 6,4%) si se siguen los criterios de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), los cuales no requieren que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar.

Considerando ahora los **criterios del DSM-IV**, en un estudio epidemiológico realizado con 10.641 australianos, se halló una **prevalencia mensual y anual del 2,8% y del 3,6%** respectivamente (Hunt, Issakidis y Andrews, 2002). Wittchen y Hoyer (2001) citan un estudio en que la prevalencia actual fue del 3,7% en Sudáfrica. **Prevalencias más bajas 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). La prevalencia **anual** del TAG fue **1,0%** (0,5% en varones y 1,3% en mujeres) y la **vital**, **2,8%** (2,0% en varones y 3,6% en mujeres). Loeb, Becker y Altamura (2005) han revisado varios estudios europeos realizados en Europa; con criterios DSM-IV la prevalencia anual en la mayoría de los estudios ha estado entre 1,3% y 1,5%; y la vital entre 0,8% y 2,8%.

La prevalencia del **trastorno de hiperansiedad** (antigua denominación del TAG **en la infancia**) parece ser del **3-4%** según estudios citados por Eisen y Silverman (1998). En adolescentes se

piensa que el TAG es el trastorno de ansiedad más frecuente; las cifras han oscilado entre 3,7% y 14% y el valor modal puede rondar alrededor del 7% (Wicks-Nelson e Israel, 1997). En un estudio con 243 escolares españoles de 6 a 17 años, de clase media, y asignando el diagnóstico según lo dicho por padres o niños (aunque no estuvieran de acuerdo), Bragado y cols. (1996) encontraron una prevalencia (supuestamente actual) del 4,5% (3,8% en varones y 5,4% en mujeres). Por edades, 0% a los 6-9 años, 3,6% a los 10-13 años y 10% a los 14-17 años. Sin embargo, siguiendo los **criterios del DSM-IV**, en un estudio con adolescentes realizado en Alemania, la prevalencia mensual fue sólo de **0,5%** y la anual del **0,8%** (Wittchen y cols., 1998, citado en Wittchen y Hoyer, 2001).

Alrededor del **60-70%** de las personas con TAG son **mujeres** (Dugas y Ladouceur, 1997; Kessler y cols., 1994; Wittchen y cols., 1994). El TAG es también más frecuente en aquellos mayores de 24 años y menores de 55, en los separados/viudos/divorciados, en los desempleados y en las amas de casa (Hunt, Issakidis y Andrews, 2002; Wittchen y cols., 1994). En cambio, el nivel educativo, la religión y el entorno rural/urbano no son predictores, aunque Hunt, Issakidis y Andrews (2002) hallaron una mayor frecuencia de TAG en ausencia de estudios universitarios. **Aunque el rasgo de ansiedad se da en familias, no está aún claro que el TAG sea más frecuente en familiares de pacientes con TAG que en familiares de personas control**, aunque hay datos sugerentes de que sea así (véase Hettema, Neale y Kendler, 2001). En cambio, los trastornos de ansiedad en general sí que son más frecuentes en el primer grupo.

PROBLEMAS ASOCIADOS

Los pacientes con TAG suelen presentar otros trastornos tales como trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia social, fobia específica, abuso o dependencia de alcohol o de sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas. Otros trastornos que aparecen también frecuentemente son aquellos asociados al **estrés** (p.ej., síndrome del colon irritable, dolores de cabeza, hipertensión esencial, úlceras, trastorno cardiovascular, diabetes, insomnio e incluso cáncer) (*American Psychiatric Association*, 1994/1995; Gosselin y Laberge, 2003; Rapee, 1995). Los **niños** y adolescentes con TAG, en comparación a aquellos con otros trastornos de ansiedad, son los que 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 (Sandín, 1997).

En general, del **67% al 91%** de los pacientes con TAG (sea este su diagnóstico principal o no) presentan o han presentado al menos otro problema asociado (Dugas y Ladouceur, 1997). En el *National Comorbidity Survey* el 90% de las personas con TAG en algún momento de su vida informaron de al menos un trastorno adicional en algún momento de su vida; y el **66%** de las personas con TAG actual informaron de al menos otro trastorno en los 30 días anteriores; resultados similares fueron obtenidos en un gran estudio epidemiológico australiano (Hunt, Issakidis y Andrews, 2002). En concreto, en el *National Comorbidity Survey* el 39% de las personas con TAG presentaron depresión mayor, el 27% agorafobia, el 25% fobia específica, el 23% fobia social, el 23% trastorno de pánico, el 22% distimia, el 12% manía, el 11% abuso/dependencia del alcohol y el 5% abuso/dependencia de otras drogas (Wittchen y cols., 1994). En una muestra clínica de 164 pacientes con TAG, Yonkers y cols., (1996) hallaron también un 18% con trastorno obsesivo-compulsivo y un 5% con trastorno por estrés postraumático. Por otra parte, los trastornos de personalidad, especialmente los del grupo C, han sido encontrados en el 50% de las personas con TAG.

En cuanto a comorbilidad actual en pacientes con diagnósticos actuales, Sanderson y cols.

(1990) hallaron que el **91%** de 22 pacientes con TAG recibieron además **al menos un diagnóstico adicional** de trastornos de ansiedad o depresivos del DSM-III-R (36%, un diagnóstico adicional; 41%, dos; 14%, tres). Con criterios del DSM-IV, Brown y cols. (2001) hallaron que de 120 pacientes con TAG, el **65%, 52% y 36%** recibieron respectivamente **al menos un diagnóstico adicional actual** de trastornos de ansiedad o depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos (los porcentajes fueron 88%, 71% y 73% para diagnósticos actuales o pasados). Los diagnósticos actuales más frecuentes fueron fobia social (36%), depresión mayor (26%), trastorno de pánico con agorafobia (15%) y fobia específica (12%). 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 precederlo y seguirlo).

GÉNESIS Y MANTENIMIENTO

Modelos explicativos del TAG pueden consultarse en Bados (1998), Barlow (1988, 2002), Borkovec (1994), Dugas y cols. (1998), Dugas y Ladouceur (1997), Gosselin y Laberge (2003), Rapee (1995) y Wells (1995, 1997, 1999). Un ejemplo puede verse en la **figura 1**.

Aunque no hay una carga genética para el TAG como tal –o, como mucho, esta no es muy grande (véase Hettema, Neale y Kendler, 2001)–, es posible que haya una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada. Esta **vulnerabilidad biológica** puede interactuar con una **vulnerabilidad psicológica** (sensación de que los eventos amenazantes son impredecibles y/o incontrolables basada en experiencias evolutivas tempranas), de modo que 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** (Barlow, 1988, 2002).

Borkovec (1994) ha distinguido **dos componentes en la vulnerabilidad psicológica**: 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 ciertos traumas y de vivencias de rechazo por parte de los padres. En comparación a sujetos sin TAG, sujetos análogos con TAG han informado de una **mayor frecuencia de eventos traumáticos en el pasado** tanto en general como de tipos concretos de trauma (enfermedad/daño/muerte, agresión física/sexual, acontecimientos emocionales con familiares y amigos, varios). Otros factores históricos asociados al TAG han sido la pérdida de un progenitor antes de los 16 años, padre alcohólico, maltrato verbal y haber tenido que cuidarse anticipadamente de los padres y de sí mismos en la infancia. Todas estas variables pueden predisponer al TAG, aunque, existen otras interpretaciones: el TAG pudo ser anterior a los traumas, la ansiedad crónica pudo influir en la percepción o reacción a los traumas (aunque la influencia podría ser bidireccional) o en el informe posterior de los mismos, y las diferencias en eventos traumáticos pueden no constatare en estudios prospectivos.

Los sujetos análogos y pacientes con TAG pueden presentar también una **vinculación o apego más inseguro a su principal ser querido en la infancia**. Concretamente, han puntuado más alto en las escalas de sentirse más rechazados por dicho ser querido, sentimientos fluctuantes hacia el mismo (aprecio, enfado), necesidad de protegerlo y miedo de perderlo, equilibrio/perdón (“a pesar de todo lo pasado, aún nos llevamos bien”) y falta de recuerdos sobre la infancia. La existencia de conflicto interno viene expresada por la relevancia simultánea de enfado y perdón en los sentimientos actuales hacia el ser querido, lo cual sugiere unas relaciones inseguras y perturbadas con los seres queridos en la infancia. Sin embargo, los recuerdos sobre la infancia son vagos o ausentes y, por tanto, no hay informes directos sobre la misma; esto hace pensar en evitación cognitiva. Otros estudios han mostrado que en comparación a un grupo control, los pacientes con

TAG informan de **más problemas familiares durante la infancia**: conflictos con los padres, conflictos entre los padres y falta de atención de los padres.

Las personas con TAG presentan a menudo características de personalidad tales como **perfeccionismo, dependencia y falta de asertividad** (Rapee, 1995), las cuales pueden haber sido favorecidas por haber sido educado por padres sobreprotectores, muy exigentes y/o ansiosos. Estas características de personalidad pueden contribuir a una **falta de habilidades para manejar diversas situaciones problemáticas o a dificultades para aplicar dichas habilidades**. Dugas y Ladouceur (1997) han señalado que, en general, los pacientes con TAG no carecen del conocimiento sobre cómo solucionar problemas, sino que fallan en la **orientación hacia el problema** (no saber reconocer los problemas o ver problemas donde no los hay, 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, no dedicar el tiempo y esfuerzo suficiente a los mismos y mantener un punto de vista pesimista sobre los resultados; es decir, en general, las reacciones iniciales afectivas, cognitivas y conductuales a los problemas). Esto ha sido confirmado por Ladouceur y cols. (1998).

En función de la historia anterior, las personas con TAG aprenden a estar hipervigilantes para descubrir las posibles amenazas. Este **sesgo atencional hacia la información amenazante** ocurre incluso cuando la información se presenta fuera de la conciencia (mayores tiempos de reacción para decir el color en que están escritas las palabras amenazantes, aunque estas palabras se presenten taquiscópicamente tan brevemente como para que las personas no se den cuenta de que se ha presentado una palabra). **No parece** que el sesgo de atención vaya acompañado de un **sesgo de memoria explícita** hacia la información amenazante; esto sugiere una evitación cognitiva de la elaboración de esta información. Sin embargo, la **información amenazante es codificada a pesar de la evitación tras detectarla**, como sugieren las pruebas de memoria implícita (las personas con TAG completan más segmentos de palabras con palabras amenazantes previamente vistas, pero no recordadas) (Borkovec, 1994; Rapee, 1995).

Junto al sesgo atencional, las personas con TAG presentan un **umbral más bajo para percibir ambigüedad** y tienden a **interpretar la información ambigua como amenazante** (un ruido en la noche significa un ladrón, oír que ha habido un accidente de coche hace pensar en que un familiar está implicado). De este modo, es más probable que las personas con TAG perciban peligros, ya que su atención se centra en los mismos más fácilmente y es más probable que interpreten los acontecimientos diarios de forma amenazante (Rapee, 1995).

Por otra parte, Ladouceur, Talbot y Dugas (1997) han destacado la **intolerancia a la incertidumbre y a la activación emocional** (véase más abajo para esto último) como fenómenos claves 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 (Buhr y Dugas, 2002). La intolerancia a la incertidumbre contribuye al desarrollo y mantenimiento de las preocupaciones tanto directamente (mayor atención a eventos ambiguos, los cuales son percibidos como amenazantes a la vez que se exagera la probabilidad de la amenaza) como indirectamente, interfiriendo en la aplicación de las habilidades de solución de problemas (mayores niveles de activación emocional, reducción de la propia confianza para resolver problemas, percepción de dificultades cuando no hay realmente problemas, no ser capaz de decidir porque no se encuentra una solución perfecta, requerir muchos más datos o información antes de tomar una decisión).

Krohne (1993, citado en Ladouceur, Talbot y Dugas, 1997) sugiere que la **intolerancia a la**

incertidumbre es el resultado de: a) un umbral más bajo para percibir la ambigüedad, b) reacciones más fuertes en situaciones ambiguas (experimentar más incertidumbre, ansiedad y preocupación), y c) anticipar consecuencias amenazantes de la situación de incertidumbre. Por otra parte, Dugas y cols. (1998) observaron que de cuatro elementos principales en un modelo explicativo del TAG (intolerancia a la incertidumbre, creencias sobre la utilidad de las preocupaciones, orientación negativa hacia los problemas y evitación cognitiva de las imágenes amenazantes), el primero fue el que tuvo más peso a la hora de explicar las diferencias entre pacientes con TAG y sujetos no clínicos, aunque todos contribuyeron significativamente. En otro estudio, la intolerancia a la incertidumbre siguió prediciendo la preocupación tras entrar las variables sexo, ansiedad y depresión, y explicó el 5% de la varianza (Buhr y Dugas, 2002).

Los **sesgos cognitivos anteriores** (atención sesgada hacia la amenaza, interpretación de la información ambigua como amenazante) junto con otros factores tales como la **intolerancia a la incertidumbre**, la **orientación negativa hacia los problemas** (p.ej., la percepción de poco control sobre los problemas, que son vistos como amenazas, y sobre el propio proceso de resolución de problemas) y **los posibles déficits en la solución de problemas** dan lugar al surgimiento de las **preocupaciones**, las cuales implican una sobrestimación de la probabilidad y coste de las amenazas. Las preocupaciones tienden a perpetuarse o reducirse en el futuro según sean relativamente breves (p.ej., 15 minutos) o prolongadas (p.ej., 30 minutos sin distracción ni estrategias defensivas) y según intervengan o no otros factores que se enumeran más abajo; las preocupaciones también se ven agravadas por la ocurrencia de eventos estresantes (Borkovec, 1994; Dugas y Ladouceur, 1997; Rapee, 1995).

¿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., reestructuración cognitiva, resolución de problemas), la preocupación constante en un intento de prevenir la amenaza.

Las **creencias de que las preocupaciones son útiles** contribuyen de modo notable al mantenimiento de estas últimas; dichas creencias se han desarrollado posiblemente a partir de los efectos percibidos de las preocupaciones (p.ej., una coincidencia supersticiosa entre preocuparse y la ausencia de resultados negativos) y/o del modelado o información por parte de personas significativas. Los pacientes con TAG, los cuales tienden a sobrestimar la utilidad de sus preocupaciones, informan básicamente de cinco tipos de creencias; las dos primeras se centran en el control del medio externo e implican probablemente reforzamiento negativo retardado de las preocupaciones, mientras que las otras tres se centran en el control de las propias emociones y conductas y proporcionan probablemente un reforzamiento más inmediato. **Estas creencias son informadas más frecuentemente por pacientes con TAG** que por personas sin TAG (Borkovec, 1994; Dugas y Koerner, 2005).

- **Evitación supersticiosa de lo que se teme:** “preocuparme hace menos probable que el evento temido ocurra”. 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.
- **Evitación real de lo que se teme:** “preocuparme me ayuda a descubrir medios de evitar lo que temo”. De este modo, la preocupación es vista como un método de resolución de problemas, aunque no se ha investigado con qué frecuencia se generan soluciones eficaces. Cuando estas ocurren, la creencia se refuerza.
- **Evitación de temas emocionales más profundos:** “preocuparme por la mayoría de las

cosas que me preocupo es un medio de evitar pensar en otras cosas más perturbadoras emocionalmente”. Por ejemplo, traumas 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.

- **Preparación para el afrontamiento:** “preocuparme por un evento negativo me ayuda a prepararme para su ocurrencia”. De este modo, se mitiga la reacción emocional ante el acontecimiento negativo, dado que ocurra.
- **Recurso motivacional:** “preocuparme me motiva para llevar a cabo lo que tengo que hacer”. Así, el cumplimiento de esto 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.

Dugas y Koerner (2005) han destacado también la creencia de que **preocuparse representa un rasgo positivo de personalidad**, ya que indica que la persona es bondadosa y bien intencionada. Esto puede ser reforzado cuando otros le dicen que posee estas cualidades.

Las preocupaciones pueden tener varios efectos, muchos de los cuales contribuyen a mantener tanto dichas preocupaciones como la ansiedad (Bados, 1998; Borkovec, 1994):

- **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 preocupación es una solución ineficaz de problemas que, aunque reduce la ansiedad a corto plazo, sirve para mantener las interpretaciones de amenaza, la creencia de poco control sobre las mismas y la ansiedad. La reducción del procesamiento emocional de la información amenazante se consigue a través de la **disminución o supresión de la actividad autónoma** y, por tanto, de los aspectos autónomos de la experiencia de ansiedad. A su vez, esto puede lograrse a través de la **evitación de imágenes** relacionadas con los estímulos temidos, la distracción y el desvío de la atención hacia pensamientos verbales poco concretos o elaborados respecto a los antecedentes y consecuencias de la amenaza percibida (de hecho, **se evita, en general, pensar en los peores resultados** positivos). Las preocupaciones consisten básicamente en pensamientos verbales poco concretos y estos tienen un efecto cardiovascular mucho menor que la imaginación del mismo material emocional. Así pues, la preocupación puede servir para evitar la imaginación con el fin de reducir el afecto negativo. **Sin embargo**, la preocupación crónica puede facilitar la recuperación de las imágenes aversivas, las cuales tienen que ser inmediatamente evitadas, con lo cual se crea un círculo vicioso que perpetúa la preocupación.
- # Dugas y Ladouceur (1997) han señalado que preocuparse implica el empleo de dos modos de afrontamiento (**vigilancia y evitación**) con el fin de reducir la incertidumbre y la activación emocional. Pero estas no pueden reducirse simultáneamente. La vigilancia disminuye la primera, pero aumenta la segunda y la evitación tiene el efecto contrario. De este modo, los **pacientes** con TAG irían cambiando de un modo de afrontamiento a otro a la hora de vérselas con una amenaza percibida; las consecuencias que se derivan son un empleo inadecuado de la solución de problemas, una reducción del procesamiento emocional del material amenazante y el mantenimiento de la preocupación.
- # La evitación de las imágenes amenazantes es una parte de lo que puede denominarse contenido estereotipado de la preocupación. Si uno está excesivamente centrado en una actividad conceptual de determinado tipo, se **reduce drásticamente la posibili-**

dad de procesar otra información externa o interna que le permitiría situar en perspectiva aquello que teme. Por otra parte, al igual que la repetición constante de una palabra da lugar al debilitamiento de su asociación con el dominio semántico (se queda “sin sentido”) y, probablemente, con otros dominios (p.ej., afectivo), es probable que la **repetición constante de pensamientos verbales de amenaza lleve por sí misma a la inhibición del acceso a otros niveles de significado**, facilitando así la prevención del procesamiento emocional de la información amenazante.

- **Conductas de preocupación.** Las preocupaciones generan ansiedad, la cual intenta ser controlada por los pacientes mediante determinadas conductas. Brown, O'Leary y Barlow (2001) entienden por conductas de preocupación **hacer** (evitación activa) **o no hacer** (evitación pasiva) ciertas actividades con el fin de reducir o prevenir la ansiedad y los supuestos peligros anticipados. Ejemplos 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, limpiar la casa diariamente por si alguien viene inesperadamente de visita, asegurarse con exceso de que un trabajo está bien hecho, 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 TV, etc. Estas conductas de preocupación contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza.
- **Ansiedad, deterioro de la ejecución de tareas** (especialmente de tareas cognitivas complejas), **problemas de concentración, perturbaciones del sueño, tensión muscular, fatigabilidad, irritabilidad, dilación o posposición de decisiones.** Esto último puede ser favorecido por el miedo a cometer un error y por la búsqueda de mayor seguridad a la hora de decidir. Algunas de estas consecuencias negativas de las preocupaciones (p.ej., ansiedad, tensión muscular) pueden contribuir al mantenimiento de estas, al igual que el humor deprimido. Por otra parte, estos síntomas, junto con las preocupaciones, **interfieren en la vida** laboral, social y familiar de las personas afectadas y hacen que estas utilicen con frecuencia los servicios médicos y suelen emplear medicación (benzodiazepinas, antidepresivos, hipnóticos) para controlar sus síntomas. El deterioro es mayor si hay comorbilidad con depresión mayor.

Por otra parte, Wells (1995, 1997) ha señalado que con el paso del tiempo los pacientes desarrollan **creencias negativas sobre las preocupaciones.** A partir de experiencias propias (preocupaciones que se van volviendo cada vez más incontrolables y perturbadoras) y/o de otros (persona significativa que presenta un problema mental asociado con las preocupaciones), los pacientes tienden a creer que preocuparse es incontrolable y peligroso (“si no controlo mis preocupaciones, terminarán por controlarme”, “las preocupaciones me harán perder mi salud mental”). Estas creencias negativas estimulan lo que Wells (1997) ha denominado preocupaciones Tipo 2 o preocupaciones sobre la cognición en sí misma, en particular preocupaciones sobre la ocurrencia de preocuparse (**metapreocupaciones**); por ejemplo, me estoy volviendo loco con preocuparme, no voy a poder seguir funcionando, me voy a poner enfermo. Estas metapreocupaciones, o valoraciones negativas sobre preocuparse son más frecuentes en pacientes con TAG que en sujetos no ansiosos (Davis y Valentiner, 200, citado en Gosselin y Laberge, 2003) y deben ser distinguidas de las preocupaciones Tipo 1 o preocupaciones sobre eventos externos y eventos internos no cognitivos (síntomas físicos). Las creencias negativas y preocuparse sobre preocuparse tienen una serie de efectos:

- Mayor atención a y mejor detección de **pensamientos no deseados, e intentos de controlarlos.** Esto puede llevarse a cabo intentando suprimirlos directamente –lo cual lleva

paradójicamente a su incremento posterior—, distrayéndose, diciéndose cosas tranquilizadoras o llevando a cabo las preocupaciones dentro de estrictos límites o de formas especiales que pretenden lograr los beneficios de las preocupaciones al tiempo que evitan sus peligros.

- **Conductas dirigidas a buscar tranquilización y prevenir los peligros** asociados con las preocupaciones tipo 1 y 2, es decir, conductas de preocupación. Así, hacer que la pareja llame cada cierto tiempo para decir que está bien, llegar a casa más tarde que el cónyuge para no preocuparse sobre su tardanza o evitar todo aquello que suscita las preocupaciones.
- **Respuestas emocionales y otros síntomas.** Incremento de ansiedad y tensión, disociación, mente acelerada, problemas de concentración, perturbaciones del sueño, etc. Estos síntomas pueden ser interpretados como prueba favorable a las creencias negativas que subyacen a las metapreocupaciones. En aquellos casos en que se diera 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. Según Wells, las metapreocupaciones son las que contribuyen fundamentalmente a transformar las preocupaciones normales en patológicas.

EVALUACIÓN

La finalidad de este apartado es la de ofrecer algunos ejemplos de instrumentos útiles de evaluación clasificados en varios métodos básicos: entrevista, cuestionarios/escalas de valoración, autorregistros y observación. No se mencionarán las ventajas y desventajas de estos métodos y el modo de aplicarlos, ya que estas cuestiones se suponen conocidas. De todos modos, conviene recordar que se aconseja llevar a cabo una evaluación multimétodo. Para las entrevistas diagnósticas y cuestionarios presentados, existen datos que avalan su fiabilidad y validez. Tras evaluar el TAG y cualesquiera otros trastornos asociados del eje I del DSM-IV, van Velzen y Emmepkamp (1996) recomiendan pasar un cuestionario de trastornos de personalidad para identificar a pacientes con posibles trastornos de personalidad, los cuales deberán ser confirmados o no mediante entrevista.

Antony, Orsillo y Roemer (2001), Bobes y cols. (2002) y Muñoz y cols. (2002) describen una serie de instrumentos junto con sus propiedades psicométricas. Bados (1998) también presenta información interesante. A continuación se presentan los métodos e instrumentos más importantes.

ENTREVISTA

Un modelo de entrevista diagnóstica siguiendo los criterios del DSM-IV es la **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV)** de Brown, DiNardo y Barlow (1994). Esta entrevista dura de una a dos 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 sólo 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 sín-

tomas 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 cols. (1996, citado en Sandín, 1997).

Preguntas que pueden ser útiles en la entrevista son:

- ¿Diría usted que es una persona que se preocupa con facilidad?
- ¿Qué cosas le preocupan?: 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).
- En promedio, ¿qué porcentaje del día diría usted que se siente ansioso o preocupado? ¿Considera que sus preocupaciones son excesivamente frecuentes, intensas o duraderas? ¿Cuáles de ellas (de las enumeradas más arriba)? ¿Cuánta tensión o ansiedad le producen sus preocupaciones?
- 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?
- ¿Encuentra muy difícil dejar de preocuparse? Si necesita concentrarse en otra cosa, ¿es capaz de quitarse la preocupación de la cabeza? Si está intentando leer, ver la TV o trabajar, ¿sus preocupaciones le vienen a la mente y le dificultan concentrarse en estas tareas? ¿Cuáles de sus preocupaciones le resultan más difíciles de controlar?
- En los últimos 6 meses ¿cuántos días de cada cien se ha encontrado excesivamente preocupado o ansioso? ¿Cuánto tiempo hace que dura este periodo actual de preocupaciones y ansiedad excesivas y difíciles de controlar?
- ¿Qué síntomas nota usted habitualmente en las épocas en que se encuentra agobiado por las preocupaciones? Durante los últimos 6 meses, ¿ha experimentado usted frecuentemente..... (mencionar uno a uno los seis síntomas enumerados más abajo) al estar ansioso o preocupado? ¿Ha experimentado..... (síntoma) la mayoría de los días durante los últimos 6 meses? ¿Cuán intenso ha sido..... (síntoma)?
 - a) inquietud o impaciencia, 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)?
- ¿Le llevan sus preocupaciones a hacer algo 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)?

- ¿Cree que sus preocupaciones cumplen alguna función útil? ¿Cuál? ¿En qué medida su preocupación le lleva a encontrar una solución para el problema sobre el que se está preocupando? ¿Cree que puede pasar algo malo si deja de preocuparse?
- ¿Cree que sus preocupaciones tienen o pueden tener consecuencias negativas? ¿Cuáles? ¿Qué hace para controlar sus preocupaciones? ¿Intenta distraerse o pensar en otras cosas cuando se siente preocupado?
- Describame detalladamente qué sucedió y en qué estuvo pensando la última vez que se preocupó en exceso. ¿Fue similar a otras veces? Si no es así, ¿en qué fue diferente?

Aparte de las preguntas tendentes a examinar los síntomas del TAG, otros aspectos que la entrevista debe cubrir son: a) condiciones que agravan o reducen el problema, b) variables situacionales y personales que lo mantienen, c) interferencia del problema en la vida, trabajo, estudios, familia y actividades sociales del paciente, d) historia y fluctuaciones del problema, e) intentos realizados para superar el problema y resultados logrados, f) motivación, expectativas (de tratamiento y de resultados) y objetivos del paciente, g) recursos y limitaciones del paciente, y h) otros problemas que pueda presentar el paciente. Conviene tener en cuenta que **es el clínico y no el paciente quien decide si la preocupación es excesiva**. Algunos clientes consideran que sus preocupaciones son adaptativas (ayudan a prevenir eventos negativos) y no excesivas, aunque están asociadas con considerable tensión y activación.

Es aconsejable recoger una **breve historia médica** para comprobar si ciertas condiciones médicas, medicaciones o drogas pueden ser responsables de los síntomas o estar contribuyendo a los mismos. Si han pasado dos o más años desde la última revisión médica, conviene pedir al paciente que se haga una.

CUESTIONARIOS Y ESCALAS DE VALORACIÓN

Se comentarán a continuación los cuestionarios y escalas de valoración dirigidos a evaluar la ansiedad general, la preocupación y las variables claves asociadas con el TAG, además de una escala individualizada de situaciones suscitadoras de ansiedad. Conviene tener en cuenta que los cuestionarios de ansiedad no tienden a discriminar a los pacientes con TAG de los pacientes con otros trastornos de ansiedad (salvo los fóbicos específicos). Una buena batería de cuestionarios podría incluir uno de ansiedad, la Jerarquía Individualizada de Situaciones Asociadas con la Ansiedad, el Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania, la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre, la Escala de las Consecuencias de Preocuparse (o el *¿Por Qué Me Preocupo?*) y el Inventario de Solución de Problemas Sociales.

Cuestionarios de tipo diagnóstico

Cuestionario de Preocupación y Ansiedad (*Questionnaire sur le Inquiétude et l'Anxiété; Worry and Anxiety Questionnaire, WAQ*; Dugas y cols., 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 frecuente. 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 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 (se requiere un 4 o más para satisfacer un criterio).

Cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada - IV (*Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV; GADQ-IV*; Newman y cols., citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). Consta de 9 ítems que evalúan los criterios diagnósticos del TAG según el DSM-IV. Todos los ítems se responden 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 (se valoran de 0 a 8). El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001). Sandín (1997) presenta en castellano una adaptación de una versión previa de este cuestionario.

Cuestionarios de ansiedad

Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad (*State-Trait Anxiety Inventory, STAI*; Spielberger y cols., 1983). Consta de dos formas dirigidas a evaluar el estado y el rasgo de ansiedad. La forma Estado va dirigida a evaluar el estado de ansiedad y consta de 20 ítems. El cliente contesta cómo se siente en este momento; para ello emplea una escala de intensidad de 1 (nada) a 4 (mucho). La forma Rasgo va dirigida a evaluar el rasgo de ansiedad, esto es, la disposición a responder con ansiedad ante situaciones percibidas como amenazantes. Consta de 20 ítems y el cliente contesta cómo se siente generalmente; para ello emplea una escala de frecuencia de 1 (casi nunca) a 4 (casi siempre). Este cuestionario es de uso muy frecuente, pero presenta al menos dos problemas: a) no considera explícitamente los aspectos somáticos y conductuales de la ansiedad, y b) parece medir tanto ansiedad como depresión. Bieling, Antony y Swinson (1998) analizaron factorialmente el Inventario de Rasgo de Ansiedad y encontraron un factor de orden superior (afecto negativo) y dos de orden inferior: depresión (13 ítems) y ansiedad (7 ítems); este último no discriminó entre diversos grupos de trastornos de ansiedad. El instrumento ha sido publicado por TEA en su versión de 1970 (con escalas que van de 0 a 3) y puede consultarse también en Bobes y cols. (2002) y Echeburúa y cols. (1995).

Otros cuestionarios que sí consideran explícitamente los aspectos somáticos y conductuales de la ansiedad, además de tener en cuenta cómo se siente el cliente, son la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (1953, *Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS*), la Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung (1971, *Self-Rating Anxiety Scale, SRAS*) y la Escala de Hamilton para la Valoración de la Ansiedad (Hamilton, 1959, *Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS*). La primera de estas tres mide rasgo de ansiedad y las otras dos, estado de ansiedad. La **Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor** consta de 50 enunciados cada uno de los cuales se valora como verdadero o falso. La **Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung** tiene 20 ítems referidos a diversos síntomas de ansiedad, principalmente somáticos, cuya frecuencia es puntuada por el cliente de 1 a 4. En su versión autoaplicada, la **Escala de Hamilton para la Valoración de la Ansiedad** (Conde y Franch, 1984) consta de 14 ítems en los que el cliente valora de 0 (nunca) a 4 (siempre) la frecuencia de distintos aspectos; además de la puntuación total, puede calcularse una para la ansiedad psíquica y otra para la ansiedad somática. Un problema con esta escala es que correlaciona bastante alto con la Escala de Hamilton para la Valoración de la Depresión.

La Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor, la Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung y la Escala de Hamilton para la Autovaloración de la Ansiedad pueden consultarse en Conde y Franch (1984), las dos últimas también en su versión de escalas de valoración por terapeutas mediante entrevista semiestructurada. La Escala de Hamilton para la Valoración de la Ansiedad, la más frecuente, puede verse también en Bobes y cols. (2002) y Echeburúa (1993a). Con el fin de mejorar la discriminación entre ansiedad y depresión, Riskind y cols. (1987) han reconstruido las dos escalas correspondientes de Hamilton, la de ansiedad, comentada aquí, y la de depresión.

Basada en la escala de Hamilton, Bernstein y cols. (1996) han desarrollado la **Valoración de Ansiedad para Niños - Revisada** (*Anxiety Rating for Children – Revised, ARC-R*). Consta de 11 ítems valorados por el clínico de 0 a 4 a partir de una serie de preguntas sobre síntomas de ansiedad durante la última semana. Los ítems se distribuyen en dos subescalas: Ansiedad y Fisiológica. Una limitación de este instrumento es que la escala de ansiedad correlaciona moderadamente con medidas de depresión.

Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad para Niños (*State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC*; Spielberger, 1973, citado en Echeburúa, 1993c). Está dirigido a niños de 9-15 años y pretende evaluar el estado y el rasgo de ansiedad. Cada una de estas dos escalas consta de 20 ítems y el cliente contesta respectivamente cómo se siente en este momento y cómo se siente generalmente; para ello emplea una escala de 1 a 3. Existe una versión española publicada por TEA. Tiene las mismas limitaciones ya comentadas en los inventarios para adultos.

Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños - Revisada (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS*; Reynolds y Richmond, 1978, citado en Sandín, 1997). Sus 37 ítems de respuesta sí/no permiten obtener una medida general de la ansiedad y tres medidas más específicas relacionadas con las dimensiones fisiológica, preocupaciones sociales/concentración y preocupación/hipersensibilidad; incluye además una escala de mentiras. 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 y cols. (1993, citado en Sandín, 1997) no incluye la escala de mentiras y parece ser unifactorial. Inderbitzen-Nolan y Walters (2000) proporcionan valores normativos para chicos y chicas americanos de 11-14 años por una parte y 15-17 años por otra.

Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory, BAI*, Beck y cols., 1988; Beck y Steer, 1990). Este es un cuestionario más específico sobre ansiedad diseñado para minimizar la presencia de aquellos síntomas relacionados con la depresión. 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. Empleando una muestra de pacientes con diversos trastornos de ansiedad, se han identificado cuatro factores que reflejan aspectos subjetivos, neurofisiológicos, autónomos y de pánico de la ansiedad (Beck y Steer, 1991). Otros autores han hallado sólo dos factores: subjetivo/cognitivo y somático. Una limitación de este cuestionario es la sobrerrepresentación de los síntomas físicos de ansiedad y, en concreto, de los síntomas de los ataques de pánico, por lo que se ha dicho que no mide realmente ansiedad en general. Puede consultarse en Botella y Ballester (1997), Comeche, Díaz y Vallejo (1995) y en Echeburúa (1993a, 1993b).

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (*Depression Anxiety, Stress Scales, DASS*, Lovibond y Lovibond, 1995a, 1995b). Se trata de un cuestionario que pretende diferenciar más claramente entre ansiedad y depresión. El cliente valora de 0 a 3 con qué intensidad/frecuencia ha experimentado durante la semana anterior cada uno de 42 síntomas emocionales negativos. Existen tres escalas (depresión, ansiedad y estrés) de 14 ítems cada una y moderadamente correlacionadas entre sí. La escala de depresión evalúa disforia, desesperanza, desvalorización de la vida, autodesaprobación, falta de interés/implicación, anhedonia e inacción. La escala de ansiedad enfatiza los síntomas somáticos y subjetivos de miedo; en concreto, evalúa activación autónoma, efectos musculares esqueléticos, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de ansiedad; sin embargo, la amenaza de un daño futuro no es considerada. La escala de estrés parece medir activación y tensión persistentes no específicas con un bajo umbral para llegar a estar perturbado o frustrado; evalúa dificultad para relajarse, activación nerviosa y facilidad para ponerse perturbado/agitado, irritable/hiper-reactivo e impaciente.

Conviene señalar que ciertos ítems convencionales de depresión (pérdida de apetito y

peso, dificultades para dormir, cansancio sin motivo, falta de energía/fatiga, agitación, pérdida de interés sexual, despertar temprano, sentirse peor por la mañana, cambios de humor durante el día, desasosiego, llorar, irritabilidad, pobre concentración, indecisión, culpa) no discriminaron entre depresión y ansiedad y estrés, y, por tanto, no están incluidos en el DASS. Tampoco hay ningún ítem sobre tendencias suicidas, ya que este tipo de ítems no cargaron en ninguna de las escalas. Sin embargo, conviene evaluar el riesgo de suicidio en pacientes deprimidos. Existe también una versión reducida del cuestionario con 21 ítems, 7 por escala, el cual, según el estudio de Antony y cols. (1998), tiene las ventajas de ser más breve y presentar una estructura factorial más limpia y menores correlaciones entre factores. El cuestionario puede consultarse en castellano en Bados (2000) (hay una versión hispana del DASS-21 en Daza y cols., 2002) y en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y en Lovibond y Lovibond (1995a).

Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait - Versión Española (*S-KUAS*; Abdel-Khalek, Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2004). Evalúa los componentes cognitivos, afectivos, somáticos y conductuales de la ansiedad. Consta de 20 ítems que se contestan según una escala de frecuencia de 1 (casi nunca) a 4 (siempre). Aunque se han encontrado tres factores (ansiedad conductual/subjetiva, cognitivo/afectiva y somática), se aconseja emplear por el momento la puntuación total. La fiabilidad test-retest (4 semanas) con universitarios ha sido 0,87. Los ítems pueden consultarse en el artículo original.

Jerarquía Individualizada de Situaciones Asociadas con la Ansiedad (Barlow, 1988). Incluye 10 ítems específicamente definidos e individualizados para cada cliente. Cada ítem representa una situación cuyo grado de ansiedad y/o evitación debe ser valorado por el cliente según una escala de 0-8. Es importante que los ítems elaborados sean representativos de las diferentes situaciones temidas por el paciente, sean pertinentes para este y cubran los diferentes niveles de ansiedad. Es un instrumento útil de cara a la planificación del tratamiento.

Cuestionarios de preocupaciones

Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (*Penn State Worry Questionnaire, PSWQ*; Meyer y cols., 1990). Consta de 16 ítems destinados a medir la frecuencia con que una persona se preocupa en general (rasgo de preocupabilidad); como se sabe, las preocupaciones excesivas se consideran la característica principal del trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, esta escala no mide áreas de preocupación. El cliente valora de 1 a 5 en qué medida el contenido de cada ítem es característico de él. Algunos estudios han concluido en una solución unifactorial para este inventario, mientras que otros han puesto de manifiesto la existencia de 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 y puede ser utilizado en lugar de la escala total. El inventario puede consultarse en Comeche, Díaz y Vallejo (1995) y en Echeburúa (1993a, 1993b). Nuevo, Montorio y Ruiz (2002) han publicado una adaptación del PSWQ en la que han invertido la redacción de los cinco ítems redactados en negativo para facilitar su comprensión.

Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania para Niños (*Penn State Worry Questionnaire for Children, PSWQC*; Chorpita y cols., 1997). Es una adaptación del cuestionario anterior 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; la escala de respuesta se ha reducido de 5 a 4 puntos (va de 0 a 3). Muris, Meesters y Gobel (2001) proporcionan valores normativos para 486 niños holandeses de 8 a 12 años. Los autores aconsejan descartar los tres ítems inversos en este grupo de edad.

Cuestionario de Áreas de Preocupación (*Worry Domains Questionnaire, WDQ*; Tallis, Davey y Bond, 1994; Tallis, Eysenck y Mathews, 1992). Consta de 25 ítems que reflejan cinco áreas de preocupación moderadamente relacionadas entre sí: relaciones interpersonales, falta de confianza en sí mismo, futuro sin objeto, incompetencia en el trabajo y cuestiones económicas. 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 frecuencia 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 Inventario de Preocupación. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y Tallis, Davey y Bond (1994).

Existen otros cuestionarios sobre el contenido de las preocupaciones en poblaciones específicas tales como estudiantes (*Student Worry Scale, SWS*; Davey y cols., 1992), personas mayores (*Worry Scale, WS*; Wisocky, 1988; puede consultarse también en Antony, Orsillo y Roemer, 2001) y niños (véase Vasey y Daleiden, 1994, para una revisión).

Cuestionario de Áreas de Preocupación – Revisado (*Worry Domains Questionnaire-Revised, WDQ-R*; van Rijsoort, Emmelkamp y Vervaeke, 1999). Es una revisión del Cuestionario de Áreas de Preocupación en el que se han añadido ítems sobre el área de salud y en el que el análisis factorial ha llevado a la eliminación de un ítem y a la asignación de algunos ítems a otras escalas diferentes de las que originalmente estaban. Consta de 29 ítems que reflejan seis áreas de preocupación moderadamente relacionadas entre sí: relaciones interpersonales, falta de confianza en sí mismo, futuro sin objeto, incompetencia en el trabajo, cuestiones económicas y salud. Para cada ítem el sujeto debe valorar en qué medida le preocupa según una escala de 0 (nada en absoluto) a 4 (extremadamente). La puntuación total refleja la frecuencia de preocupación y las puntuaciones de las seis áreas dan información sobre el contenido de las preocupaciones.

¿Por Qué Me Preocupo? (*Why Worry?, WW*; Freeston y cols., 1994). Consta de 20 ítems sobre razones por las que se preocupa la gente y pretende evaluar las creencias que se tienen sobre la utilidad de las preocupaciones. La persona valora los ítems de 1 a 5 según el grado en que cree que son ciertos en su caso. Se han identificado dos factores: a) preocuparse es positivo para hallar soluciones y aumentar el control; y b) preocuparse previene o minimiza la ocurrencia de consecuencias negativas o distrae de las imágenes amenazantes o de pensar en cosas peores. El instrumento puede consultarse en la fuente original.

¿Por Qué Me Preocupo - II? (*Why Worry Scale II, WWS-II*; Dugas, 1998, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). Es una versión revisada del instrumento anterior. 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: preocuparse ayuda a resolver problemas, preocuparse motiva, preocuparse protege de las emociones negativas caso de que se de un resultado negativo, preocuparse previene los resultados negativos y preocuparse es un rasgo positivo de personalidad. El WWS-II puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

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, b) preocuparse exagera el problema y c) preocuparse causa malestar emocional. Las consecuencias positivas vienen representadas por dos factores: a) preocuparse motiva y b) preocuparse ayuda al pensamiento analítico. Esta escala no ha sido validada con muestras clínicas. El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original y

en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Inventario de Pensamientos Ansiosos (*Anxious Thought Inventory, ATI*; Wells, 1994). Consta de 22 ítems, valorados en una escala de frecuencia de 1 a 4, que miden tres dimensiones de preocupación: preocupación social (9 ítems), preocupación por la salud (6 ítems) y metapreocupación (preocupación acerca de las preocupaciones, 7 ítems). 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. Una versión íntegra del cuestionario puede consultarse en Wells (1997).

Cuestionario de Meta-Cogniciones (*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: creencias positivas sobre las preocupaciones (19 ítems); creencias sobre la incontrolabilidad y peligro de las preocupaciones (16 ítems); falta de confianza cognitiva (en las propias capacidades de memoria y atención; 10 ítems); creencias negativas sobre los pensamientos en general, incluyendo temas de necesidad de control, superstición, castigo y responsabilidad; 13 ítems); autoconciencia cognitiva (grado en que uno se centra en sus procesos cognitivos; 7 ítems). Las tres primeras son las que aparecen asociadas con la predisposición a preocuparse en general. Puede obtenerse una puntuación total además de las cinco subpuntuaciones mencionadas. Una versión íntegra del cuestionario puede consultarse en inglés 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 la misma estructura factorial que la extensa y que puede consultarse en la fuente original.

Cuestionario de Meta-Preocupación (*Meta-Worry Questionnaire, MWQ*; Wells, 2005). Evalúa pensamientos sobre los peligros asociados con el hecho de preocuparse (metacogniciones de peligro); 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.

Cuestionarios sobre otros aspectos relacionados

Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre (*Intolerance of Uncertainty Scale, IUS*; Freeston y cols., 1994; Buhr y Dugas, 2002). Consta de 27 ítems, valorados de 1 a 5 según el grado en que el cliente los considera característicos de sí mismo, 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. Tiene cinco factores en su versión francesa que corresponden a las siguientes ideas relativas a la incertidumbre: a) es inaceptable y debe evitarse, b) da una imagen negativa de una persona, c) provoca frustración, d) induce estrés, y e) inhibe la acción. La versión inglesa posee cuatro factores consistentes con los anteriores, aunque los autores aconsejan utilizar la puntuación total. Esta escala no ha sido validada con muestras clínicas. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

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. Los ítems incluyen aspectos como la tendencia a ver los problemas como peligros y la duda en la propia capacidad para resolver problemas. El instrumento es unifactorial y los ítems pueden consultarse en la fuente original.

Cuestionario de Evitación Cognitiva (*Questionnaire d'Évitement Cognitif, QEC*; Gosselin y cols. 2003). Evalúa la tendencia a emplear estrategias de evitación cognitiva tales como la sustitución de pensamientos, la supresión de pensamientos y la distracción. Consta de 5 ítems que la persona valora de 1 a 5 según el grado en que los considera característicos de ella.

Intolerancia de la Ambigüedad (*IA*; Pelechano y Aguilera, 2004). Consta de 38 ítems contestados verdadero o falso. Se han identificado dos factores: a) inmediatez en la toma de decisiones personales y simplificación (23 ítems) y b) malestar ante la incertidumbre, con impaciencia y necesidad de saber a qué atenerse (15 ítems). Estos dos factores cargan en un factor de segundo orden: intolerancia de la ambigüedad representada por rapidez en la toma de decisiones, simplificación, impaciencia y claridad de normas. Faltan datos con muestras clínicas. El instrumento puede consultarse en la fuente original.

Cuestionario de Control de Pensamientos (*Thought Control Questionnaire, TCQ*; Wells y Davies, 1994). Trata de evaluar los medios que las personas utilizan generalmente para controlar sus pensamientos desagradables o indeseados. Consta de 30 ítems valorados en una escala de frecuencia de 1 a 4. Se han identificado cinco factores de seis ítems cada uno: distracción, apoyo social, preocupación (por otras cosas menos importantes), autocastigo y reevaluación. De estas cinco estrategias, la 3ª y 4ª correlacionan con problemas emocionales y con un peor control percibido sobre las cogniciones. Faltan estudios con muestras clínicas. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Inventario de Solución de Problemas Sociales - Revisado (*Social Problem-Solving Inventory - Revised, SPSI-R*; D'Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 1996). Está compuesto de 52 ítems valorados de 0 a 4 y repartidos en cinco escalas: a) Orientación positiva hacia los problemas (5 ítems), b) orientación negativa hacia los problemas (10 ítems), c) resolución racional de problemas (20 ítems), d) estilo de impulsividad/irreflexión (10 ítems), y e) estilo de evitación (7 ítems). 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.

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (*Multidimensional Perfectionism Scale, MPS*; Frost y cols., 1990). Trata de evaluar diversas dimensiones del perfeccionismo a través de 35 ítems que la persona valora en una escala de 1 a 5 según el grado en que está de acuerdo con ellos. La escala tiene seis subescalas, de las cuales la primera es la central: a) preocupación por los errores (9 ítems), b) normas personales elevadas (7 ítems), c) percepción de elevadas expectativas de los padres respecto a uno (5 ítems), d) percepción de padres críticos (4 ítems), e) dudas sobre si se han hecho bien las cosas (4 ítems) y f) preferencia por el orden y la organización (6 ítems). Las subescalas están correlacionadas entre sí, excepto la de organización que sólo correlaciona con la de normas personales elevadas; por ello, no se utiliza para calcular la puntuación total de perfeccionismo. La preocupación por los errores y las dudas sobre las propias acciones son las escalas que más altamente correlacionan con medidas de psicopatología, mientras que la de normas personales elevadas y la de organización están relacionadas con características personales positivas (autoconcepto positivo, hábitos de trabajo, decisión). No todos los estudios han identificado el mismo número de factores. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roe-

mer (2001).

Shafran, Cooper y Fairburn (2002) han señalado que las medidas multidimensionales de perfeccionismo evalúan muchos aspectos que pueden estar asociados con el perfeccionismo, pero que no son partes integrales del mismo. Sólo las subescalas “perfeccionismo orientado a uno mismo” del cuestionario de Hewitt y Flett (1991) mencionado más abajo, “normas personales elevadas” y algunos ítems de “preocupación por los errores” se acercan a evaluar el constructo de perfeccionismo. El perfeccionismo patológico se da cuando la evaluación de uno mismo depende excesivamente de la búsqueda resuelta y logro de normas autoimpuestas y personalmente exigentes en al menos un área significativa de la vida y a pesar de la ocurrencia de consecuencias adversas (humor deprimido, aislamiento social, insomnio, baja concentración, comprobaciones repetidas del trabajo realizado, tiempo excesivo para completar tareas, dilación). Una implicación importante de la anterior definición es que no basta con que haya normas personalmente exigentes para hablar de perfeccionismo patológico; una persona puede sentir satisfacción al trabajar por conseguir estas normas y permitirse ser flexible con sus objetivos cuando la situación lo requiere.

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (*Multidimensional Perfectionism Scale; MPS*; Hewitt y Flett, 1991). Consta de 45 ítems que la persona valora de 1 a 7 según el grado en que está de acuerdo con cada uno de ellos. Presenta tres subescalas de 15 ítems cada una: a) Perfeccionismo orientado a uno mismo: tener normas exigentes para uno mismo, evaluar la propia conducta severamente y luchar para lograr la perfección y evitar el fracaso. b) Perfeccionismo orientado a los otros: tener normas excesivamente elevadas para el comportamiento de los otros. c) Perfeccionismo socialmente orientado: creer que los demás tienen normas excesivamente elevadas respecto a uno, que se será evaluado rigurosamente y que ejercerán presión para que uno sea perfecto. Flett y Hewitt han desarrollado también una escala de perfeccionismo para niños y adolescentes (*Child and Adolescent Perfectionism Scale*) que puede hallarse en internet y que incluye la primera y la tercera de las tres subescalas anteriores con 12 y 10 ítems respectivamente.

Escala de Indecisión de Frost (*Frost Indecisiveness Scale; FIS*; Frost y Shows, 1993, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). Evalúa la tendencia a la indecisión y la facilidad para tomar decisiones. Consta de 15 ítems que la persona valora de 1 a 5 según el grado en que está de acuerdo con ellos. Presenta dos subescalas: miedo a la toma de decisiones (9 ítems) y toma de decisiones positiva (6 ítems). El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original, en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y en Corcoran y Fischer (2000).

Escala de Posposición (*Procrastination Scale, PS*; Tuckman, 1991, citado Corcoran y Fischer, 2000). Evalúa la tendencia a posponer tareas. Consta de 35 ítems valorados de 1 a 4 según el grado en que la persona los considera propios de sí misma. Existe una versión abreviada de 16 ítems. El instrumento puede consultarse en Corcoran y Fischer (2000).

Escala de Evaluación de la Posposición — Estudiantes (*Procrastination Assessment Scale—Students, PASS*; Solomon y Rothbaum, 1984, citado en Corcoran y Fischer, 2000). Evalúa la frecuencia de la posposición de tareas en seis áreas académicas (12 ítems), el interés por reducir la posposición en estas áreas (6 ítems) y las razones para posponer las tareas (26 ítems). Cada ítem es valorado en una escala de 1 a 5. El instrumento puede consultarse en Corcoran y Fischer (2000).

Ruiz (2000) presenta otro cuestionario de 40 ítems valorados de 1 a 5 según el grado de acuerdo con los mismos. Existen dos subescalas (perfeccionismo positivo y negativo) de 20 ítems cada una. No se informa de sus propiedades psicométricas.

Cuestionarios de interferencia o discapacidad

Estos cuestionarios podrían estar midiendo no sólo la discapacidad producida por el trastorno de interés, sino también por otros trastornos presentados por los clientes.

Cuestionario de Discapacidad de Sheehan (*Sheehan Disability Inventory, SDI*; Sheehan, Harnett-Sheehan y Raj, 1996, citado en Bobes y cols., 1998). 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. 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 significativas con relación al apoyo necesitado. Puede consultarse en Bobes y cols. (1998, 2002).

Escala Autoevaluada de Discapacidad de Liebowitz (Liebowitz, 1987, citado en Bobes y cols., 1998). Es el instrumento más complejo. Sus 11 ítems, valorados de 0 a 3, evalúan el grado en que los problemas emocionales impiden realizar determinadas acciones: beber con moderación, evitar medicamentos no prescritos, estar de buen humor, avanzar en los estudios, mantener un trabajo, tener buenas relaciones con la familia, tener relaciones románticas/íntimas satisfactorias, tener amigos y conocidos, dedicarse a aficiones, cuidado de personas y de la casa, y desear vivir y no pensar en el suicidio. El paciente debe contestar cada ítem en referencia primero a las dos últimas semanas y segundo a lo largo de la vida o la vez que peor estuvo. Puede consultarse en Bobes y cols. (1998).

Cuestionario de Interferencia. Pueden emplearse diversas escalas (0-5, 0-8, 0-10, etc.) en las que la persona valora la interferencia producida por sus problemas en su vida en general y/o la interferencia 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), Botella y Ballester (1997) y Echeburúa (1995). Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000) presentan datos normativos para su Escala de Inadaptación, en la cual la persona valora de 0 a 5 la medida en que sus problemas actuales afectan a su vida en general como a áreas más concretas (trabajo/estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar). El punto de corte que maximiza la sensibilidad y especificidad es 12 para la escala en su conjunto y 2 (correspondiente a la respuesta “poco”) para los ítems individuales.

AUTORREGISTROS

Se han empleado diversos **modelos** de autorregistro durante la evaluación. 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. Butler (1994) ha señalado otros aspectos interesantes a evaluar: número de contratiempos diarios, grado de malestar asociado con la preocupación y el nivel de interferencia en la vida diaria a través de calificaciones de concentración, toma de decisiones, sueño, relajación, placer, etc., según lo que sea pertinente en cada cliente.

Newman, Consoli y Taylor (1997) han propuesto también dos modelos de autorregistro cuyo uso, si se desea, puede ser facilitado por un computador de bolsillo. En el primero de ellos 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.

Wells (1997) ha propuesto un modelo de autorregistro durante el tratamiento en el que se apunta fecha, situación, disparador de la preocupación, descripción de la preocupación, pensamientos negativos sobre la preocupación (preocupación acerca de la preocupación), tipo e intensidad (0-100) de la reacción emocional, respuesta a la preocupación acerca de la preocupación y recalificación de la emoción. Craske y Tsao (1999) también indican aspectos que pueden registrarse.

OBSERVACIÓN

Morris y cols. (1977, citado en Vasey y Daleiden, 1994) han presentado un sistema para niños de preescolar. En una situación de prueba y antes de comenzar la tarea, se pregunta a los niños si la tarea parece fácil o difícil y se piensan que la pueden hacer bien. Tras 5 minutos de tarea, se les pregunta lo que han estado pensando, lo bien que lo han hecho, si han pensado que la tarea era fácil o difícil y si han estado nerviosos. Se consideran dos tipos de indicadores de preocupación: a) verbales: expectativas negativas, evaluaciones negativas de sí mismo y de la tarea y respuestas no correspondientes a la tarea; b) conductuales: fruncir el entrecejo, menear la cabeza, pedir re-entreno y mirar a estímulos no pertinentes a la tarea.

SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

Butler y cols. (1991, citado en Brown, O'Leary y Barlow, 2001) han definido un estado final de funcionamiento como puntuar dentro de la amplitud normal en tres medidas de ansiedad: Escala de Ansiedad de Hamilton, Inventario de Ansiedad de Beck y Escala de Ansiedad de Leeds.

Borkovec y Costello (1993) han ofrecido una definición más elaborada. Emplearon las siguientes **ocho medidas**: Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, calificación por un evaluador de la gravedad (0-8) de los síntomas de ansiedad del TAG, nivel promedio de ansiedad (0-100) en un diario completado tres veces al día durante 2 semanas, frecuencia de episodios agudos e intensos de ansiedad (> 50 en la escala de 0-100) en el diario citado, Inventario de Rasgo de Ansiedad de Spielberger, Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung, Cuestionario de Activación y de Reacciones a la Relajación de Heide y Borkovec y Cuestionario de Preocupación del Estado de Pensilvania. Se consideró que **un paciente mejoró en una medida si** logró un cambio de al menos el 20% en relación al pretratamiento. El **nivel de mejora** se clasificó como bajo (0-2 medidas), moderado (3-5 medidas) y alto (6-8 medidas). El **estado final de funcionamiento** se clasificó según estas mismas categorías, pero para decidir si una medida cumplía o no el criterio, la puntuación postratamiento debía caer dentro de una desviación típica de la media de una muestra normativa. En las medidas para las que no se disponía de normas, se fijaron criterios arbitrarios: 2 o menos en la escala de gravedad por parte del evaluador, 20 o menos en el nivel promedio de ansiedad y 0 en la frecuencia de episodios de ansiedad.

Otra propuesta más sencilla es la de Barlow, Rapee y Brown (1992), los cuales utilizaron **cuatro medidas**: calificación por un evaluador de la gravedad (0-8) del TAG, escala de Valora-

ción de la Ansiedad de Hamilton, nivel diario promedio de ansiedad (0-8) en un autorregistro completado durante 2 semanas y la puntuación total (0-40) en una escala de interferencia en cinco áreas de funcionamiento (ocio, trabajo, etc.) calificadas de 0 a 8. Se consideró que **un paciente mejoró significativamente** si logró un cambio del 20% o más en al menos tres de las cuatro medidas. Para considerar que un cliente había logrado un **estado final de funcionamiento alto**, tuvo que cumplir al menos tres de estos cinco criterios: 2 o menos en la escala de gravedad por parte del evaluador, 10 o menos en la escala de Hamilton, 1 o menos en el nivel diario promedio de ansiedad, 7,5 o menos en la escala de interferencia y 12 o menos (sobre 40) en la escala de ansiedad/depresión del Cuestionario de Miedos de Marks y Mathews (1979).

Dugas y cols. (2003) consideraron 7 medidas: gravedad del trastorno, preocupación, síntomas somáticos del TAG, intolerancia a la incertidumbre, ansiedad, depresión y ajuste social. **Un paciente mejoró significativamente en una medida si** logró un cambio del 20% o más y alcanzó un **estado final de funcionamiento en una medida** si su puntuación estuvo dentro de una desviación típica de la media de muestras normativas. El nivel de mejora y estado final de funcionamiento fue bajo, moderado y alto según se cumpliera el criterio en 0-1, 2-4 ó 5-7 medidas respectivamente. Pueden considerarse recuperados a aquellos pacientes que alcanzaron un nivel alto de mejora y de estado final de funcionamiento.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Los **dos focos principales del tratamiento** del TAG suelen ser las **preocupaciones excesivas e incontrolables** y la **sobreactivación** acompañante (especialmente, la tensión). Para ello, se han empleado diversos tratamientos, que han sido revisados por Bados (1998), Barlow, Raffa y Cohen (2002), Brown, O'Leary y Barlow (2001), Capafons y Alarcón (2003), Durham y Allan (1993), Echeburúa (1993a) y Öst y Breiholtz (2000). Además, diversos metaanálisis han sido realizados por Borkovec y Ruscio (2001), Chambless y Gillis (1993), Gould y cols. (1997) y Mitte (2005).

Todos los tratamientos incluyen un **componente educativo** sobre la ansiedad y el TAG y un entrenamiento para **darse cuenta de las situaciones externas y estímulos internos (cogniciones, sensaciones) que producen ansiedad**. Esto último puede hacerse 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. En las investigaciones los tratamientos han solido oscilar entre 8 y 16 sesiones (media = 11).

La **relajación aplicada** –ya sea la relajación muscular progresiva aplicada en situaciones inductoras de ansiedad imaginadas y reales (Barlow, Rapee y Brown, 1992) o la relajación aplicada de Öst (p.ej., Öst y Breitholtz, 2000)– ha sido superior a la lista de espera en un estudio. La relajación aplicada incluye el aprendizaje de diversas técnicas de relajación (entrenamiento en respiración, relajación diferencial, relajación inducida por señal y, en ocasiones, relajación mediante imágenes) que 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.

En un estudio la relajación aplicada ha sido superior a la terapia no directiva (asistir a los pacientes mediante la empatía y el reflejo a clarificar sus sentimientos, conocerse mejor y descubrir por sí mismos cosas que podrían hacer de modo diferente para cambiar cómo se sienten) e igual a

la terapia cognitiva de Beck combinada con relajación aplicada. En el seguimiento al año se mantuvieron estos resultados, aunque el tratamiento combinado tendió a ser mejor en términos de significación clínica. En otros dos estudios no hubo diferencias estadísticas o de significación clínica entre este tratamiento combinado y la relajación aplicada ni en el postratamiento ni en seguimientos a los 6, 12 y 24 meses. En cuatro trabajos, la relajación aplicada ha sido igual de eficaz que la terapia cognitiva de Beck en el postratamiento y en seguimientos de hasta 2 años. En uno de estos estudios los pacientes fueron referidos en vez de reclutados, muchos presentaron comorbilidad y el investigador no tenía preferencia por ninguno de los tratamientos (Arntz, 2003). El mecanismo de acción de la relajación aplicada no parece ser la reducción de la tensión muscular; se ha sugerido en su lugar el aumento de las expectativas de mejora y de la sensación de control (Craske, Rapee y Barlow, 1992).

Muy relacionado con los procedimientos de relajación, el **entrenamiento en manejo de la ansiedad de Suinn** (1990/1993; véase también Deffenbacher, 1997) también ha sido superior a la lista de espera en dos estudios con pacientes con neurosis de ansiedad o TAG; e igual de eficaz que la terapia no directiva más relajación en otro trabajo. Asimismo, ha resultado útil en personas con ansiedad generalizada y, a veces, otros problemas (trastorno de pánico, esquizofrenia, conducta tipo A, hipertensión, dismenorrea, ira). El entrenamiento en manejo de la ansiedad implica exposición imaginal relativamente graduada (se comienza por escenas de 50-60 USAs) a situaciones inductoras de ansiedad al tiempo que uno se concentra durante un cierto tiempo en los síntomas fisiológicos y cognitivos de ansiedad, dejar de imaginar la escena (o mantenerla en sesiones posteriores) y emplear habilidades de relajación (escenas de relajación, relajación muscular, relajación inducida por señal, respiración profunda) para afrontar la ansiedad. En la parte final del tratamiento se incluye la aplicación de las habilidades de relajación en situaciones temidas reales.

El **entrenamiento en manejo de la ansiedad de Butler** incluye relajación, exposición graduada imaginal y en vivo a situaciones inductoras de ansiedad, realización de actividades agradables, control de pensamientos perturbadores y distracción cognitiva. Dicho entrenamiento, con o sin sus componentes cognitivos, ha resultado superior a la lista de espera en dos estudios, pero sin sus elementos cognitivos ha sido menos eficaz que la terapia cognitiva de Beck en un estudio. La **biofeedback** EMG o de incremento de ondas alfa sólo ha sido estudiada en un trabajo con pacientes con TAG. Ambos tipos de retroalimentación no fueron superiores al placebo psicológico y tampoco a la lista de espera, quizá por falta de potencia estadística en este último caso.

La **terapia cognitiva (TC) de Beck** (reestructuración cognitiva verbal y conductual aplicada en situaciones inductoras de ansiedad) ha sido superior a la lista de espera en tres estudios. Fava y cols. (2005) han estudiado si la TC puede ser potenciada por una **terapia de bienestar** que busca potenciar a través de técnicas cognitivo-conductuales las siguientes dimensiones: autonomía, dominio del ambiente, crecimiento personal, metas en la vida, relaciones positivas y autoaceptación. Los pacientes apuntan en sus diarios episodios de bienestar y los pensamientos automáticos que interrumpen su bienestar, de modo que pueden reestructurarse las creencias disfuncionales al tiempo que se refuerzan aquellas conductas que potencian el bienestar. Cuatro sesiones de TC seguidas de cuatro sesiones de terapia de bienestar fueron más eficaces que 8 sesiones de TC, aunque el tratamiento fue llevado a cabo por el mismo terapeuta, uno de los investigadores.

La **terapia cognitivo-conductual (TCC)** combina la terapia cognitiva de Beck con el entrenamiento en relajación aplicada e incluye por tanto **reestructuración cognitiva, relajación y exposición graduada**, imaginal 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; por ejemplo, los clientes imaginan sus preocupaciones y después los resultados más realistas y probables. Se supone que la exposición imaginal facilita el empleo posterior de las estrategias de afrontamiento en la vida real, para lo cual se pide a los pacientes que cuando detecten sus preocupaciones incipientes, imaginen los resultados más acordes a la realidad. Andrews y cols. (2003)

presentan unas guías para el terapeuta y un manual para el paciente de una TCC que incluye además resolución de problemas.

La **TCC ha sido más eficaz que** la lista de espera en cinco estudios y más que el placebo farmacológico o las benzodiacepinas en dos trabajos realizados por el mismo grupo de investigación. Por otra parte, en un estudio realizado en un contexto clínico real con pacientes de bajo nivel socioeconómico y con comorbilidad, la TCC ha sido más eficaz que la psicoterapia analítica tanto en el postratamiento como en el seguimiento a 1 año (Durham y cols., 1994, 1999), aunque se ha dicho que la psicoterapia analítica no fue aplicada igual de bien que la TCC. Hay datos sugerentes de que la TCC es superior a la terapia no directiva, aunque los datos son contradictorios cuando esta última es combinada con relajación (2 estudios). Por otra parte, ni la TCC ni la TC ni el entrenamiento en relajación aplicados en plan didáctico en grupos de 20 clientes fueron superiores a un placebo psicológico, aunque sí, al igual que este último, a la lista de espera (White y cols., 1992).

No se ha demostrado hasta el momento que la TCC sea superior a la TC o a la relajación aplicada. En concreto la TCC ha resultado igual de eficaz que la TC en tres estudios, a pesar de que en el último caso no se empleó relajación. Por otra parte, la TCC ha sido igual de eficaz que la relajación o que procedimientos conductuales basados en esta y que en ningún caso incluían reestructuración cognitiva. En algunos estudios de este último grupo la TCC ha sido más eficaz en el seguimiento o en significación clínica. En los metaanálisis de Borkovec y Ruscio (2001) y Gould y cols. (1997) el tamaño del efecto de los tratamientos cognitivo-conductuales fue mayor que el de las terapias cognitivas o conductuales, pero en el primero no se hicieron comparaciones estadísticas y en el segundo la diferencia no fue significativa, quizá por falta de potencia estadística.

Que la posible superioridad de la TCC no se haya puesto claramente de manifiesto en los estudios que han comparado directamente los distintos tratamientos ha sido atribuido también a una falta de potencia estadística, aunque no apoyan esto los datos de Borkovec y cols. (2002). Estos autores indican que los estudios que han encontrado cierta ventaja para la TCC han dedicado menos tiempo ($M = 9,25 \pm 3,40$ h) a los componentes con los que ha sido comparada (relajación aplicada, reestructuración) que los estudios que no han hallado diferencias ($M = 13,50 \pm 1,73$ h). Sus datos sugieren que **si se dedica suficiente tiempo a la relajación aplicada o a la reestructuración cognitiva (16 horas en su caso), estos tratamientos son tan eficaces como la TCC.**

La **TCC, la TC y la relajación aplicada se han mostrado más eficaces que los grupos de lista de espera o placebo en** medidas de ansiedad, preocupación, depresión y empleo de ansiolíticos entre otras. La TCC también ha reducido el insomnio en un estudio sin abordarlo específicamente. El **70-75% de los pacientes tratados mejoran**, consiguiendo reducciones del 25% en el Inventario de Rasgo de Ansiedad de Spielberger, 30% en el Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania y 50% en la Escala de Ansiedad de Hamilton. Según los metaanálisis de Borkovec y Ruscio (2001) y Mitte (2005), los **tamaños del efecto** en comparación a la lista de espera en diversas medidas han sido los siguientes: ansiedad general (0,82 y 1,09), depresión (0,76 y 0,92), calidad de vida (0,89); y en comparación al placebo/terapia no específica: ansiedad general (0,57 y 0,71), depresión (0,52 y 0,66) y significación clínica (0,98). Así pues, la magnitud de los resultados es elevada en el primer caso y moderada en el segundo. Los tamaños del efecto pre-post son algo más elevados: ansiedad general (1,72-2,48), depresión (1,02-1,14). Por otra parte, la mejora en el TAG lleva consigo una mejora o desaparición de otros trastornos comórbidos (Borkovec, Abel y Newman, 1995; Ladouceur y cols., 2000).

El **21%** de los pacientes **rechazan iniciar el tratamiento** por una diversidad de razones: negarse a la asignación aleatoria, dificultades horarias, tratamiento no aceptable. El primero de estos

motivos no se da en la práctica clínica real, por lo que es de suponer que el porcentaje de rechazos debe ser menor. El **15-16%** de los pacientes **abandonan** la intervención una vez iniciada (Borkovec y Ruscio, 2001; Westen y Morrison, 2001). El porcentaje de abandonos parece mayor cuando se emplean sólo métodos conductuales (p.ej., relajación) (15-22%) que cuando se emplea terapia cognitiva o TCC (8-12%) (Borkovec y Ruscio, 2001; Gould y cols., 1997), aunque esto no ha sido confirmado en una muestra clínica (Arntz, 2003).

Fisher y Durham (1999) consideraron los estudios más recientes que han empleado una diversidad de métodos conductuales y cognitivo-conductuales y el Inventario de Rasgo de Ansiedad de Spielberger. Según los datos de este cuestionario, el 3% de los clientes empeoraron, el 45% no cambiaron, el 20% mejoraron sin recuperarse y el 32% se recuperaron; los resultados fueron algo mejores en el seguimiento a los 6 meses (2%, 36%, 24% y 38% respectivamente). El **porcentaje de sujetos mejorados** (recuperados o no), **más alto se dio en la TCC o TC (69% y 72% en postratamiento y seguimiento a los 6 meses respectivamente) y la relajación aplicada (74% y 86% en postratamiento y seguimiento respectivamente)**, ambas aplicadas individualmente.

Siguiendo con el estudio de Fisher y Durham (1999), el **porcentaje de pacientes recuperados**, según los criterios de Jacobson y Truax de cambio estadísticamente fiable y mayor probabilidad de pertenecer a población funcional, **fue mayor en la TCC o TC (48% y 51% en postratamiento y seguimiento a los 6 meses respectivamente) y la relajación aplicada (63% y 60% en postratamiento y seguimiento respectivamente)**, ambas aplicadas individualmente, que en la terapia conductual aplicada individualmente o en grupo, la TCC o TC en grupo, la terapia no directiva o la psicoterapia analítica, aunque todos estos tratamientos se basaron sólo en un estudio. (En el metaanálisis de Gould y cols., 1997, no hubo diferencias entre los tamaños del efecto de los tratamientos aplicados individualmente o en grupo.) En general, el porcentaje de pacientes moderadamente o muy recuperados ha estado frecuentemente **en diversos estudios** alrededor del **45-55%**, aunque los datos han oscilado notablemente en función de las medidas y criterios empleados.

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 de ansiedad, y sin considerar el criterio de cambio fiable, Borkovec y cols. (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%**. El porcentaje de pacientes que ya **no cumplían criterios de TAG** en esos tres momentos fue 91,3%, 80% y 82,5%.

El porcentaje de pacientes recuperados es probablemente una **sobrestimación** cuando no se exige que la persona haya hecho un cambio estadísticamente fiable en la/s medida/s de interés y sólo se exige que sea más probable que pertenezca a la población funcional o que no pertenezca a la población disfuncional o que satisfaga un punto de corte arbitrario en la/s medida/s consideradas. Algunos pacientes satisfacen los puntos de corte sin haber mejorado significativamente porque ya estaban próximos a los mismos en el postratamiento o incluso ya los satisfacían en alguna/s de las medidas. Esto queda claramente demostrado en el estudio de Dugas y cols. (2003). Logrando valores normativos en al menos 5 de 7 medidas y sin considerar el criterio de cambio fiable, estos autores hallaron un **65%** de pacientes recuperados en el postratamiento, y un **66% y un 72%** en los seguimientos al año y dos años respectivamente; al exigir también el criterio de cambio fiable, los porcentajes anteriores bajaron a **52%, 59% y 62%** respectivamente.

Las **mejoras suelen mantenerse** en la mayoría de los pacientes en seguimientos que han oscilado entre los 6 meses y los 2 años (media = 9 meses). Sin embargo, el **20-40%** de los pacientes tratados con terapia conductual o cognitivo-conductual reciben **tratamiento adicional** (psicológi-

co o farmacológico) para el TAG durante el seguimiento y los porcentajes más altos corresponden a los seguimientos más largos. 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 antes citada de Fisher y Durham (1999) se halló que en la TCC y la relajación aplicada hubo un **8-11% de recaídas** y un **8-10% de clientes que se recuperaron durante el seguimiento**.

Por lo que se refiere a la **duración de la TCC en la práctica clínica real**, Turner y cols. (1995) hallaron que el tratamiento del TAG requirió de media **23 horas** a lo largo de **3-6 meses**, lo cual contrasta con las 9,5 horas de media en los estudios controlados; la duración fue menor que en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo (46 h, 3-12 meses), similar a la de la fobia social (29 h, 3-6 meses) y el trastorno de pánico con/sin agorafobia (27 h, 3-6 meses), y mayor que la de las fobias específicas (13 h, 3 meses) y la fobia la sangre (11 h, 3 meses). Hay que tener en cuenta que la duración del tratamiento es mayor en los casos que presentan comorbilidad con otros problemas y menor en caso contrario.

Recientemente han comenzado a aparecer estudios que indican que, con las oportunas adaptaciones, la TCC puede ser aplicada con éxito en **niños con TAG**, tal como se explica más abajo. El tratamiento del TAG en **adultos mayores** (sobre 60 años o más) ha sido revisado por Mohlman (2004) y Nordhus y Pallesen (2003) y Stanley, Diefenbach y Hopko (2004) han presentado un manual para el tratamiento de personas mayores con TAG en atención primaria. La TCC grupal es más eficaz que el no tratamiento en preocupaciones, ansiedad y depresión, pero no se ha diferenciado de la terapia no directiva de apoyo (Stanley, Beck y Glassco, 1996) y sólo ha sido ligeramente superior a la discusión de temas preocupantes (Wetherell, Gatz y Craske, 2003). Los resultados se mantienen a medio plazo (6-12 meses), pero los porcentajes de pacientes recuperados o que dejan de cumplir criterios diagnósticos parecen más bajos que los observados en adultos más jóvenes; los abandonos también son más frecuentes. La TCC individual con adultos mayores ha sido superior a la lista de espera y el tratamiento usualmente aplicado. Es posible que la eficacia de la TCC pueda ser incrementada con técnicas para mejorar el aprendizaje y la memoria.

Poco se sabe hasta el momento sobre las **variables predictoras** de los resultados del tratamiento del TAG. Durham, Allan y Hackett (1997) hallaron que la probabilidad de mejores resultados fue mayor en pacientes caracterizados por ausencia de trastornos comórbidos del Eje I, estar casados o vivir en pareja, tener una relación marital no conflictiva y no tener un bajo nivel socioeconómico. Las recaídas fueron también predichas por los valores inversos de estas tres primeras variables y por puntuar alto en una escala de psicoticismo, ser varón, haber recibido tratamiento psiquiátrico previo y, en menor medida, tener bajas expectativas iniciales de mejora.

Peores resultados pueden ser también más probables en los pacientes psiquiátricos que toman medicación ansiolítica y en clientes sometidos a agentes estresantes crónicos (Durham y Allan, 1993). En el estudio de Borkovec y cols. (2002) la permanencia de ciertas dificultades interpersonales (ser rencoroso, entrometido y dominante en las relaciones con otros) al final de la terapia estuvo asociada con peores resultados en el postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses. Aunque no parece que los trastornos comórbidos de personalidad predigan un peor resultado, se ha observado que es más probable que faciliten el abandono del tratamiento cognitivo-conductual (Sanderson, Beck y McGinn, 1994).

Por otra parte, los resultados del estudio de Hoelscher y cols. (1984, citado en Woods, Chambless y Steketee, 2002) indican que mientras el informe de la práctica de relajación por parte de los pacientes exageró ampliamente la cantidad de la misma y no predijo los resultados del tratamiento, el **cumplimiento con esta práctica objetivamente medido** (mediante un cronómetro escondido en un magnetófono) correlacionó moderadamente con los resultados. Wetherell y cols. (2005) hallaron en personas mayores que la mejor realización de actividades entre sesiones estuvo

asociada con mejores resultados y más duraderos.

Pasando ahora al tema de la **individualización del tratamiento**, esta no ha sido investigada empíricamente, Eisen y Silverman (1998) han presentado datos que sugieren que la intervención es más eficaz si es adaptada al tipo de respuesta del cliente (niños en su caso). 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. Este es un tema que merece ser más investigado, aunque cuando se ha hecho en el campo de los trastornos fóbicos, los resultados han sido inconsistentes.

Dado el estado de la cuestión y basándonos en los datos empíricos, es muy difícil recomendar un tratamiento concreto para el TAG, aunque **la tendencia es emplear TCC que combina educación** sobre la ansiedad y el TAG, entrenamiento para **darse cuenta de los estímulos** externos e internos que producen ansiedad, **relajación, reestructuración cognitiva y exposición**. Actualmente, también se pone énfasis en la utilización de la **resolución de problemas**.

Recientemente, se han desarrollado **dos nuevas intervenciones para el TAG en adultos** que parecen prometedoras, la de Brown, O'Leary y Barlow (1993, 2001) y la del grupo de Dugas (Dugas y Koerner, 2005; Dugas y Ladouceur, 1997). Estas intervenciones serán expuestas un poco más adelante. Aunque el tratamiento del grupo de Dugas (TCC centrada en las preocupaciones) se ha mostrado superior a la lista de espera, habrá que esperar a que ambas intervenciones demuestren su superioridad sobre otros tratamientos ya investigados. También se expondrá el **tratamiento cognitivo-conductual para niños** con TAG desarrollado por Kendall (1994; Kendall y cols., 1997); este programa ha sido mejor que la lista de espera en el postratamiento y los resultados se han mantenido en seguimientos de hasta 6 años de duración.

UTILIDAD CLÍNICA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Hay pocos datos respecto a si los **resultados obtenidos en investigaciones controladas son generalizables a la práctica clínica real**. Durham y cols. (1994, 1999) hallaron en un contexto clínico real con pacientes de bajo nivel socioeconómico y con comorbilidad, que la TCC fue más eficaz que la psicoterapia analítica tanto en el postratamiento como en el seguimiento a 1 año. Además, especialmente cuando la TCC duró 16-20 horas en vez de 8-10, los tamaños del efecto en medidas de ansiedad y depresión y el porcentaje de pacientes mejorados y recuperados fueron comparables a los obtenidos en trabajos realizados en contextos artificiales. Los estudios de Durham y cols. (2004) y Linden y cols. (2005) también apoyan la utilidad clínica de la TCC. En este último, la TCC, aplicada por terapeutas en su práctica privada a pacientes con TAG que no presentaban comorbilidad y no tomaban fármacos, fue superior a un grupo de tratamiento diferido; los terapeutas fueron estrechamente supervisados.

Con vistas a mejorar la eficiencia del tratamiento psicológico del TAG, White, Keenan y Brooks (1992) aplicaron en centros de atención primaria tratamiento conductual, cognitivo o cognitivo-conductual en **grupos grandes (20 o más), de forma didáctica**, con ayuda de un manual y a lo largo de seis sesiones de 2 horas. Los resultados fueron buenos en términos de cambios intra-grupo y en comparación a un grupo de lista de espera, pero no hubo diferencias ni entre los tres tipos de tratamiento ni entre estos y un grupo placebo (mensajes anti-ansiedad subliminales supelementalmente incluidos en una combinación de música y ruido blanco). White (1998) que presenta los resultados (positivos) del seguimiento a los 2 años, señala la posible importancia de los factores no específicos a la hora de explicar la eficacia de los tratamientos del TAG.

Durham y cols. (1994, 1999) estudiaron si había diferencia entre aplicar la TCC en **8-10 sesiones contra 16-20 sesiones** a lo largo de 6 meses en ambos casos. En el postratamiento ambos grupos mejoraron por igual, pero en el seguimiento al año, el tratamiento más breve funcionó peor, especialmente en términos del porcentaje de pacientes que presentaron cambios clínicamente significativos. En un estudio posterior (Durham y cols., 2004) se comprobó que 5 sesiones pueden ser suficientes para aquellos pacientes con buen pronóstico, mientras que entre aquellos con mal pronóstico no hubo diferencias entre 9 y 15 sesiones de media: el 60% seguían cumpliendo criterios de TAG a los 6 meses en contraste con el 12% de los pacientes con buen pronóstico. Las características de los pacientes pueden tener una influencia más grande que la longitud de la terapia.

Bowman y cols. (1997) estudiaron la eficacia de un **tratamiento autoadministrado** para el TAG que incluyó un manual de autoayuda y algunos breves contactos telefónicos con el terapeuta para clarificar cuestiones sobre la intervención. Esta incluyó la discriminación de si los problemas tenidos estaban relacionados o no con las cosas que importaban. Si no lo estaban, se dejaban a un lado y se pensaba en ellos de forma menos negativa. Si lo estaban, se ponía en marcha un **proceso de solución de problemas** y se aplicaban las soluciones. Si estas no existían o no funcionaban, se aceptaba la situación que no se podía cambiar. El tratamiento, de 1 mes de duración y aplicado con pacientes que se presentaron voluntarios, fue más eficaz que la lista de espera en medidas de evaluadores ciegos y autoinformes; las mejoras se mantuvieron en el seguimiento a los 3 meses y también a los 2 años (Floyd y cols., 2002), aunque en este último caso la evaluación se hizo por teléfono y sólo participaron 16 de los 32 pacientes, los cuales se caracterizaron además por presentar niveles postratamiento más bajos de estado y rasgo de ansiedad.

Newman, Consoli y Taylor (1997) han presentado un programa de **terapia mediante ordenador de bolsillo** para el TAG con el fin de reducir la razón coste/eficacia del tratamiento. La intervención, la cual se empleó como adjunta a la terapia aplicada en persona, incluyó evaluación estructurada, terapia cognitiva, entrenamiento en respiración, relajación muscular progresiva, imaginación placentera y exposición imaginal. Al no haberse empleado un grupo de comparación, no pueden extraerse conclusiones, pero sería interesante investigar la eficacia de dicho tratamiento administrado mediante ordenador cuando se emplea como adjunto y también cuando se utiliza como forma única de tratamiento, al igual que se ha hecho en otros trastornos como la agorafobia y la fobia social.

El estudio de Heuzenroeder y cols. (2004) indica que la TCC aplicada por un psicólogo público tiene una mejor **relación coste-beneficio** en comparación a la terapia farmacológica.

Pueden consultarse **estudios de casos** en Bados y Bach (1997), Benedito y Botella (1992), Brown y Barlow (1997, cap. 1), Brown, O'Leary y Barlow (2001), Caro (1985) y Froján (2005).

TRATAMIENTO DE BROWN, O'LEARY Y BARLOW (1993, 2001)

Brown, O'Leary y Barlow (1993, 2001) y Craske, Barlow y O'Leary (1992) han elaborado un tratamiento combinado para el TAG que incluye conceptualización del problema y justificación del tratamiento, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, exposición a la preocupación, prevención de las conductas de preocupación, organización del tiempo y resolución de problemas. Este tratamiento se presenta esquematizado en la **tabla 2** y se describe un poco más adelante. Muchos clientes con TAG presentan ansiedad social importante y pueden beneficiarse de un **entrenamiento en asertividad**. Este puede integrarse con los componentes anteriores, especialmente con la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas y la exposición a las situaciones temidas (incluida esta última en la prevención de las conductas de preocupación).

La intervención se extiende a lo largo de 12-15 sesiones semanales de una hora (las dos últimas son cada dos semanas) aplicadas individualmente, dadas las dificultades para aplicar en grupo la exposición a la preocupación. El resto de los componentes puede ser aplicado en grupo si se desea. Aunque no se detallan a continuación, las dos primeras sesiones son fundamentales ya que incluyen el establecimiento de una buena relación terapéutica, la construcción de una nueva conceptualización del problema, la justificación y descripción del tratamiento, etc. (véase la tabla 2). 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.

Entrenamiento en relajación

Se basa en el entrenamiento en **relajación progresiva** de Bernstein y Borkovec (1973/1983). Se explica al cliente que el fin de la relajación es reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad y, de este modo, contribuir a la reducción de las preocupaciones. Se comienza con **16 grupos musculares con entrenamiento en discriminación**. Este consiste en enseñar a discriminar las sensaciones de tensión y relajación en cada grupo muscular; el objetivo es que el cliente se vuelva más capaz de detectar las fuentes y signos tempranos de tensión muscular para poder aplicar técnicas de relajación. Tras acabar los 16 grupos, se emplean técnicas de profundización de la relajación como la **respiración lenta, regular y diafragmática con la repetición de la palabra *relax* al espirar**. Todo este proceso suele durar unos 30 minutos y el terapeuta suele grabar el procedimiento en **cinta** para que el cliente pueda practicar con ella dos veces al día. La secuencia de músculos que se sigue es brazos, piernas, abdomen, pecho, hombros, cuello, cara, ojos y frente.

Tras dominar los 16 grupos musculares, lo cual suele llevar unas 2 semanas, el **número de grupos musculares se reduce a 8 y luego a 4** (p.ej., 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. El siguiente paso es la **relajación mediante recuerdo**: concentrarse en los 4 grupos musculares seleccionados y liberar la tensión existente en los mismos mediante el recuerdo de las sensaciones de relajación logradas en las prácticas anteriores. Se sigue con la práctica de la respiración lenta y las prácticas en un medio tranquilo, pero se alienta al cliente a comenzar a **practicar brevemente en otros entornos que no susciten ansiedad** (coche, oficina, ciertas colas, viendo TV).

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 en situaciones inductoras de tensión o ansiedad. Además, se le dice que **continúe periódicamente con el ejercicio de 16 grupos** musculares con el fin de potenciar el entrenamiento en discriminación y la asociación de la señal *relax* con las sensaciones de relajación.

El entrenamiento en **relajación puede inducir ansiedad** debido a una especial susceptibilidad a ciertas reacciones somáticas y/o al miedo a perder el control. Esta ansiedad inducida mediante la relajación es más frecuente en clientes que presentan un trastorno de pánico comórbido y está negativamente asociada con los resultados del tratamiento. Cuando el terapeuta constata la ocurrencia de dicha ansiedad debe informar al cliente de que se trata de una reacción temporal y de que irá cediendo con la práctica repetida de la relajación.

Borkovec, Hazlett-Stevens y Diaz (1999) aconsejan alentar a los pacientes a que durante la relajación **dejen pasar las preocupaciones** que detecten en vez de intentar suprimirlas activa-

mente, ya que esto último incrementa el valor ansiógeno de estas y quizá su frecuencia. Para ayudar aún más en este proceso, se pide a los clientes que pongan en práctica una estrategia de **control de estímulos**: posponer las preocupaciones para un momento y lugar específicos del día para que preocuparse no se asocie con las circunstancias de la vida diaria. Además, se alienta a los pacientes a que tan pronto como pospongan una preocupación o apliquen una respuesta de relajación, practiquen el **dirigir su atención a experiencias del momento presente** en vez de a los pensamientos acerca del pasado o futuro presentes en sus preocupaciones.

Reestructuración cognitiva

Sigue los principios de Beck. 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 incremento notable de ansiedad los siguientes aspectos: evento desencadenante, pensamientos automáticos y ansiedad (0-8). Es **importante que las cogniciones identificadas sean específicas** (“mi hijo puede tener un accidente de coche y quedar parálítico o morir” contra “algo malo puede pasarle a mi hijo cuando sale fuera”).

Un **problema** frecuente tanto por parte de los clientes como de los terapeutas es **no llegar a identificar aquellos pensamientos que son los responsables principales** de las emociones negativas; en lugar de esto, la atención se centra en cogniciones menos importantes. Dos maneras de abordar el problema son utilizar la técnica de la flecha descendente y que terapeutas y clientes se pregunten si los pensamientos identificados producirían el mismo tipo y grado de emoción en otras personas que hicieran la misma interpretación. **Otros problemas** frecuentes en la reestructuración cognitiva, tanto por parte de los pacientes como de los terapeutas, son el **cuestionamiento de pensamientos antes de identificar los más significativos y el cuestionamiento insuficiente** de los pensamientos automáticos (generación de contraargumentos incompletos o inadecuados).

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 explicar y proporcionar ejemplos de los dos tipos de errores anteriores, es conveniente que el terapeuta dé algunas **razones por las que dichos pensamientos se mantienen a pesar de que no se cumple lo predicho**: la creencia de que se ha tenido suerte hasta el momento, la creencia de que preocuparse y las conductas de preocupación previenen las consecuencias negativas y la tendencia a centrarse en los resultados negativos sin considerar otras alternativas.

El siguiente paso es enfatizar la **importancia de cuestionar los pensamientos negativos**; se trata de examinar la validez de las interpretaciones y predicciones hechas con el fin de sustituirlas por cogniciones más realistas. Este cuestionamiento implica: a) considerar los pensamientos como **hipótesis**, b) emplear los datos presentes y pasados para evaluar la validez de lo que se cree (**método socrático**) y c) generar predicciones a partir de la creencia para someterla a prueba (**experimentos conductuales**). En el caso del cuestionamiento de la sobrestimación de la probabilidad de un evento negativo se emplean estos tres tipos de guías para establecer la probabilidad realista de

la ocurrencia futura del evento negativo. Un **ejemplo** de reestructuración verbal puede verse en la **tabla 3** y ejemplos de experimentos conductuales, en la **tabla 4**.

Una vez que el cliente ha captado los fundamentos del cuestionamiento de sus cogniciones, **se añaden cuatro columnas a su autorregistro** habitual: probabilidad ansiosa (0-100%; probabilidad percibida del evento negativo cuando uno está ansioso), cuestionamiento cognitivo (pruebas para lo que pienso, alternativas), probabilidad realista y ansiedad (0-8) al final del proceso. Si esta ansiedad es 4 o más, se pide al cliente que vuelva a considerar la peor consecuencia posible implicada en sus pensamientos automáticos y que repita todo el procedimiento hasta que la ansiedad sea 3 o menos. Ejemplos de autorregistro pueden verse en Brown, O'Leary y Barlow (2001, pág. 179) y Craske, Barlow y O'Leary (1992, pág. 6-10).

Para cuestionar los pensamientos catastróficos, se pide al cliente que suponga que lo peor que teme es cierto y luego que evalúe si realmente es tan malo como parece. Esto implica reconocer que se tienen medios para manejar los eventos negativos (incluido cuáles son estos medios) 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., infarto de corazón), el paciente debe aprender a **generar soluciones** a los mismos en el caso improbable de que ocurran. Además, es muy útil que el paciente genere **tantas interpretaciones alternativas como pueda a la peor consecuencia temida**; por ejemplo, explicaciones alternativas a que se va tener un infarto porque el corazón va muy acelerado son que se está muy nervioso por algo, que se ha tomado café o que se ha hecho ejercicio.

Conviene señalar que en la descatastrofización no se trata de ver un evento negativo como poco importante o neutral (p.ej., sería muy perturbador para la mayoría de la gente perder un hijo), sino de evaluar críticamente su impacto real. **Ejemplos** de descatastrofización pueden verse en la **tabla 5**. Para trabajar la descatastrofización, se pide al cliente que complete un **autorregistro** en el que apunta: preocupación, capacidad de afrontamiento (0-100%) de un evento negativo cuando se está ansioso, medios de afrontamiento y capacidad realista de afrontamiento una vez considerados los medios anteriores. Un ejemplo puede verse en Craske, Barlow y O'Leary (1992, pág. 7-9).

Exposición a la preocupación

La exposición a la preocupación incluye los siguientes pasos:

- Identificar las **dos o tres áreas principales de preocupación** de un paciente y **ordenarlas** comenzando por la menos perturbadora o ansiógena.
- **Entrenar en imaginación** al cliente mediante el empleo de escenas agradables.
- **Evocar vívidamente la primera área de preocupación pidiendo al cliente que se concentre en sus pensamientos ansiógenos mientras intenta imaginar la peor consecuencia temida que se le ocurra** de esa área de preocupación. Así, un paciente que se preocupa cuando su cónyuge llega tarde del trabajo puede imaginárselo inconsciente y desplomado sobre el volante del coche. Y una paciente que se preocupa porque una amiga pase de visita sin avisar y vea la casa sucia y desordenada puede imaginarse que aquella llamará al resto de las amigas para decírselo y todas se reirán de ella y le perderán el respeto.
- Una vez que el cliente logra imaginar vívidamente lo anterior, se le pide que **vuelva a reevocar los pensamientos e imágenes y que los mantenga** claramente en su cabeza

durante **al menos 25-30 minutos**. Es conveniente obtener **calificaciones periódicas de la ansiedad** del paciente (p.ej., cada 5 minutos) para comprobar si esta se va reduciendo y, si no es así, para detectar posibles problemas.

- Transcurrido el tiempo anterior, se le 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. Y en el caso de la visita inesperada de la amiga puede pensarse que quizá no notará el desorden; que no le dará importancia; que ha venido a verle a una, no a la casa; que aunque note los suelos sucios, puede no juzgarlo tan importante como para llamar al resto de las amigas; que puede alegrarse de no verle siempre a una limpiando. Esta generación de alternativas puede hacerse sólo verbalmente o también en la imaginación.

Al finalizar la generación de alternativas, el cliente completa un **autorregistro** con los siguientes datos: tiempo de inicio y terminación, síntomas durante la exposición, contenido de la preocupación, peor consecuencia temida posible, ansiedad experimentada (0-8), nivel de imaginación (0-8), posibles alternativas y nivel de ansiedad e imaginación tras generar estas (ejemplos pueden verse en Brown, O'Leary y Barlow, 2001, pág. 181, y en Echeburúa y de Corral, 1998, pág. 149). La ansiedad experimentada puede hacer referencia a la máxima ansiedad durante la exposición o a la ansiedad en diferentes momentos a lo largo de esta (p.ej., al principio, en medio y al final).

- **Cuando la exposición no genere más que un nivel ligero de ansiedad** (2 o menos en la escala 0-8) 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**.

Es muy **importante proporcionar a los pacientes una adecuada justificación del procedimiento**. Esto implica discutir el concepto de habituación y explicar por qué esta no ha ocurrido naturalmente a pesar de las preocupaciones repetidas (por la tendencia a cambiar de una preocupación a la siguiente sin elaborarlas suficientemente, por la ocurrencia de las conductas defensivas de preocupación). Además la exposición repetida al mismo pensamiento y/o imagen preocupante puede facilitar que el cliente desarrolle una perspectiva más objetiva sobre la preocupación. Finalmente, la exposición a la preocupación proporciona la oportunidad de aplicar estrategias previamente aprendidas en el programa de tratamiento (reestructuración cognitiva y, quizás, relajación aplicada).

Varios son los **problemas** que pueden surgir en la aplicación de la exposición a la preocupación.

- **Ansiedad mínima durante las exposiciones iniciales**. Esto puede ser debido a: a) imágenes insuficientemente vívidas, b) imágenes demasiado generales que no se centran en la peor consecuencia, c) imágenes que no son importantes para el área de preocupación considerada, d) área de preocupación que no contribuye apreciablemente al TAG, e) aplicación de estrategias de afrontamiento (reestructuración cognitiva, relajación) durante los 25-30 minutos de exposición, f) evitación encubierta de las señales más importantes de preocupación. Esto puede conseguirse mediante **distracción** cognitiva, centrándose en cogniciones agradables o neutrales o en cogniciones negativas no importantes o dejando que los pensamientos fluctúen.

Es importante que el terapeuta esté atento para detectar la presencia de distracción y que enfatice al cliente que aunque la distracción de los pensamientos ansiógenos puede reducir la ansiedad a corto plazo, contribuye a mantenerla a largo plazo. La distracción refuerza la idea de que ciertas cogniciones deben ser evitadas, impide el incremento en ansiedad necesario para lograr el procesamiento emocional de la preocupación y sirve, por tanto, para mantener las interpretaciones de amenaza. Por último, la distracción no permite reestructurar las cogniciones ansiógenas.

- **Poca habituación intra- o intersesiones de la ansiedad** a las señales de preocupación a pesar de exposiciones repetidas a las mismas. Posibles razones son: a) evitación encubierta cuando se experimenta mucha ansiedad; b) fallo en mantener la misma imagen a lo largo de la exposición (se cambia de una imagen perturbadora a otra), con lo que se reduce la habituación a dicha imagen; c) tiempo insuficiente de exposición, ya sea porque este no llega a los 25-30 minutos o porque esta última duración no es suficiente para determinadas personas o imágenes.
- **Dificultad para generar alternativas en general o alternativas creíbles en particular a la peor consecuencia anticipada.** Esto puede reflejar una capacidad limitada para aplicar la reestructuración cognitiva previamente aprendida o una fuerte convicción de que pasará lo que se teme. En este caso, la ansiedad no se reducirá. La solución pasa por preguntar al cliente por sus hipótesis acerca de por qué la ansiedad no disminuye, analizar y someter a prueba estas hipótesis, ayudar al cliente a generar alternativas a la peor consecuencia temida y continuar con la exposición prolongada a la preocupación para ayudar a que se genere una mayor objetividad con relación al área de preocupación considerada.

El **tipo de exposición empleado por Barlow difiere de la empleada** en los tratamientos investigados hasta el momento. En estos, se pide al cliente que imagine, de modo jerárquico, situaciones y estímulos internos (cogniciones, sensaciones) suscitadores de ansiedad y que tras experimentar esta durante unos momentos, aprenda a manejarla mediante las estrategias aprendidas (relajación y/o reestructuración). No se le dice al paciente, al menos de entrada, que intente imaginar la peor consecuencia temida ni tampoco tiene que estar 25-30 minutos imaginando antes de aplicar sus estrategias.

Dugas y Ladouceur (1997) han comentado que la exposición a la preocupación sólo debería hacerse para las preocupaciones relativas a **acontecimientos inmodificables o muy improbables**; para el resto aconsejan algún tipo de resolución de problemas. Además, piensan que no deben emplearse durante la exposición a las preocupaciones sobre situaciones inmodificables o muy improbables otras estrategias (aunque sólo sea al final) tales como la reestructuración cognitiva (generar el mayor número de alternativas posibles a la peor consecuencia temida) y la relajación, ya que el **empleo de dichas estrategias podría reducir los efectos de la exposición** al neutralizar la imagen de temor.

Prevención de las conductas de preocupación

Brown, O'Leary y Barlow (1993, 2001) entienden por conductas de preocupación el **hacer** (evitación activa) o **no hacer** (evitación pasiva) **ciertas actividades con el fin de reducir o prevenir la ansiedad y los supuestos peligros anticipados**. Ejemplos: 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, limpiar la casa diariamente por si alguien viene inesperadamente de visita, asegu-

rarse con exceso de que un trabajo está bien hecho, negarse a leer esquelas o noticias desagradables en el periódico, rehuir conversaciones incómodas, posponer actividades, no aceptar invitaciones a reuniones sociales, no querer ver ciertos programas de TV, no ir al médico, etc.

Estas conductas de preocupación contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza y deben ser prevenidas; o más exactamente, **deben prevenirse las conductas de evitación activa y deben alentarse las actividades que el cliente evita hacer**. Tanto la prevención como la exposición pueden perseguirse de forma gradual. Además, la prevención no tiene por qué ser total en aquellos casos en que un cierto grado de la conducta es aceptable; así, un paciente no llamará a casa de los padres de varias amigas de su hija si esta no ha llegado a casa a la hora prevista, pero sí si han pasado ya 60 minutos.

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 preocupación 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 preocupación comunes y jerarquizarlas** según el grado de ansiedad que produciría prevenirlas. Un ejemplo de jerarquía es el siguiente (entre paréntesis aparece el nivel de ansiedad): a) ir a ver cómo el hijo juega un partido de rugby (7, miedo a que se lesione), b) no limpiar durante unos días (6-7, los amigos podrían notarlo y pensar mal), c) que el marido no llame a casa en todo el día (6, podría haberle pasado algo), d) no limpiar el baño en un día (5), e) no hacer la cama una mañana (4), f) limpiar el baño sólo una vez en un día (3), g) que el marido llame a casa sólo al salir del trabajo (2).

Ejemplos de otros posibles ítems de una jerarquía para otros clientes podrían ser oír las noticias en la radio en vez de apagar esta o cambiar de canal para evitar oír partes de accidentes de tráfico; llamar al cónyuge al trabajo sólo una vez en vez de varias; llegar tarde a una cita; leer esquelas en los periódicos; cometer algunos errores en el trabajo; no levantarse inmediatamente cuando el bebé llora, hacer una revisión semanal de la contabilidad en vez de diariamente. Elaborada la jerarquía, se pide al cliente que **registre la frecuencia con la que ocurren las conductas de preocupación a lo largo de la semana**.

A continuación, se comienza por el nivel más bajo de la jerarquía y se pide al cliente que **no lleve a cabo la conducta de preocupación** (o que realice la conducta evitada). Antes de llevar a cabo la prevención de respuesta, terapeuta y paciente anotan las predicciones de este último respecto a las consecuencias que tendrá dicha prevención. Cumplida esta, se ayuda al cliente a **comparar los resultados habidos con las predicciones previas** con el fin de constatar que las conductas de preocupación no están correlacionadas con una menor ocurrencia de eventos negativos futuros. Superado un ítem de la jerarquía (2 o menos en la escala 0-8) 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 relajación y/o reestructuración cognitiva.

Organización del tiempo

Muchos pacientes con TAG se sienten abrumados por obligaciones y plazos límite además de por problemas cotidianos, los cuales tienden a magnificar. Una manera de conseguir que estos clientes se centren en las tareas que tienen entre manos en vez de en sus preocupaciones sobre si conseguirán manejarlas o no es enseñarles habilidades para **organizar su tiempo y fijar metas** (véase la **tabla 6**). Brown, O'Leary y Barlow (1993, 2001) proponen tres estrategias de organización del tiempo:

- a) **Delegar responsabilidades**, lo cual implica superar tendencias perfeccionistas.
- b) **Saber decir no** y rechazar demandas inesperadas o desmesuradas por parte de otros que impiden completar las actividades planeadas. Tanto en esta estrategia como en la anterior se emplea la prueba de hipótesis; por ejemplo, el cliente delega pequeñas tareas en sus compañeros de trabajo o en miembros de su familia para poner a prueba sus predicciones (“el trabajo será de peor calidad”, “me cuesta más tiempo explicarlo que hacerlo”, “pensarán que estoy rehuyendo mis responsabilidades”).
- c) **Ajustarse a los planes previstos**. Esto implica estructurar las actividades diarias de modo que puedan llevarse a cabo las más importantes. Esto se ve facilitado por el establecimiento de metas diarias.

A la hora de **establecer metas**, las actividades de cada día son clasificadas en tres categorías: a) **Actividades A**: prioritarias, deben ser hechas el mismo día. b) **Actividades B**: muy importantes, deben ser hechas pronto, pero no necesariamente en ese día. c) **Actividades C**: importantes, deben ser hechas, pero no muy pronto. Luego, se ayuda al cliente a **asignar tiempo suficiente** a cada actividad; este tiempo puede ser hasta el doble del que el cliente considera necesario en aquellas personas que hacen apresuradamente las cosas o tienen expectativas poco realistas del tiempo que se necesita para hacer las cosas. El siguiente paso es **programar los horarios** de las distintas actividades; si el cliente considera que esto es algo demasiado restrictivo o poco factible en determinados días, puede hacer simplemente una lista de las actividades A, B y C para el día situadas en tres columnas y tacharlas cuando las realice.

Posibles **problemas** con la organización del tiempo son dificultades para hacer todo lo previsto en el día o para cumplir con plazos límite. En estos casos debe investigarse la posible existencia de normas excesivamente elevadas y no realistas sobre el propio rendimiento, y las consecuencias percibidas de no poder hacerlo todo. Las mejores intervenciones parecen la reestructuración cognitiva y enseñar al cliente a ajustarse a un horario diario y a asignar tiempo de sobra para las tareas. Otro posible problema es la dificultad para tomar decisiones debido al miedo a no tomar la decisión adecuada. Aquí, puede abordarse el miedo a cometer errores y las consecuencias percibidas de estos a través de la reestructuración cognitiva y la prueba de hipótesis.

Resolución de problemas

La técnica de resolución de problemas facilita la identificación de soluciones para 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; esto se habrá hecho ya en parte a través de la reestructuración cognitiva. De cara a la segunda dificultad, se enseña la técnica del **torbellino 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.

Dugas y Ladouceur (1997) han señalado que muchos pacientes con TAG no carecen del conocimiento sobre cómo solucionar problemas, sino que fallan en la **orientación hacia el problema** (no saber reconocer los problemas o ver problemas donde no los hay, 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, no dedicar el tiempo y esfuerzo suficiente a los mismos y mantener un punto de vista pesimista sobre los resultados; es

decir, en general, las reacciones iniciales afectivas, cognitivas y conductuales a los problemas). Por ello recomiendan hacer énfasis en esto último y repasar brevemente las habilidades de solución de problemas. De todos modos, la intervención a adoptar deberá depender de las necesidades de cada paciente.

Otro punto señalado por **Butler** (1994) es que el paciente no sólo debe ser capaz de identificar y definir los problemas y determinar si puede hacer algo al respecto, sino que también debe decidir en qué momento llevará a cabo el proceso de solución de problemas y, una vez decidida la solución, cuándo la aplicará. **Si hasta que lleguen esos momentos surgen más preocupaciones** relativas al problema, entonces el cliente debe dejarlas pasar, recordarse que no es el momento y dedicarse a algún tipo de actividad atrayente o que ocupe la atención (p.ej., alguna afición, música, ejercicio, conversación, imaginación positiva).

TRATAMIENTO DEL GRUPO DE DUGAS

El grupo de Dugas (Dugas y Koerner, 2005; Dugas y Ladouceur, 1997) ha propuesto otro tipo de intervención para el TAG que incluye, aparte de la conceptualización del problema y justificación del tratamiento, entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones y de su tipo, reevaluación de la utilidad de cada preocupación específica, intervenciones específicas para la preocupación (entrenamiento en solución de problemas, exposición funcional cognitiva) y prevención de recaídas. Al igual que en el tratamiento anterior, el mayor o menor énfasis en cada componente depende de las necesidades de cada paciente.

El tratamiento dura 12-18 sesiones de una hora (hora y media cuando se incluyen prácticas de exposición). Con 18 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; las dos últimas son de desvanecimiento y se programan dos y cuatro semanas más tarde. Además, hay tres sesiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. Las dos primeras sesiones están dedicadas a la conceptualización del problema y a la descripción y justificación del tratamiento; las demás están dedicadas al resto de componentes que se detallarán a continuación.

Ladouceur y cols. (2000) compararon el tratamiento anterior, **aplicado individualmente**, con un grupo de lista de espera. El grupo tratado se mostró superior al grupo control en el postratamiento en medidas de preocupación, gravedad del TAG, ansiedad y depresión. Dos tercios de los pacientes respondieron al tratamiento y pudieron considerarse muy recuperados. El 77% dejaron de presentar TAG y también hubo una reducción del número de trastornos comórbidos. Todas estas mejoras se mantuvieron en los seguimientos a los 6 y 12 meses. Sin embargo, los pacientes que tomaban medicación siguieron haciéndolo tras la intervención. En un estudio posterior, Dugas y cols. (2003) hallaron que el tratamiento anterior **aplicado en grupo** fue también superior a la lista de espera y que las mejoras se mantuvieron en los seguimientos realizados a los 6, 12 y 24 meses; incluso hubo mayores reducciones en medidas de preocupación e intolerancia a la incertidumbre. Más del 90% de los pacientes mejoraron y la mitad pudieron considerarse muy recuperados, porcentaje que subió al 60% en el seguimiento a 1 y 2 años; sin embargo, del 25% al 40% de estos pacientes seguían tomando medicación.

El tratamiento de Dugas y Ladouceur también se ha mostrado eficaz en personas mayores (60-70 años) en un estudio que empleó un diseño de línea base múltiple. Siete de los ocho pacientes mejoraron significativamente y mantuvieron las ganancias en los seguimientos a los 6 y 12 meses (Ladouceur y cols., 2004).

Conceptualización del problema y justificación del tratamiento

Se comienza **caracterizando el TAG y ofreciendo un modelo simple explicativo del mismo**; la preocupación aparece como la característica central del modelo. Se define la preocupación y se explica que la reducción en preocuparse lleva a la disminución de los otros síntomas del TAG. Por lo tanto, el **tratamiento se centrará en reducir las preocupaciones**. Por otra parte, se discuten los **principios básicos de la TCC**: colaboración activa, foco en el presente, terapia estructurada y directiva, actividades entre sesiones son fundamentales, se persigue que paciente sea su propio terapeuta. A continuación, se revisa y discute el **papel de la intolerancia a la incertidumbre en el TAG y se explica que la meta** del tratamiento no es eliminarla, ya que su presencia en la vida es generalizada, sino reconocerla, aceptarla y desarrollar estrategias de afrontamiento al afrontar situaciones inciertas o ambiguas. Finalmente, se explican brevemente los componentes del tratamiento.

Entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones y del tipo de estas

Se trata de que a lo largo de 2-4 sesiones el paciente aprenda a **identificar sus preocupaciones**. Para ello, se le pide que en tres momentos prefijados del día, deje lo que esté haciendo y anote en un registro sus preocupaciones inmediatas. También se le enseña a **discriminar entre los tipos de preocupaciones** ya mencionados al hablar sobre la naturaleza del TAG. Mediante una serie de preguntas, el terapeuta guía al cliente para decidir en qué medida una preocupación se refiere a un **problema basado en la realidad** y en qué medida se refiere a un **problema modificable**. Si el terapeuta no está de acuerdo con la decisión del paciente sobre la base real y/o modificabilidad de un problema, debe discutir esto con él. Por ejemplo, un cliente puede sobrestimar el grado en que un problema es modificable porque no ha tenido en cuenta la influencia de otras personas y de factores imprevistos; quizá el cliente reduce así su nivel de incertidumbre. Es importante recalcar al paciente que la discriminación de preocupaciones es importante porque requieren distintas intervenciones.

Resolución de problemas

Para las preocupaciones sobre **situaciones modificables**, se propone la resolución de problemas. El **entrenamiento en solución de problemas** tiene dos componentes:

- **Orientación hacia el problema.** El énfasis se pone en este componente que se refiere a las reacciones afectivas, cognitivas y conductuales del paciente a los problemas, Se incluyen aquí no saber reconocer los problemas o ver problemas donde no los hay, 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, no dedicar el tiempo y esfuerzo suficiente a los mismos y mantener un punto de vista pesimista sobre los resultados. Las reacciones contraproducentes son abordadas mediante la reestructuración cognitiva y tareas conductuales tales como el empleo de emociones para reconocer los problemas, el autorregistro de las propias reacciones a los problemas, preguntar a otros sobre sus problemas para modificar la percepción del problema y situar los problemas en una dimensión de amenaza-desafío para aprender a valorarlos de forma menos amenazante.
- **Habilidades de solución de problemas:** a) definición y formulación del problema de forma específica, y establecimiento de metas claras y realistas, b) generación de soluciones alternativas a través del torbellino de ideas, c) toma de decisión, sin buscar una solu-

ción perfecta, y elaboración de un plan de acción, y d) aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. Estas habilidades se repasan brevemente, pero el énfasis se pone en las reacciones del cliente ante los problemas, reacciones que le impiden aplicar las habilidades que en muchos casos tiene. Es importante que los pacientes aprendan a centrarse en los elementos claves de la situación problemática (sin evitarla) y, al mismo tiempo, a pasar por alto detalles menores (los cuales pueden ser atendidos para reducir la incertidumbre); después, deben seguir con el proceso de resolución de problemas aunque no estén seguros de los resultados del mismo.

Cuando se empieza a tratar una preocupación, la intervención debe seguir hasta el final antes de pasar a otra preocupación, aunque esta última parezca más importante. Si no se hace así, la persona no aprende a manejar sus preocupaciones, sino a hablar en sesión de lo que le preocupa. Esto reduce su ansiedad temporalmente, pero no soluciona el problema.

Exposición funcional cognitiva

Para las preocupaciones sobre **situaciones no modificables** (y que frecuentemente no existen todavía), se emplea la exposición funcional cognitiva. Se aconseja que este último tipo de preocupaciones se trate al final, ya que el procedimiento puede resultar amenazante para algunos pacientes.

La **exposición funcional cognitiva** a las preocupaciones sobre acontecimientos muy improbables y no basados en la realidad (Dugas y Ladouceur, 1997; Freeston y Ladouceur, 1997) o sobre situaciones no modificables en general (Ladouceur y cols., 2000) implica en primer lugar haber acordado el modelo explicativo del TAG y **justificar la necesidad de aprender a tolerar los pensamientos**. Esto implica pensar de forma deliberada en la preocupación sin utilizar respuestas tranquilizadoras o neutralizadoras, las cuales, aunque reducen la ansiedad a corto plazo ayudan a mantener la preocupación. Como consecuencia, disminuyen las preocupaciones (en frecuencia, duración e intensidad) y la ansiedad que producen. Además, la exposición con prevención de respuesta permite comprobar que la ocurrencia de las consecuencias temidas no depende ni de preocuparse ni de emplear conductas de tranquilización. Si algún paciente afirma que el procedimiento es contraintuitivo, puede ponerse algún ejemplo de cómo la exposición es útil para superar los miedos (a la oscuridad, al agua, a los animales) y presentar las preocupaciones como si se tuviese una fobia a las mismas que puede combatirse con la exposición.

La exposición funcional cognitiva requiere identificar la peor imagen para cada preocupación a tratar. Para ello se emplea la técnica de la **flecha descendente**: “Si esto fuera cierto, ¿qué pasaría?” (o “¿qué significaría para usted?”). El proceso se sigue hasta que el cliente es incapaz de dar una nueva respuesta o hasta que repite tres veces la misma respuesta. Los **siguientes pasos** son:

- a) El terapeuta ayuda al paciente a **jerarquizar** las distintas imágenes identificadas en orden de menor a mayor amenaza.
- b) El terapeuta hace preguntas al paciente para que **describa con detalle la primera imagen en tiempo presente**; deben incluirse elementos sensoriales, elementos de incertidumbre y de activación ansiosa, las reacciones cognitivas, emocionales y físicas a estos elementos y las valoraciones que hace el paciente del evento temido y de sus reacciones al mismo. Es fundamental que la descripción contenga las consecuencias específicas temidas por el cliente, aunque no es necesario exagerar estas. El terapeuta debe ser capaz de soportar las descripciones de los pacientes y las reacciones de estos durante la exposición.

- c) Se pide al **paciente que escriba la imagen con el mayor detalle posible**; el texto puede ser breve o muy extenso y elaborado. Es preciso asegurarse de que no se incluya ninguna conducta de tranquilización en el pensamiento. Luego, **el terapeuta lo lee en voz alta** para que el cliente compruebe si falta algún aspecto.
- d) El **paciente lee la imagen en voz alta** para que el terapeuta pueda elegir una cinta de duración adecuada y comprobar que la lectura se hace con la expresión, ritmo y pausas apropiados (no mecánicamente y sin emoción) que facilitarán la formación de la imagen. Se pide al cliente que lea de tal modo que el terapeuta pueda experimentar la sensación de tener el pensamiento.
- e) El **paciente graba la imagen en una cinta** de duración algo mayor que la imagen descrita y se hace el número de repeticiones necesarias para llenar la cinta casi por completo. Aunque el empleo de una cinta no es necesario, especialmente conforme el paciente va dominando la exposición, se piensa que las sesiones son más fáciles con la ayuda de dichas cintas que pidiendo simplemente al cliente que imagine la escena o la relate en voz alta. En lugar de una cinta, puede emplearse un CD en el que puede repetirse la pista grabada el número de veces que sea necesario.

A continuación, **se informa** al paciente de que en breve va a empezar la sesión de **exposición** y las **características** de esta: duración aproximada, continuar hasta que la ansiedad disminuya, mantener la imagen sin bloquearla ni distorsionarla, no emplear conductas tranquilizadoras e informar del nivel de ansiedad/malestar tras cada repetición de la imagen. Previamente a la exposición, el cliente contesta un **autorregistro** en el que valora el nivel de ansiedad actual, la ansiedad máxima esperada durante la exposición y la ansiedad esperada después de la exposición.

Llegados a este punto, y si se dispone tiempo suficiente, comienza la **exposición** que suele durar de **30 a 60 minutos**. El paciente pasa a **escuchar la cinta de modo continuo a través de auriculares al tiempo que intenta mantener la imagen y no emplear estrategias** para reducir la ansiedad. **Tras cada repetición de la imagen, el cliente informa de su nivel de ansiedad**. Es conveniente ir apuntando estos niveles en un gráfico.

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, incluidas aquí las estrategias de afrontamiento. Si la ansiedad aumenta en los primeros minutos, no necesariamente de un modo lineal, **se sigue con la exposición hasta que** la ansiedad disminuya por debajo (muy por debajo si es posible) del nivel inicial durante al menos dos presentaciones. Conviene no basarse sólo en el autoinforme del cliente, sino tener también en cuenta sus respuestas no verbales (respiración, temblor, expresión facial).

Después, el paciente termina de completar el **autorregistro** (ansiedad actual, ansiedad máxima durante la exposición), informa 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. Una vez que 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. Superado un paso, se pasa al siguiente de la jerarquía.

Una vez que los pacientes son capaces de emplear la exposición sin emplear conductas tranquilizadoras, se les pide 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.

Reevaluación de la utilidad de cada preocupación específica

Conviene señalar en primer lugar que mientras este componente viene tras el entrenamiento en darse cuenta según Dugas y Koerner (2005), aparece tras el componente de intervenciones específicas para la preocupación (resolución de problemas, exposición funcional cognitiva) según Dugas y Ladouceur (1997). De hecho, una buena secuencia parece ser trabajar una preocupación mediante resolución de problemas o exposición funcional cognitiva y, a continuación, cuestionar las creencias sobre su utilidad.

Los clientes con TAG tienden a sobrestimar las ventajas de preocuparse y a subestimar sus desventajas. Por ello conviene reevaluar la valoración que hacen de la utilidad de preocuparse. Lo primero es **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 (Dugas y Ladouceur, 1997).

Dos ayudas para identificar las creencias sobre la utilidad de cada preocupación específica son los ítems del cuestionario *¿Por Qué Me Preocupo - II?* y preguntarle al paciente **qué pasaría si no se preocupara o 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 y/o motivarle para llevar a cabo alguna acción. Es fácil de entender que un paciente será más reacio a prescindir de una preocupación si cree que le es útil. Por tanto, el siguiente paso es **cuestionar las creencias** que sustentan cada preocupación mediante el método socrático y la prueba conductual de hipótesis.

Por lo que respecta al **método socrático**, pueden cuestionarse o reinterpretarse las pruebas favorables a la utilidad de las preocupaciones y puede pedirse al paciente enumere las desventajas de preocuparse: este 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. También pueden buscarse ejemplos de experiencias pasadas del paciente para ver cómo lo que realmente ocurrió no se ajustó a las predicciones tenidas. Una estrategia útil es pedir al cliente que represente el **papel de abogado y fiscal**; primero defiende la utilidad de preocuparse y luego debe argumentar en contra de esta utilidad. Después, terapeuta y paciente discuten cada argumento e intentan evaluar la validez de cada uno. Se enfatiza que el cuestionamiento de las creencias positivas de preocuparse ayuda a incrementar la tolerancia hacia la incertidumbre debido a que uno aprende a manejar la incertidumbre de eventos futuros en vez de intentar controlarlos mediante las preocupaciones.

En cuanto a los **experimentos conductuales**, se puede pedir a un paciente que se preocupe sobre las consecuencias de eventos venideros 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 previene los resultados negativos o protege contra la decepción si estos ocurren. Para someter a prueba la creencia de que preocuparse mejora la actuación, se puede pedir al paciente que se preocupe más tiempo y con mayor intensidad durante un periodo de tiempo determinado. Luego, la calidad de la actuación durante este periodo es comparada con la de un periodo normal o de no preocupación.

Borkovec, Hazlett-Stevens y Diaz (1999) proporcionan más ideas para tratar las creencias que pueden sustentar las preocupaciones:

a) Preocuparse evita 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, p.ej.) caso de que ocurrieran. También debe apuntar los resultados reales que han ocurrido, si han sido mejores o peores que lo esperado (peores, tan malos, algo mejores, bastante mejores, mucho mejores) y cuán bien han sabido afrontar los resultados negativos. Esto permite comprobar que sólo 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 sólo 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 preocuparse no afecta a los resultados y que se sienten mejor cuando reducen la frecuencia de sus preocupaciones.

b) 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, errores y equivocaciones potenciales, y posibles fracasos y dificultades; pero no van más allá de esto y no contribuyen a identificar soluciones, tomar decisiones y llevar a cabo la actuación correspondiente. Además de discutir con el cliente la discusión entre preocuparse y resolver problemas, se le 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 andarse con dilaciones.

c) 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 y/o reestructuración cognitiva con énfasis en la desdramatización.

Una segunda posibilidad es que las cosas perturbadoras que se intentan evitar no estén conectadas con el contenido de las preocupaciones. A este respecto, los clientes con TAG informan de una mayor frecuencia de eventos traumáticos interpersonales en el pasado (muerte de otros, agresión física o sexual), 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 su principal ser querido en la infancia. Esto sugiere que los pacientes con TAG han aprendido a anticipar amenazas para ellos y otras personas significativas 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.

d) Preocuparse prepara para lo peor.

Se presentan al cliente los datos de que preocuparse reduce la ansiedad somática, pero sólo ante los estímulos imaginales (no los reales) y al elevado costo de mantener la creencia en las consecuencias temidas. Además, se enfatiza que preocuparse genera largos periodos de malestar. 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.

e) 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 (p.ej., 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.

Prevención de recaídas

Se enfatiza la necesidad de **seguir practicando** las estrategias aprendidas, de perseverar aun cuando las cosas sean difíciles y de felicitarse por los logros. 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 y que apliquen lo que han aprendido cuando ocurran. Es fundamental distinguir entre un **contratiempo** (fluctuaciones normales en preocupación y ansiedad) y una **recaída** (una vuelta al estado anterior a la terapia).

TRATAMIENTO DEL PERFECCIONISMO PATOLÓGICO

El perfeccionismo patológico es un problema frecuente en muchos pacientes con TAG y se traduce en fijarse objetivos demasiado exigentes para uno mismo, centrarse en los errores más que

en el progreso logrado en conjunto, valorar la consecución de las metas en términos de todo o nada y considerar como fracaso cualquier logro que no satisfaga las metas (excesiva autocrítica). Según Shafran, Cooper y Fairburn (2002), el perfeccionismo patológico se da cuando la evaluación de uno mismo depende excesivamente de la búsqueda resuelta y logro de normas autoimpuestas y personalmente exigentes en al menos un área significativa de la vida y a pesar de la ocurrencia de consecuencias adversas (humor deprimido, aislamiento social, insomnio, baja concentración, comprobaciones repetidas del trabajo realizado, tiempo excesivo para completar tareas, posposición de tareas).

Algunas **pautas útiles para combatir el perfeccionismo patológico** son trabajar con el cliente para que este (Burns, 1980/1990; Mora y Raich, 2005; Ruiz, 2000):

- **Identifique su perfeccionismo como un problema y comparta la formulación del mismo.** Dentro de esta formulación es importante que el paciente comprenda que está haciendo depender toda la evaluación de sí mismo de un aspecto particular de su vida o de sólo unos pocos.
- Establezca objetivos terapéuticos. Uno de los principales debería ser **ampliar el número de aspectos de la vida en los que basar la evaluación de sí mismo.**
- Haga una **revisión histórica** de cómo surgieron sus creencias perfeccionistas. Estas suelen ser el resultado de padres exigentes. Darse cuenta de esto puede ayudar a relativizar las cosas.
- **Enumere y sopesa las ventajas y desventajas de querer hacer las cosas perfectamente.** Posibles ejemplos de ventajas y desventajas son:
 - # **Ventajas:** me motiva a esforzarme para hacer bien las cosas, hago un buen trabajo a veces y me siento satisfecho por ello; se me valora el buen trabajo que hago; me siento protegido de la crítica, el fracaso o la desaprobación si las cosas salen bien.
 - # **Desventajas:** siento una gran ansiedad que me impide muchas veces hacer las cosas tan bien como puedo; evito hacer cosas para no correr riesgos, con lo que pierdo oportunidades y no cometo errores necesarios para aprender; evito la crítica de los demás, la cual ayuda a mejorar; invierto demasiado tiempo; otros que no son tan perfeccionistas son igual de valorados que yo; soy tan autocrítico que no puedo admitir mis éxitos ni disfrutar de lo que hago bien; los errores me hacen sentir sin valor; me deprimó al no poder alcanzar la perfección; me fijo mucho en los defectos en la gente, por lo que no consigo que me caigan bien y esto me hace estar más solo; tengo problemas con amigos y compañeros por mi exigencia y las críticas que les hago; la mayoría de las personas se sienten incómodas con la gente “perfecta”.

Las conclusiones extraídas pueden escribirse en **tarjetas** para consultarlas en las situaciones pertinentes. Recordarse que el perfeccionismo está asociado a la ansiedad, depresión, falta de disfrute y problemas con otros, es útil para aquellos que ligan perfeccionismo y felicidad. Otro ejercicio que puede ayudar es anotar las actividades realizadas, el grado de eficacia (de 0% a 100%) con que se realizó cada una y cuán satisfactoria fue (de 0% a 100%). Esto permite descubrir que actividades realizadas con poca perfección o consideradas poco importantes (p.ej., hablar con alguien, pasear) pueden ser más satisfactorias que otras más perfectas (véase Burns, 1989/1990, cap. 14).

- **Consulte a familiares y amigos** lo que opinan sobre sus conductas perfeccionistas y de

exigencia.

- **Cuestione** a través de la reestructuración cognitiva sus:
 - # **Reglas dicotómicas**; por ejemplo, si la casa no está totalmente limpia, es una porquería.
 - # **Pensamientos autocríticos**; por ejemplo, “he tomado una decisión equivocada, soy un fracaso”. Una buena pregunta aquí es si el paciente consideraría un fracaso a una persona conocida que cometiera la misma equivocación.
 - # **Creencias perfeccionistas**: a) La perfección es posible (“la perfección es un ideal inalcanzable”, “lo que para uno es perfecto para otro puede que no”). b) Lo que valgo está determinado por mis logros (“se puede ser feliz y llevarse bien con los demás con logros más pequeños”; conviene pensar en alguna persona conocida con muchos logros, pero que inspira poco respeto y en otra menos ambiciosa, pero a la que se tiene en consideración). c) Los errores son terribles (“la mayoría de los errores tienen consecuencias negativas mínimas; además, sirven para aprender”, “muchas cosas bien hechas tienen errores, lo importante es el resultado global”). d) Si no soy perfecto, los demás no me querrán o aprobarán (“bien al contrario, a los demás no suele gustarle la gente perfeccionista”).
- **Preste atención no sólo a sus errores al actuar, sino también a todo lo que hace bien**, y sepa valorar su actuación situando ambas cosas en perspectiva: un error (que, además, puede ser percibido, en vez de real), o incluso varios, no hundan necesariamente una actuación. En el caso de **errores importantes**, el cliente debe aprender a valorarlos en su justa medida, analizarlos y pensar en **soluciones** para corregirlos, si es posible, o para reducir la probabilidad de que se repitan.
- Se acostumbre a identificar, registrar y **valorar los aspectos positivos** de las actividades que realiza y las cosas que hace bien cada día. Lo mismo puede decirse respecto a sus cualidades positivas. También pueden discutirse con el cliente las pruebas a favor y en contra de aquellas cualidades personales que percibe como negativas. Esto contribuye a combatir los problemas de autoestima.
- **Contrarreste la tendencia a anular lo positivo con un “pero”** (“el examen me fue muy bien, pero fallé una pregunta fácil”) invirtiendo el orden de sus pensamientos o verbalizaciones (“fallé una pregunta fácil, pero el examen me fue muy bien”) o eliminando la parte negativa (“el examen me fue muy bien”). Esto último puede resultar mucho más difícil de entrada.
- Divida las actividades largas en actividades más pequeñas y se concentre en el **proceso** de realizar cada una de estas y en **disfrutar de sus aspectos agradables en vez de pensar únicamente en el resultado final**. Esto último es especialmente importante cuando el resultado final no depende sólo de uno mismo (p.ej., la nota obtenida en un examen, el resultado de una negociación o de una entrevista de selección). Por otra parte, también es conveniente dedicar un tiempo a **realizar actividades gratificantes** o satisfactorias (p.ej., leer una novela, hacer excursiones) que no impliquen la consecución de un logro.
- **Se comporte deliberadamente y de modo gradual en contra de su perfeccionismo**. Esto puede hacerse de distintas maneras:
 - # Estableciendo **objetivos realistas** (p.ej., reduciendo poco a poco las metas excesivas).
 - # Poniendo **límites de tiempo** a las tareas o trabajos a realizar (se parará, se hayan aca-

bado las tareas o no).

- # **Cometiendo errores deliberadamente.**
- # Haciendo cada día al menos una **cosa por placer** en vez de por conseguir un logro.
- # **Dejando de verificar** más de una vez si algo se ha hecho bien.
- # **Delegando tareas** en vez de intentar hacerlo todo uno mismo.
- # **Comentando** con alguien las **cosas** que se piensa que **no se han hecho bien** y pidiendo qué se puede hacer para mejorar, etc.

Al actuar de este modo se trata de comprobar lo que realmente sucede: la elevada ansiedad inicial va disminuyendo, aumenta la satisfacción que uno obtiene de la vida, los errores permiten aprender, se sigue siendo bien valorado, mejoran las relaciones con los otros, etc.

Cuando se trabaja con pacientes que tienen actitudes perfeccionistas, es importante ser flexible en las actividades entre sesiones. **Es difícil que el paciente vea que buscar la perfección es contraproducente si al mismo tiempo el terapeuta exige normas de cumplimiento elevadas.** Para evitar la autocritica, la desmoralización y el abandono de las actividades, el éxito debe definirse en términos de esfuerzo.

TRATAMIENTO DE KENDALL (1994)

Por lo que respecta a los **niños**, Kendall (1994; Kendall y cols., 1997) ha propuesto un tratamiento cognitivo-conductual (programa FEAR) dirigido a los trastornos de ansiedad en general, aunque ha sido aplicado especialmente en niños con trastorno de hiperansiedad (el anterior nombre para el TAG cuando el DSM-III-R distinguía entre niños y adultos al respecto). Este tratamiento 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); el primero fue el grupo más numeroso. Los resultados se han mantenido hasta en seguimientos de 6 años de media y no se han visto afectados por la presencia de comorbilidad. El número de sesiones oscila entre 16 y 20, duran 50-60 minutos y su periodicidad es semanal. La intervención es individual, aunque según dos estudios en el que los padres participaron en varias sesiones, la intervención grupal (con sesiones de 90 minutos) es tan eficaz como aquella y también superior a la lista de espera (1 estudio). En otro estudio, sin la intervención de los padres, ambos tipos de intervención fueron también igual de eficaces a nivel estadístico y clínico (Muris y cols., 2001).

Por otra parte, una adaptación del programa de Kendall también se ha mostrado más eficaz que un **placebo psicológico** en niños que presentaban distintos trastornos de ansiedad (generalizada, por separación o social); el segundo fue el segundo grupo más numeroso. La condición placebo (revelación emocional) consistió en escribir los propios pensamientos y sentimientos tanto sobre situaciones estresantes o amenazantes en general como sobre situaciones relacionadas con los miedos de separación; además, hubo breves discusiones en grupo en las que los niños contaban sus experiencias atemorizantes (Muris, Meesters y van Melick, 2002).

El programa se apoya en un material escrito, variado y entretenido, que facilita el interés y la implicación en el tratamiento. En las ocho primeras sesiones se presentan individualmente los conceptos básicos y se practican y refuerzan las habilidades enseñadas. En la sesión 1 se establece una buena relación con el niño y se recoge información sobre las situaciones que le crean ansiedad y sobre cómo responde a esta última. En la sesión 2 se enseña a **distinguir varios tipos de sentimientos** (entre ellos, sentimientos y reacciones somáticas de ansiedad). Durante la sesión 3 se construye una **jerarquía de situaciones ansiógenas** y se busca que el niño pueda distinguir las reacciones ansiosas de otras e identificar sus propias respuestas somáticas de ansiedad. Tras esta

sesión, se mantiene un **encuentro con los padres** para compartir impresiones e ideas, discutir las preocupaciones de los padres, recoger información sobre áreas problemáticas del niño, revisar las metas del tratamiento y alentar la cooperación de los padres en el tratamiento.

En la sesión 4 se lleva a cabo un entrenamiento en **relajación** (relajación muscular progresiva y visualización); los niños reciben una cinta personalizada para emplear fuera de la consulta. La sesión 5 se dedica a saber **identificar y evaluar los pensamientos** en las situaciones ansiógenas y a practicar pensamientos alternativos. Durante la sesión 6 se enfatizan estrategias de afrontamiento tales como **pensamientos de afrontamiento, autodirección verbal y desarrollo de acciones** adecuadas. La sesión 7 se dedica a la enseñanza de la **autoevaluación** de la propia actuación y **autorreforzamiento** en caso pertinente; y la 8 a revisar los conceptos y habilidades enseñados. Este primer bloque no parece dar lugar por sí solo a resultados positivos en comparación a la lista de espera.

Durante el segundo bloque de ocho sesiones el niño practica las nuevas habilidades por medio de **experiencias imaginales y en vivo (en la consulta, casa y 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 se trabaja con situaciones no estresantes y de baja ansiedad. En las sesiones 10-13 aumenta el nivel de ansiedad de las situaciones. Y en las sesiones 14-15 se practica en situaciones muy estresantes. Además, en estas dos últimas sesiones los niños comienzan a preparar un **proyecto individualizado** (canción, anuncio de TV, espacio radiofónico, poema) que es grabado y que está dirigido a enseñar a otros niños cómo afrontar la ansiedad perturbadora. La sesión 16 y última se dedica a discutir la experiencia de terapia, revisar las habilidades y alentar al niño a practicar estas últimas en su vida diaria. El niño graba su proyecto y recibe una copia para llevarse a casa. 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.

Una cuestión importante respecto al tratamiento anterior es si la **implicación de los padres en el tratamiento** mejoraría los resultados de este. El estudio de Barrett y cols. (1996) indica que así es con niños menores de 11 años, aunque no con niños mayores, al emplear un enfoque en que terapeuta, padres e hijos funcionan como un equipo a la hora de trabajar. No sólo los niños pequeños se benefician más de la intervención cuando los padres son incluidos en el tratamiento, sino también aquellos que tienen padres ansiosos (Cobham y cols., 1998, citado en Muris y cols., 2001). La potenciación de los resultados de la TCC en el estudio de Barrett y cols., (1996) se dio en el postratamiento y en los seguimientos a los 6 y 12 meses, aunque no a los 5-7 años (Barrett, Dadds y Rapee, 2001). Por otra parte, el programa FRIENDS empleado por Barrett y colaboradores (una adaptación del programa FEAR de Kendall) ha demostrado tener validez social, ya que sus usuarios muestran una elevada satisfacción con el mismo y la mayoría lo recomendarían a otros. Curiosamente, los niños valoraron más las estrategias cognitivas y los adolescentes la exposición gradual (Barret, Shortt y Wescombe, 2001).

El programa FRIENDS tiene **tres componentes**, cada uno de los cuales se aplica durante cuatro sesiones; la primera parte de cada sesión se dedica al **tratamiento individual** del trastorno de ansiedad del niño y la segunda al **tratamiento en familia**. En primer lugar y con el fin de reducir el conflicto y aumentar la cooperación en la familia, los **padres son entrenados para reforzar verbal y materialmente las aproximaciones a las situaciones temidas y no prestar atención a la conducta ansiosa y quejas excesivas**. En concreto, los padres responden con empatía a la primera queja del niño, pero las repeticiones son seguidas por la incitación a practicar una estrategia de afrontamiento previamente aprendida y por no hacer caso a las conductas de ansiedad y quejas. Estas estrategias de manejo de contingencias son ensayadas con ejemplos de las conductas teme-

rosas del niño.

En segundo lugar, se enseña a los **padres a tomar conciencia de sus propias respuestas de ansiedad, a manejar sus alteraciones emocionales y a modelar respuestas de resolución** de problemas y de afrontamiento ante las situaciones temidas. En tercer y último lugar, se entrena brevemente a los **padres en habilidades de comunicación y resolución de problemas** con el fin de que sean más capaces de trabajar en equipo para resolver futuros problemas y mantener las mejoras terapéuticas una vez acabado el tratamiento. Este tercer componente implica lo siguiente: a) entrenar en habilidades para reducir la escalada del conflicto entre los padres sobre la educación del niño y para que los padres sean congruentes en el manejo de las respuestas ansiosas del niño; b) alentar a los padres a reservar un tiempo para discusiones regulares sobre el día que ha tenido cada uno y entrenar en habilidades de escucha para que estas discusiones sean más eficaces; c) entrenar en habilidades de solución de problemas y alentar a los padres a programar discusiones semanales de resolución de problemas para manejar los problemas del niño y de la familia.

Un **metaanálisis** de los estudios anteriores realizados entre 1994 y 2001 (Orgilés y cols., 2003) ha puesto de manifiesto que la TCC sola o con intervención familiar son más eficaces que esta última sola y que la TCC con implicación de la familia tiende a ser superior. Además, el tamaño del efecto es mayor cuando: a) la duración del tratamiento se adapta a cada paciente, b) la duración del tratamiento es mayor, c) los pacientes son solicitados en vez de remitidos, y d) se incluyen sesiones de prevención de recaída.

TRATAMIENTO MÉDICO

Es común el empleo de benzodiazepinas y azapironas (p.ej., buspirona, ipsapirona, gepirona); más recientemente, se han comenzado a investigar los antidepresivos y otros fármacos. Las revisiones realizadas por Ballenger (2001), Ballenger y cols. (2001), Bobes y cols. (2002), Davidson (2001), Echeburúa (1993a), Gammans y cols. (1992), Kaplan, Sadock y Grebb (1994/1996), Lydiard, Brawman-Mintzer y Ballenger (1996), Rapee (1995) y Roy-Byrne y Cowley (2002) indican lo siguiente.

Las **benzodiazepinas** (diacepam, loracepam, alprazolam) son mejores que el placebo a corto plazo, aunque más en los síntomas somáticos de ansiedad que en los psíquicos; no parece haber diferencias entre benzodiazepinas. No se recomiendan como tratamiento a largo plazo debido a efectos de tolerancia, al problema de la dependencia (especialmente en las de vida media corta) y a sus efectos secundarios (sedación, somnolencia, pérdida de memoria, disminución del nivel de alerta, potenciación de los efectos del alcohol). Además, el porcentaje de recaídas al discontinuar las benzodiazepinas es muy alto (63-81%). Asimismo, el TAG es frecuentemente comórbido con trastornos depresivos, para los cuales las benzodiazepinas no son un tratamiento adecuado; incluso pueden agravarlos. Las benzodiazepinas son útiles para las reacciones agudas de ansiedad, dada la rapidez con que actúan, y pueden ser utilizadas de forma episódica o intermitente como terapia adjunta en agravamientos agudos del TAG o para las perturbaciones del sueño cuando se inicia un tratamiento con antidepresivos. La Agencia Española del Medicamento aconseja que el empleo de las benzodiazepinas con fines ansiolíticos se limite a un máximo de 3 meses, incluido el mes de retirada.

La **buspirona** (20-60 mg/día), una azapirona, parece tan eficaz como las benzodiazepinas, aunque no siempre ha resultado superior al placebo. Tarda más que las benzodiazepinas en hacer efecto (2-4 semanas contra 1), pero tiene menos efectos secundarios (mareo, dolor de cabeza, náuseas, generalmente débiles) y, en especial, no parece producir sedación ni dependencia. Por otra parte, tampoco es eficaz contra los trastornos comórbidos, requiere varias tomas diarias y no está

claro que los pacientes estén muy satisfechos con ella en la práctica clínica cotidiana. Las azapironas son más eficaces con los síntomas cognitivos que con los somáticos. Su combinación con las benzodiazepinas puede tener un efecto sinérgico. Si un paciente no ha respondido a las benzodiazepinas recientemente, es difícil que lo haga a las azapironas.

La **imipramina**, un antidepresivo tricíclico, se ha mostrado más eficaz que el placebo a corto plazo en tres estudios y de similar eficacia a las benzodiazepinas (alprazolam, diazepam), aunque tiene un mayor efecto que estas últimas sobre la ansiedad psíquica y quizá un menor efecto sobre la ansiedad somática. Por otra parte, tarda más en hacer efecto (3-4 semanas contra 1). Los antidepresivos tricíclicos son de efectos más lentos y peor tolerados que las benzodiazepinas y azapironas, por lo que dan lugar a más abandonos del tratamiento debido a sus efectos secundarios (sobreestimulación, inquietud, ganancia de peso, disfunción sexual, boca seca, estreñimiento, hipotensión postural, mareo, somnolencia); además, pueden provocar ataques, perjudicar el funcionamiento cardíaco y ser peligrosos en manos de pacientes suicidas. Por otra parte, en un estudio, la imipramina, pero no la bupropiona, se ha mostrado superior al placebo a la hora de conseguir que pacientes que tomaban benzodiazepinas desde hace largo tiempo dejaran de tomarlas.

Dentro de los **inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)**, La **paroxetina** (20-50 mg/día) ha sido superior al placebo a corto plazo en cinco estudios, algunos de ellos con gran número de pacientes, y al 2'-clordemetildiazepam en un estudio. Los efectos aparecen en la ansiedad psíquica y somática y en la interferencia en la vida social y familiar. Los efectos secundarios de los ISRS incluyen malestar gastrointestinal, perturbaciones del sueño y problemas sexuales. El **escitalopram** (10-20 mg/día) también ha sido superior al placebo. La **sertralina** en dosis flexibles (50-150 mg/día) ha sido superior al placebo en ansiedad psíquica y somática (Allgulander y cols., 2004). La sertralina (50 mg/día) también ha sido más eficaz que el placebo en un estudio con niños y adolescentes (5-17 años) (Rynn, Siqueland y Rickels, 2001). La sertralina y la paroxetina parecen igual de eficaces. Los resultados de un estudio indican que los ISRS (paroxetina o escitalopram) no sólo reducen la ansiedad, sino también interpretación de la información ambigua como amenazante.

La **venlafaxina de liberación prolongada** (75-225 mg/día) (un inhibidor de la recaptación de la serotonina y de la norepinefrina) ha resultado superior a corto plazo a la bupropiona y a la fluoxetina en un estudio en cada caso y al placebo en varios estudios, uno realizado en varios países europeos con gran número de pacientes. Sus efectos son comparables a los de la paroxetina, pero de aparición más rápida y su aplicación a lo largo de 6 meses (más allá de las 8 semanas típicas en los ensayos clínicos) ha llevado en un estudio al mantenimiento o potenciación de las mejoras iniciales conseguidas. Las mejoras se producen no sólo a nivel sintomático, sino también de ajuste social. Los efectos secundarios de la venlafaxina de liberación prolongada son leves (náuseas, somnolencia, sequedad de boca, mareos, sudoración, estreñimiento, anorexia y disfunción sexual) y es un fármaco bien tolerado.

Otros fármacos que han sido investigados en algún estudio son la encipracina, la hidroxici-na, el opipramol, el DN-2327 –un derivado de la isoindolina– y la pregabalina –un análogo estructural del ácido gamma-aminobutírico– (más eficaces que el placebo), el alpidem (igual de eficaz que las benzodiazepinas), la nefazodona (eficaz en un estudio no controlado) y el milnacipram, un inhibidor de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (eficaz en un estudio no controlado). Hay datos contradictorios sobre la eficacia del abecarnil, una beta-carbolina. En otro estudio, el abecarnil fue más lento y algo menos eficaz que el alprazolam a corto plazo, pero una vez retirados los fármacos, el primero mantuvo mejor las mejoras logradas. La homeopatía clásica no ha resultado más eficaz que el placebo en un estudio.

La eficacia del tratamiento farmacológico del TAG aún no ha sido establecida en pacientes que presenten trastornos comórbidos, especialmente, depresión mayor (una posible excepción es

la venlafaxina de liberación prolongada). Otro aspecto importante a señalar es que la **respuesta positiva por parte de los grupos placebo** en el tratamiento de la ansiedad generalizada es muy alta: el porcentaje de pacientes tratados que son calificados como muy mejorados o remitidos es al menos del 30-40%. Esto dificulta por una parte la localización de fármacos eficaces, pero por otra sugiere la importancia, entre otros, de los factores psicológicos (Schweizer y Rickels, 1997). Hoy en día los fármacos aconsejados para el tratamiento del TAG son la venlafaxina y la paroxetina.

En el caso de los **niños**, Kendall y cols. (1997) citan varios estudios según los cuales ni el clonacepam ni la imipramina ni la bupiriona se han mostrado eficaces; en un estudio no controlado, la **fluoxetina** se ha mostrado eficaz.

Dada su relativa eficacia, tolerabilidad y seguridad, y su utilidad cuando hay trastornos afectivos o de ansiedad comórbidos, la **venlafaxina y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina** (en concreto, la **paroxetina**) **son las medicaciones que se recomiendan** en el tratamiento farmacológico continuado del TAG. Kaplan, Sadock y Grebb (1994/1996) sugieren que el tratamiento farmacológico quizá debería realizarse a lo largo de toda la vida, ya que el 25% de los pacientes recaen en el primer mes tras suprimir el tratamiento y el 60-80% en el año siguiente. Sin embargo, afirman que es un error continuar indefinidamente el tratamiento con benzodiazepinas. Este **mantenimiento tan pobre de los resultados** conseguidos con el tratamiento farmacológico contrasta con el de la TCC, aunque los estudios al respecto son todavía escasos. Además, el porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento es significativamente mayor en la farmacoterapia (25% contra 9%; Mitte, 2005).

Algunos estudios han comparado tratamiento psicológico y farmacológico. Lindsay y cols. (1987) hallaron que la TCC fue igual al loracepam en el postratamiento, pero no se consiguió que los clientes medicados abandonaran la medicación para el seguimiento a los 3 meses. Power y cols. (1989, citado en Power y cols., 1990) observaron que la TCC fue más eficaz que el diacepam (a dosis bajas) y el placebo en el postratamiento y en el seguimiento a los 12 meses.

Gould y cols. (1997) han llevado a cabo un metaanálisis en el que han **comparado la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales (incluidas las únicamente conductuales) y farmacológicas**. Ambas fueron claramente eficaces y no diferentes entre ellas en medidas de ansiedad. Pero las primeras lograron mayores efectos en medidas de depresión y un mantenimiento de los resultados en seguimientos a los 6 meses, mientras que las segundas no han estudiado esto último o cuando lo han hecho, se ha constatado una pérdida notable de eficacia al discontinuar la medicación. En un metaanálisis posterior, Mitte (2005) no halló diferencias entre las intervenciones (cognitivo)conductuales y las farmacológicas al considerar sólo los estudios que compararon directamente ambos tipos de terapia. Otro tipo de análisis sugirió la superioridad de la medicación, incluso considerando la existencia de un número significativo de estudios no publicados con resultados no significativos de la farmacoterapia.

Unos pocos estudios han comparado **tratamiento psicológico, farmacológico y su combinación**. Power y cols. (1990) investigaron en clientes con TAG reciente cinco tratamientos a lo largo de 10 semanas: TCC sola o combinada con diacepam o combinada con placebo, diacepam y placebo. Los resultados en el postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses indicaron la superioridad sobre el placebo de los tratamientos con TCC, especialmente cuando esta se aplicó sola o combinada con diacepam. Este último no fue más eficaz que el placebo, aunque fue administrado a dosis fija y baja (15 mg).

Los resultados obtenidos por Cáceres y cols. (1996) fueron algo diferentes trabajando en un contexto comunitario con pacientes que presentaban TAG, trastorno de pánico o trastornos adaptativos con síntomas ansiosos o mixtos; los tratamientos comparados fueron intervención cognitivo-conductual, benzodiazepinas y una combinación de ambas, además de un grupo de lista de

espera. Estos autores no hallaron diferencias entre los grupos en cuestionarios de ansiedad, aunque los tres tratamientos fueron superiores a la lista de espera en medidas de reactividad fisiológica; sin embargo, de haberse aplicado un análisis de covarianza, que hubiera sido lo indicado, los dos procedimientos que incluyeron tratamiento cognitivo-conductual hubieran sido superiores a los otros dos grupos en los autoinformes de ansiedad.

Trabajando con personas mayores, la mayoría con TAG, Gorenstein y cols. (2002, citado en Mohlman, 2004) hallaron que la TCC más medicación fue sólo superior a la medicación en diversas subescalas de psicopatología general, pero no en preocupaciones, ansiedad, depresión o dependencia de la medicación. En otro trabajo (Bond y cols., 2002), un tratamiento que incluyó relajación progresiva y reestructuración cognitiva fue igual de eficaz ya fuera combinado con buspirona o con placebo. Tampoco se diferenció de la terapia no directiva, combinada esta también con buspirona o placebo.

Las conclusiones tentativas que pueden extraerse de los trabajos anteriores son que la intervención cognitivo-conductual es superior al tratamiento farmacológico (al menos a medio y largo plazo), que este no potencia a aquella y que no parece que la TCC aumente la eficacia de la medicación.

PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO

Los programas para el tratamiento del TAG en adultos son relativamente complejos e incluyen diversas técnicas con la finalidad de abordar los distintos aspectos afectados. Sin embargo, **no está claro si todos los componentes son necesarios** e incluso si alguno de ellos lo es. Además, los tratamientos multicomponentes, a pesar de su actualidad, tienen diversas desventajas: a) son más difíciles de aplicar y requieren personal especializado, con lo cual la difusión del tratamiento es más difícil; b) no son necesariamente más eficaces que programas más simples; c) es más fácil que los clientes no cumplan con ellos en su integridad e incluso que los abandonen. Por tanto es fundamental primero comprobar la supuesta superioridad del tratamiento cognitivo-conductual sobre otros tratamientos “no específicos” (p.ej., terapia no directiva) y después llevar a cabo análisis de componentes para ver cuáles de estos son importantes.

Al igual que pasa con el tratamiento de los adultos, la TCC del TAG con niños es compleja y se requieren también análisis de componentes. Lo mismo puede decirse para el tipo de tratamiento familiar antes expuesto que aumenta la eficacia de dicha terapia (Barrett, Dadds y Rapee, 1996). Además, un resultado interesante de este estudio es que el **beneficio de añadir manejo de la ansiedad en la familia sólo se observó en los niños de 7-10 años, pero no en los de 11-14 años**, al menos en la variable analizada (porcentaje de niños que ya no cumplían TAG). Quizá los niños mayores tengan suficiente con un tratamiento individual, aunque esto requiere ser investigado al igual que si familias con ciertas características responden diferencialmente a los distintos componentes del tratamiento.

Un componente de tratamiento que puede ser útil y que no está reflejado explícitamente en ninguna de las intervenciones comentadas es 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 (Butler, 1994). Por otra parte, y teniendo en cuenta que los clientes con TAG informan de una mayor frecuencia de eventos traumáticos interpersonales en el pasado y de un apego más inseguro a su principal ser querido en la infancia, Crits-Christoph y cols. (1996) han señalado la importancia de **abordar las cuestiones interpersonales** en estos pacientes, aspecto, por cierto, que no parece ser bien abordado en las actuales

terapias cognitivo-conductuales. En el estudio de Borkovec y cols. (2002) la permanencia de ciertas dificultades interpersonales (ser rencoroso, entrometido y dominante en las relaciones con otros) al final de la terapia estuvo asociada con peores resultados en el postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses.

Borkovec (1994) ha sugerido el empleo de experiencias infantiles negativas y traumas pasados, además de situaciones de la vida actual, como focos de la exposición imaginal y terapia cognitiva. Dichas experiencias y traumas parecen más frecuentes en pacientes con TAG que en sujetos sin TAG y podrían constituir temas emocionales más profundos que los pacientes evitarían por medio de las preocupaciones.

Wells (1995, 1997), acorde con su modelo, ha sugerido que el tratamiento del TAG debe centrarse en el **cuestionamiento de las metapreocupaciones** más que en el de las preocupaciones 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. Además, tanto las creencias negativas sobre las preocupaciones como las creencias disfuncionales sobre la utilidad de estas últimas deben ser abordadas en el tratamiento mediante reestructuración verbal y experimentos conductuales. El primer tipo de creencias son tratadas primero. Se carece por el momento de estudios controlados sobre la eficacia de este enfoque.

TABLAS

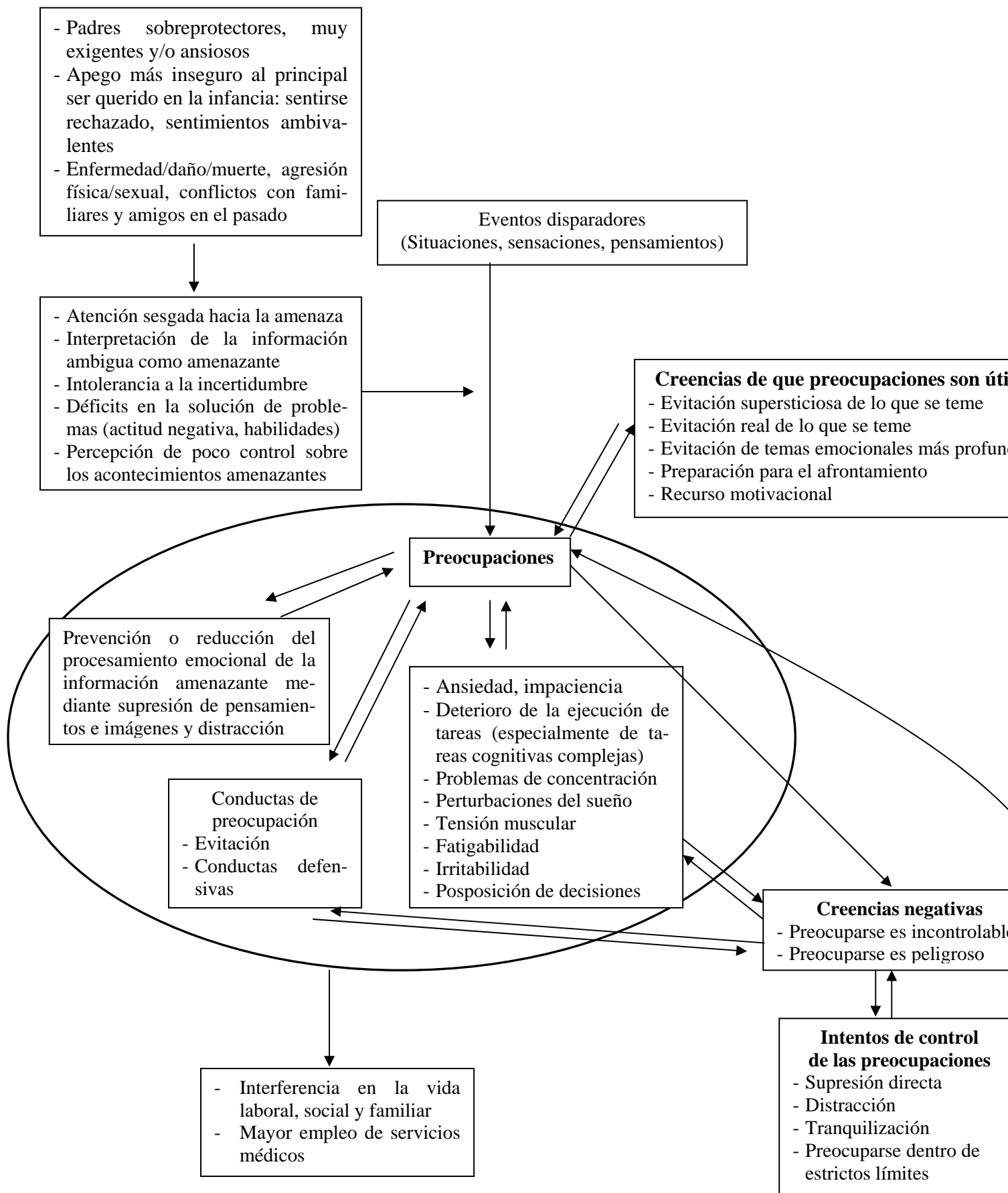


Figura 1. Modelo explicativo del trastorno de ansiedad generalizada.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada según el DSM-IV.

-
- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
- (1) inquietud o impaciencia
 - (2) fatigabilidad fácil
 - (3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - (4) irritabilidad
 - (5) tensión muscular
 - (6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p.ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.
-

Nota. Tomado de American Psychiatric Association (1995, págs. 447-448). (*) Uso limitado.

Tabla 2. Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.

Sesión 1

- Obtener la descripción del cliente de su ansiedad y preocupación.
- Hacer una introducción a la naturaleza de la ansiedad y preocupación.
- Describir el modelo de los tres sistemas de respuesta de la ansiedad.
- Dar una visión de conjunto del tratamiento (p.ej., importancia del autorregistro, actividades entre sesiones, asistencia regular).
- Proporcionar una justificación del tratamiento.
- Actividades entre sesiones: autorregistro.

Sesión 2

- Revisar autorregistros.
- Revisar naturaleza de la ansiedad, modelo de los tres sistemas de respuesta.
- Discutir fisiología de la ansiedad.
- Discutir factores de mantenimiento en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).
- Actividades entre sesiones: autorregistro.

Sesión 3

- Revisar autorregistros.
- Justificación de la relajación muscular progresiva (RMP): 16 grupos musculares.
- Llevar a cabo la RMP en la sesión con grabación de cinta para las prácticas en casa.
- Actividades entre sesiones: autorregistro, RMP.

Sesión 4

- Revisar autorregistros y práctica de RMP.
- Llevar a cabo RMP con 16 grupos musculares y entrenamiento en discriminación.
- Introducción al papel de las cogniciones en la ansiedad persistente (p.ej., naturaleza de los pensamientos automáticos, solicitud de ejemplos del cliente).
- Describir y cuestionar cogniciones que sobrestiman la probabilidad de eventos negativos.
- Introducir la hoja de autorregistro cognitivo.
- Actividades entre sesiones: autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), RMP.

Sesión 5

- Revisar autorregistros, RMP y cuestionamiento de la sobrestimación de probabilidad.
- Llevar a cabo RMP con 8 grupos musculares y entrenamiento en discriminación.
- Describir y cuestionar cogniciones catastróficas.
- Actividades entre sesiones: autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), RMP.

Sesión 6

- Revisar autorregistros, RMP y cuestionamiento cognitivo (sobrestimación de probabilidad, desastrosificación).
- Llevar a cabo RMP con 8 grupos musculares y entrenamiento en discriminación; introducir práctica en generalización.
- Revisar tipos de cogniciones ansiógenas y métodos de cuestionamiento.
- Actividades entre sesiones: autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), RMP.

Sesión 7

- Revisar autorregistros, RMP y cuestionamiento cognitivo.
- Llevar a cabo la RMP con 4 grupos musculares.
- Introducir la exposición a la preocupación (p.ej., entrenamiento en imaginación, jerarquía de campos de preocupación, exposición a preocupación en la sesión).
- Actividades entre sesiones: autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), RMP, exposición diaria a la preocupación.

(continúa)

Tabla 2. (Continuación)

Sesión 8

- Revisar autorregistros, RMP, cuestionamiento cognitivo y prácticas de exposición a la preocupación.
- Introducir relajación mediante recuerdo.
- Revisar la justificación para la exposición a la preocupación.
- Llevar a cabo la exposición a la preocupación en la sesión.
- Actividades entre sesiones: autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), exposición a la preocupación, relajación mediante recuerdo.

Sesión 9

- Revisar autorregistros, cuestionamiento cognitivo, exposición a la preocupación y relajación mediante recuerdo.
- Practicar relajación mediante recuerdo.
- Introducir la prevención de las conductas de preocupación (p.ej., justificación, elaboración de una lista de conductas de preocupación, desarrollo de prácticas de prevención de conductas).
- Actividades entre sesiones: autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), exposición a la preocupación, prevención de conductas de preocupación, relajación mediante recuerdo.

Sesión 10

- Revisar autorregistros, cuestionamiento cognitivo, exposición a la preocupación, prevención de conductas de preocupación y relajación mediante recuerdo.
- Introducir la relajación suscitada por señal.
- Actividades entre sesiones: autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), exposición a la preocupación, prevención de conductas de preocupación, relajación mediante recuerdo.

Sesión 11

- Revisar autorregistros, cuestionamiento cognitivo, exposición a la preocupación, prevención de conductas de preocupación y relajación suscitada por señal.
- Practicar la relajación suscitada por señal.
- Introducir la organización del tiempo o la resolución de problemas.
- Actividades entre sesiones: autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), exposición a la preocupación, prevención de conductas de preocupación, relajación suscitada por señal.

Sesión 12

- Revisar autorregistros, cuestionamiento cognitivo, exposición a la preocupación, prevención de conductas de preocupación y relajación suscitada por señal.
- Generalizar las técnicas de relajación.
- Practicar la organización del tiempo o la resolución de problemas.
- Actividades entre sesiones: autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), exposición a la preocupación, prevención de conductas de preocupación, relajación suscitada por señal, práctica de organización del tiempo/resolución de problemas.

Sesión 13

- Revisar autorregistros, cuestionamiento cognitivo, exposición a la preocupación, prevención de conductas de preocupación, relajación suscitada por señal y práctica de organización del tiempo/resolución de problemas.
- Practicar la relajación suscitada por señal.
- Revisar habilidades y técnicas.
- Discutir métodos de aplicación continuada de las técnicas consideradas en el tratamiento.

Nota. Tomado de Brown, O'Leary y Barlow (2001, pág. 177)

Tabla 3. Diálogo entre terapeuta (T) y paciente (P) en el que se muestra una reestructuración de la sobrestimación de la probabilidad de un evento negativo.

T	En uno de sus autorregistros de esta semana apuntó que tuvo miedo de que su hijo jugara a rugby. ¿Qué es lo que le preocupaba específicamente?
P	Que se lesionara gravemente. Su equipo juega en la liga de campeones, de modo que esos chicos son grandes y fuertes. Mi hijo es bueno, pero no ha jugado durante años.
T	¿Cómo imagina específicamente que su hijo se lesionará?
P	Rompiéndose la espalda o el cuello. Algo que dará lugar a parálisis o muerte. Les sucedió a dos jugadores de la liga nacional de rugby el año pasado, ¿recuerda?
T	¿Qué le sucedió a su hijo cuando jugó el partido?
P	Nada, realmente. Llegó a casa con un pulgar dolorido, pero se le pasó al cabo de un rato. Dijo que logró puntuar y que tuvo una interceptación. Creó que jugó muy bien.
T	Así que lo que me está diciendo es que usted había predicho que él se lesionaría durante el partido, pero que no sucedió. Cuando estamos ansiosos, tendemos a cometer un error cognitivo común llamado sobrestimación de la probabilidad. En otras palabras, sobrestimamos la probabilidad de un evento improbable. Mientras se sentía ansiosa y preocupada, ¿cuál fue la probabilidad en su mente, de 0 a 100, de que su hijo se lesionaría?
P	Alrededor del 75%.
T	Y ahora ¿cómo calificaría la probabilidad de que su hijo se lesione en un partido venidero?
P	Bueno, si lo plantea de esta forma, supongo que alrededor de un 50%.
T	Esto significa que por cada dos veces que su hijo juegue al rugby se lesionará una vez. ¿Es esto correcto?
P	Uhm, no. No creo que sea tan alta. Quizá cerca de un 30%.
T	Esto significaría que su hijo se lesionaría una de cada tres veces. Para contrarrestar la tendencia a sobrestimar la probabilidad de eventos negativos futuros, es útil preguntarse qué datos del pasado apoyan su creencia ansiosa. ¿Qué datos puede proporcionar de la historia de juego de su hijo que expliquen su creencia de que se lesionará en uno de cada tres partidos?
P	Bien, ninguna. Se torció un tobillo durante los entrenamientos del verano, pero eso es todo.
T	Así que lo que está diciendo es que usted no tiene muchos datos para probar que su hijo tenga una probabilidad del 30% de lesionarse en un partido.
P	¿Caramba!, nunca lo había visto de este modo.
T	¿Cuáles son algunas de las alternativas a que su hijo se lesione gravemente en un partido de rugby?
P	Puede no lesionarse en absoluto. Pero sé que debe sentir algún dolor con todos esos cardenales cubriéndole sus brazos y piernas. Es un estoico, como su padre.
T	¿Qué otras alternativas se le ocurren en vez de pensar en que su hijo se lesione gravemente?
P	Puede tener una pequeña lesión, como un tobillo torcido o algo de esta naturaleza.
T	Bien. ¿Y cuál sería la probabilidad de que su hijo tuviera una lesión menor en vez de una lesión grave?
P	Probablemente más alta, 60% o 70%.
T	Volviendo a su preocupación original, ¿cómo calificaría la probabilidad de que su hijo se lesione gravemente durante un partido de rugby?
P	Baja, cerca de un 10%.
T	Así que una de cada 10 veces su hijo se lesionará gravemente cuando juegue al rugby. ¿Cuántas veces ha jugado su hijo al rugby?
P	Justo ha comenzado en la universidad este año, pero lleva jugando desde el bachiller hace tres años. En total, unos 25 partidos.
T	¿Y cuántas veces se ha lesionado gravemente en estos tres años?
P	Ninguna. Veo a dónde va. ¡Es tan absurdo tener estos pensamientos irracionales!
T	Bien, es comprensible que sus predicciones acerca del futuro estén sesgadas hacia las posibilidades negativas. Cuando estamos muy ansiosos, nos centramos en las posibilidades más negativas para prepararnos caso de que sean verdad. Debido a que usted se preocupa excesivamente, sus pensamientos hacia los sucesos futuros serán más negativos. Por esto es esencial que usted contrarreste estas sobrestimaciones de probabilidad cada vez que tenga una preocupación. En su autorregistro, usted indicó que su ansiedad fue de 6 en la escala 0-8 mientras pensaba en que su hijo podía lesionarse. ¿Cómo calificaría su ansiedad ahora, después de haber contrarrestado los pensamientos?
P	Mucho más baja. Alrededor de 3 o así. Pero todavía puede pasarle, quedar paralizado. Y preocupándome por esta posibilidad, no importa lo poco probable que sea, puedo prepararme emocionalmente de algún modo, caso de que suceda.
T	Siempre existe esa posibilidad, aunque pequeña. Sin embargo, cada vez que se dice a sí misma que “puede suceder todavía”, usted está desechando toda la información que invalida esa creencia. Se está diciendo a sí misma que las probabilidades de su hijo de quedar parálítico a raíz de una lesión en un partido de rugby son mucho más altas que las de los demás. Para contrarrestar esta tendencia, recuerde que sus probabilidades de una lesión grave son las mismas que las del resto del equipo, cada día. Además, preocuparse sobre un evento futuro no cambia para nada su probabilidad de ocurrencia. Lo que la preocupación conseguirá, sin embargo, es hacerle sentir más ansiosa y perturbada a la vez que le proporcionará una falsa sensación de control sobre el futuro.

Nota. Tomado de Brown, O'Leary y Barlow (2001, págs. 193-195).

Tabla 4. Experimentos conductuales en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.

- *Persona que piensa que es una mala madre y que no puede conjugar su trabajo de ama de casa y trabajadora a tiempo parcial.* Como prueba cita que llevó al niño con el familiar que lo cuida 45 minutos antes que lo usual para recuperar trabajo perdido. El niño se comportó horriblemente y ella lo atribuyó a haber jugado poco con él antes de ir a trabajar; además creyó que tenía que abandonar sus planes para ponerse al día en el trabajo. El terapeuta le señaló que una explicación alternativa es que el niño tuvo un mal día y se habría comportado mal en cualquier caso. Para probar esto, la madre accedió a continuar con sus planes de ir a trabajar temprano durante una semana más. Para su sorpresa, el niño se adaptó muy bien y su creencia de que era una mala madre se redujo (Clark, 1989).

- *Persona que experimenta un hormigueo en los dedos al tocar objetos sólidos y cree que esto indica algún problema neurológico grave.* Una explicación alternativa es que el hormigueo sea debido al pensamiento de que tiene un problema neurológico y a un cambio en el umbral táctil producido por dicho pensamiento. En la prueba conductual comprobó que los amigos a los que pidió que acariciaran suavemente objetos y se concentraran mucho en ello detectaron sensaciones similares. Como segunda prueba, el terapeuta le dijo que si la sensación era debida al miedo sobre su significado, debería reducirse al exponerse a ella repetidamente. De hecho así sucedió cuando la paciente intentó producir deliberadamente la sensación varias veces al día; además, cuando esta ocurrió naturalmente, siguió tocando los objetos hasta que desapareció (Clark, 1989).

- *Persona que cree que es imposible controlar su ansiedad.* Se le pueden enseñar técnicas de control de ansiedad rápidas y fáciles de aprender (respiración, distracción).

- *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 (no haber llamado frecuentemente contra la presencia de un virus, p.ej.). 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.

- *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.

- *Persona que cree que sus preocupaciones son incontrolables.* Se le puede pedir que haga lo siguiente: a) Al darse cuenta de que está preocupándose, posponer el preocuparse diciéndose que ya pensará en el problema más tarde. b) Pensar en un momento del día en el que se permitirá 15 minutos para preocuparse. c) Cuando llegue este momento, y sólo si piensa que es necesario (hay que apuntar entonces las razones), permitirse preocuparse durante 15 minutos sólo. La respuesta típica es posponer las preocupaciones (Wells, 1997).

- *Persona que cree que preocuparse indica una anormalidad mental.* Se le pide que pregunte a sus amigos y compañeros para ver si se preocupan y cómo reaccionan ante alguien que se preocupa.

Tabla 5. Diálogos entre terapeuta (T) y paciente (P) en los que se muestra la técnica de descatastrofización.

Primer diálogo (Brown, O'Leary y Barlow, 2001, págs. 196-198)

- T Incluso si ocurriera un evento muy negativo, como perder a un ser querido o contraer una enfermedad grave, todavía seríamos capaces de afrontarlo, a pesar de sentirnos como si no pudiéramos. Cómo nos sentimos y qué hacemos son dos cosas muy diferentes. Uno puede sentir que sería incapaz de manejar un suceso negativo, pero el sello del ser humano es que tenemos una habilidad extraordinaria para adaptarnos a nuestro ambiente.
- P Seguro, pero ¿cómo me convengo de esto? No creo que pueda afrontar el perder a mi hijo o a mi marido. Me aterroriza tanto que me desagrada incluso hablar de ello.
- T Es por esto que debemos probablemente discutir sobre sus miedos, ya que la mayoría de sus preocupaciones se centran en la seguridad de su marido e hijo. ¿Qué sucedería si perdiera a su hijo?
- P Sería devastador, sería realmente terrible. Nunca lo superaría. Quizá sufriría una crisis nerviosa y me internarían en el psiquiátrico o algo similar. No sé, pero sería grave.
- T ¿Cómo sabe que sería grave? ¿Qué datos puede dar que apoyen su creencia de que nunca superaría la muerte de su hijo?
- P Bien, ninguna, pero los hijos no deben morir antes que sus padres. Tengo ya los nervios tan destrozados que esto me pondría al borde del abismo.
- T Una vez más usted está empleando sus sentimientos de ansiedad como prueba de su creencia. Nosotros llamamos a esto "razonamiento emocional". Dígame algunas alternativas a sufrir una crisis nerviosa o ser ingresado en un hospital.
- P Lo afrontaría, creo, pero realmente no puedo ver cómo lo haría.
- T ¿Ha muerto alguien en su vida?
- P Sí. Cuando tenía 17 años, mi novio murió en un accidente de moto. fue muy duro para mí. En cierto sentido, nunca lo he superado. A veces, sueño con él. Era un gran chico y su pobre madre sufrió muchísimo cuando él murió. Nunca quiero experimentar lo que ella pasó.
- T Debe haber sido un periodo muy duro para usted. No es usual que una persona de 17 años tenga una experiencia como esa. Es bastante natural soñar con personas queridas que han muerto, especialmente cuando la muerte es de naturaleza violenta. Cuénteme algo sobre las emociones que tuvo en ese periodo.
- P Pasé por una gama total de emociones: rabia, incredulidad, ansiedad, soledad, dolor. Fue una época dura para mí. El murió el verano en que nos graduamos en el instituto y se suponía que íbamos a ir juntos a la universidad.
- T ¿Todavía siente esas emociones?
- P No con la misma intensidad. A veces siento rabia cuando veo motos en la carretera y, naturalmente, me pongo bastante ansiosa. Pero ahora, cuando pienso en Todd, intento recordar las experiencias felices. Era un muchacho maravilloso y tuve suerte de haberle conocido. Está en el cielo ahora, estoy segura, y cuidándome como él dijo que haría antes de que muriera. Conocí a mi marido varios meses más tarde de la muerte de Todd mientras estaba en la universidad y sentí como si conociera a alguien que podía haber sido el hermano gemelo de Todd. Sin Jim, no sé cómo habría superado la muerte de Todd.
- T A pesar de haber experimentado la muerte inesperada de Todd, usted, Claire, fue capaz de afrontar su pérdida. Usted experimentó la gama completa de emociones que la gente experimenta cuando pierde a alguien cercano y usted fue capaz de seguir funcionando todavía. ¿Es esto cierto?
- P Sí, pero fue una lucha levantarse por la mañana durante un tiempo. Lloré casi cada día durante un mes o dos.
- T ¿Qué cree que sucedería si perdiera a su marido o a su hijo?
- P Probablemente, lo mismo, quizá incluso más fuerte. Pero tiene razón, sería capaz de afrontarlo. Representaría un gran esfuerzo, pero lo haría. Afortunadamente, tengo una familia muy unida que me ayuda mucho y que está siempre dispuesta a echarme una mano.
- T Pasemos a otro ejemplo de descatastrofización. Usted mencionó que al llegar tarde, la enfermera pensaría que era una persona poco formal y que no aceptaría su cheque para pagar la visita. ¿Qué sucedería entonces?
- P Tendría que contraer una deuda y la pagaría más tarde.
- T ¿Algo más?
- P No, salvo el azoramiento.
- T ¿Por qué esto sería malo?
- P Odio quedar azorada de esa manera. La gente pensaría mal de mí y perdería el respeto de los otros.
- T Y luego ¿qué?
- P Luego perdería a los amigos y me quedaría sola.
- T Y luego ¿qué?
- P Luego me sentiría triste y desgraciada y llevaría una existencia desdichada.
- T Cuénteme cuán capaz sería de afrontar esta posibilidad de 0 a 100%, donde 0 es igual a ser completamente incapaz de afrontar.
- P 5%.
- T Ahora, intente pensar en algunas maneras en que usted podría afrontar dicha posibilidad.

(continúa)

Tabla 5. (Continuación)

- P En primer lugar, un verdadero amigo no me perdería el respeto por algo tan trivial como que no me aceptaran un cheque. Y si pierdo amigos por esto, entonces ¿qué clase de amigos son? También puedo emplear una tarjeta de crédito o sacar dinero del banco si el doctor no aceptara tarjetas.
- T ¿Cree que sería triste y desgraciada durante el resto de su vida?
- P Oh!, en absoluto. Me sentiría mal durante un rato, pero finalmente se pasaría.
- T ¿Y cuán probable es que todos sus amigos recuerden un incidente menor como este en los años venideros?
- P No muy probable.
- T ¿Se ha sentido azorada anteriormente?
- P Demasiadas veces como para contarlas.
- T ¿Cuánto dura en promedio el azoramiento?
- P Unos pocos minutos como mucho. Un día en raras ocasiones, pero generalmente no más.
- T Así, Claire, vea cómo estas imágenes catastróficas aumentan su ansiedad. Para contrarrestar sus pensamientos catastróficos, escriba sus pensamientos ansiosos y preocupaciones en el autorregistro como ha estado haciendo para las sobrestimaciones de probabilidad. Luego, pregúntese: “¿Cuál es la peor consecuencia posible que puede suceder? Si ocurre, ¿qué pasa? ¿Por qué debe ser grave? ¿Cuán probable es que ocurra? ¿Cómo puedo afrontarlo si ocurre?”. Debería notar una reducción sustancial de sus niveles de ansiedad cuando emplee sus estrategias cognitivas regularmente para cada preocupación y pensamiento ansioso.

Segundo diálogo (Craske, Barlow y O'Leary, 1992, págs. 7.5-7.7)

- T Usted dijo antes que se preocupa una y otra vez sobre la posibilidad de morir y el efecto que esto tendrá en su familia. Dígame más cosas sobre esta preocupación.
- P Bien, me preocupo porque no quiero que mis hijos pasen por lo que yo pasé y todavía estoy pasando cuando mi padre murió el año pasado. Aparte del terrible sentimiento de tristeza que sufrirían, ¿quién cuidaría de ellos y qué les sucedería si yo no estuviera?
- T ¿Qué tipo de situación imagina si muriera? ¿Qué les sucedería a sus hijos?
- P (Con lágrimas) Es realmente difícil hablar de ello porque pienso que sería tan terrible... Los veo solos y llorando y no sabiendo qué hacer.
- T ¿Y cuánto duraría esto?
- P Um!, nunca he pensado en esto. Simplemente lo he visto de este modo.
- T Así que, en cierto sentido, usted está casi asumiendo que ellos se sentirían siempre de ese modo.
- P Sí.
- T Este tipo de pensamientos son obviamente muy ansiógenos y perturbadores. Evaluémoslos. Primero, consideremos la posibilidad de sobrestimar el riesgo. ¿Tiene alguna razón para pensar que morirá inesperadamente y pronto?
- P Sólo que mi padre murió de repente.
- T ¿Cuál fue la razón?
- P Aparentemente tenía un problema cardíaco que no conocíamos.
- T ¿Qué datos tiene para decir que usted tiene el mismo problema?
- P Ninguna, realmente. Me hice un chequeo completo unos meses después de que muriera porque estaba muy preocupada y estoy en buena forma.
- T Así que, dados los datos disponibles sobre su propia salud y las estadísticas de la población de que una mujer de su edad muera inesperadamente sin razón aparente, ¿cuál es la probabilidad real de que usted muera pronto? Use la escala de 0 a 100.
- P Cuando lo pienso de esta forma, supongo que es realmente baja, quizá un 10%.
- T ¿Está diciéndome que por cada día que usted vive tiene una probabilidad de uno sobre diez de morir en ese día?
- P (Se ríe) No, pienso que es más baja que eso. Quizá 0,1%.
- T De acuerdo, ahora hay otras áreas en las que parece haber hecho suposiciones sin tener en cuenta los datos. ¿Se le ocurre alguna?
- P ¿Quiere decir el modo en que se sentirían mis hijos? Creo que se sentirían terriblemente.
- T No, no estoy poniendo en duda la tristeza y la pérdida, pero sí su suposición de que sus vidas seguirán siempre así. Aunque es difícil pensar sobre ello, intente imaginar lo que sucedería con el transcurso del tiempo. ¿Estarían ellos siempre tan perturbados o finalmente se recuperarían y tendrían una vida relativamente normal?
- P Supongo que finalmente las cosas se normalizarían; y su padre es un buen padre..., podría cuidarlos probablemente.
- T Una vez más, quiero enfatizar que no estamos diciendo que haya una fuerte probabilidad de que usted muera pronto ni que usted deba pensar sobre ello con una actitud descuidada. Sin embargo, dándose cuenta de que a pesar de lo negativa que su pérdida sería, sus hijos serían capaces de sobrevivir y continuar sin usted es un modo muy diferente de ver las cosas a como usted las veía. ¿Está de acuerdo?
- P Sí, comprendo. Creo que tiendo a hacer esto con un montón de cosas. Pienso en lo peor y me centro en ello sin considerar las alternativas.

Tabla 6. Guías para la organización del tiempo.

Con mayor o menor frecuencia, la gente se carga con demasiadas tareas a la vez, lo cual suele ser debido a sentirse personalmente responsable de todo y a querer hacerlo todo perfecto. Esta sobrecarga genera tensión y preocupación por no poder hacer todo lo que uno se ha propuesto.

Una forma de comprobar si uno tiene un número excesivo de cosas a hacer o si no administra demasiado bien el tiempo de que dispone es completar cada hora a lo largo de una semana el **registro** de ACTIVIDADES DIARIAS. En la primera columna incluya cualquier actividad realizada a lo largo del día, sin importar si el tiempo dedicado a la misma ha sido grande o pequeño. En la segunda, las actividades no realizadas a pesar de haber estado programadas para ese día. Y en la tercera, las cosas que hubiera deseado hacer, pero que ni siquiera tuvo tiempo para considerar el llevarlas a cabo.

Si aparecen bastantes actividades en la segunda columna (lo que significa que programa muchas cosas que no tiene tiempo de hacer) y especialmente, si la tercera columna indica que hay muchas actividades agradables o placenteras que no tiene tiempo de hacer, es probable que tenga problemas con la organización del tiempo: repase la primera columna para comprobar si algunas de las actividades que aparecen son innecesarias u ocupan más tiempo del debido. Para solucionar el problema de organización del tiempo, son útiles las siguientes **GUÍAS**.

- Establezca las **metas** que quiere conseguir. Esto puede hacerse día a día, aunque las metas diarias deben ir reflejando los objetivos que uno desea conseguir a plazo más largo: una semana, un mes, un año, etc. Tenga en cuenta las cosas que realmente son importantes para usted en su vida. Si pasa su tiempo resolviendo cosas más o menos urgentes, pero no muy importantes, estará relegando la consecución de aquello que es realmente importante para usted.
- Para un día dado, haga una lista de las cosas que tiene que hacer y de las cosas que le gustaría hacer. Luego, decida la importancia de cada actividad, es decir, establezca prioridades. Para ello, clasifique las actividades en tres categorías:
 - + **Actividades A.** Tienen prioridad máxima y deben ser hechas ese día. Algunos días pueden no tener este tipo de actividades.
 - + **Actividades B.** Son muy importantes y deben hacerse pronto, pero no necesariamente ese día. Estas serán las tareas más comunes y si no se realizan, terminarán por convertirse en actividades A.
 - + **Actividades C.** Son importantes y finalmente deberán ser llevadas a cabo, pero no muy pronto.
- Para organizar un día, puede seguir los siguientes pasos. Primero, anote las actividades que deben realizarse a horas determinadas, tales como recoger a los niños, reuniones, etc. Luego, comience por las actividades A y prográmelas en momentos en que puedan ser realizadas. Asigne más tiempo a cada actividad del que inicialmente crea necesario, deje tiempo para imprevistos e interrupciones. A continuación, programe las actividades B y concédales tiempo suficiente para ser realizadas total o parcialmente. Finalmente, sitúe las actividades C en los horarios sobrantes. Si tiene que sacrificar alguna actividad, que sea del tipo C o B.
 - + Si considera que una programación de horarios es algo demasiado restrictivo para usted, haga simplemente una lista de las actividades A, B y C para el día situadas en tres columnas y táchelas cuando las realice.
 - + Al organizar el día, es interesante pensar en un **orden o secuencia** de las actividades a realizar. Localice el tipo de secuencia que se adapte mejor a usted. Por ejemplo, algunas personas encuentran que el día es más agradable si comienzan con una tarea que hay que hacer y luego siguen con alguna actividad que les gusta. De este modo, tienen algo en lo que pensar con ilusión y la tarea desagradable no les ronda en la cabeza todo el día.
 - + No se apresure inmediatamente de una actividad a otra. En lugar de esto, **haga una pausa**. Planee **descansos** breves y momentos para relajarse.

(continúa)

Tabla 6. (Continuación)

-
- + Si le asaltan **pensamientos** de no tener tiempo suficiente para completar las actividades que se ha propuesto, pregúntese qué es lo peor que puede suceder si al final del día le quedan ciertas cosas por hacer o si algo tiene que esperar hasta mañana. Por ejemplo, ¿qué sucederá realmente si no termino de limpiar toda la casa o de escribir este informe?, ¿qué es lo peor que puede ocurrir si me tomo 30 minutos para descansar o relajarme? Así pues, pregúntese qué es probable que suceda si deja de hacer X; si la respuesta es que poco o nada importante, considere seriamente el dejar de hacer X.
 - Existen además varias pautas útiles para ganar tiempo:
 - + **Delegue responsabilidades.** Es probable que algunas o muchas de las tareas que realiza puedan ser llevadas a cabo por otras personas: miembros de la familia, compañeros de trabajo, subordinados, etc. Por tanto, es importante que se pregunte qué puede delegar y a quién. Dos posibles razones para no delegar son pensar que los otros no harán el trabajo tan bien como uno y pensar que cuesta más explicar cómo hacer algo que hacerlo uno mismo. Estas formas de pensar son hipótesis que no tienen por qué ser ciertas; además, aunque pueden ser correctas a corto plazo, pueden no serlo a largo plazo. Finalmente, aunque lo fueran a largo plazo, aunque, por ejemplo, los demás no aprendieran a limpiar la casa como uno lo hace, ¿qué pasaría por ello?, ¿qué es lo peor que puede suceder?, ¿el no delegar compensa el tiempo y esfuerzo invertidos?
 - + **Aprenda a decir no.** Un motivo para no acabar las actividades planeadas es tener que satisfacer las demandas inesperadas por parte de otros. A no ser que la demanda sea una cuestión fundamental o insoslayable (por ejemplo, una orden del jefe), usted tiene derecho a decir que no tiene tiempo y que debe llevar a cabo otras actividades. Aunque muchas personas piensan que el decir no conduce al rechazo o enfado por parte de los otros, lo cierto es que si se hace de forma apropiada no tiene estos efectos, sino que suele contribuir al respeto mutuo.
 - + **Ajústese al plan previsto.** Al llevar a cabo una actividad, atégase a la misma y no comience otras actividades asociadas que son innecesarias o no prioritarias. Por ejemplo, si la actividad era reparar un informe u ordenar una habitación, no caiga en la trampa de reparar otros informes u ordenar toda la casa.
 - + **Reduzca el tiempo dedicado a determinadas actividades** (hablar por teléfono, ver la televisión, ducharse...) si considera que es excesivo.
 - + **Intente acabar la actividad que comienza.** No salte de una actividad a otra dejando detrás un montón de actividades parcialmente realizadas. En general, cada actividad requiere más tiempo de este modo, ya que usted pierde tiempo comenzando repetidamente la misma actividad y las actividades inacabadas permanecen en su cabeza e interfieren con la actividad presente.
 - + Tenga cuidado con la **dilación** (posponer cosas). ¿Se distrae con otras cosas cuando tiene que realizar ciertas actividades prioritarias? ¿Cuáles son las consecuencias de posponer estas actividades? ¿Está aplazando algo porque se está fijando una norma demasiado elevada o porque tiene miedo a no tomar la decisión adecuada? ¿Está siendo poco realista acerca de lo que puede hacer? ¿Puede hacerlo ahora y quitárselo de encima?
 - + Tenga cuidado con el **perfeccionismo**. ¿Dedica mucho tiempo a realizar las actividades planeadas porque quiere que sean perfectas? No olvide que todo el mundo comete errores, que la mayor perfección lograda no compensa muchas veces el tiempo y esfuerzo invertidos y que el perfeccionismo suele originar problemas en la relación con otras personas.
 - A mitad del día, **revise** las prioridades y el progreso realizado. Al final del día, **recuerde** lo que ha conseguido y **felicítese**. Revise también cómo van las cosas al final de periodos más largos: una semana, un mes, etc.
-

Nota. Elaborada a partir de Craske, Barlow y O'Leary (1992) y Clark (1989).

ACTIVIDADES DIARIAS			
Hora	¿Qué hice hoy y cuánto tiempo me ha ocupado?	¿Qué había planeado hacer, pero no hice?	¿Qué hubiera querido hacer, pero no tuve tiempo de hacer?
	Fecha:		
7:00			
8:00			
9:00			
10:00			
11:00			
12:00			
13:00			
14:00			
15:00			
16:00			
17:00			
18:00			
19:00			
20:00			
21:00			
22:00			
23:00			
24:00			

REFERENCIAS

- Abdel-Khalek, A.M., Tomás-Sábado, J. y Gómez-Benito, J. (2004). Psychometric parameters of the Spanish version of the Kuwait University Anxiety Scale (S-KUAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 349-357.
- Allgulander, C., Dahl, A.A., Austin, C., Morris, P.L.P., Sogaard, J.A., Fayyad, R., Kutcher, S.P. y Clary, C.M. (2004). Efficacy of sertraline in a 12 week trial for generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1642-1649.
- American Psychiatric Association (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. (Original de 1994.)
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. y Page, A. (2003). *The treatment of anxiety disorders: Clinician guides and patient manuals* (2ª ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Andrews, G., Slade, T. y Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Antony, M.M., Bieling, P.J., Cox, B.J., Enns, M.W. y Swinson, R.P. (1999). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
- Antony, M.M., Orsillo, S.M. y Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. Nueva York: Klumer/Plenum.
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 633-646.
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico: Un programa psicológico de intervención paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. y Bach, L. (1997). Intervención psicológica con una paciente con trastorno de ansiedad generalizada. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 85-107.
- Ballenger, J.C. (2001). Overview of different pharmacotherapies for attaining remission in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl. 19), 11-19.
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Borkovec, T.D., Rickels, K., Stein, D.J. y Wittchen, H-U (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl. 11), 53-58.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H., Raffa, S.D. y Cohen, E.M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2ª ed., pp. 301-335). Nueva York: Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Rapee, R.M. y Brown, T.A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570.
- Barret, P.M., Dadds, M.R. y Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Barret, P.M., Dadds, M.R. y Rapee, R.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135-141.
- Barrett, P.M., Shortt, A.L. y Wescombe, K. (2001). Examining the social validity of the FRIENDS treatment program for anxious children. *Behaviour Change*, 18, 63-77.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1990). *Manual for the revised Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 213-223.
- Becker, E.S., Rinck, M., Roth, W.T. y Margraf, J. (1998). Don't worry and beware of white bears: Thought suppression in anxiety patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 39-55.
- Bedford, A., de Pauw, K. y Grant, E. (1997). The structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): An appraisal with normal, psychiatric and medical patient subjects. *Personality and Individual Differences*, 23, 473-478.
- Benedito, M.C. y Botella, C. (1992). El tratamiento de la ansiedad generalizada por medio de procedimientos cognitivo-comportamentales. *Psicothema*, 4, 479-490.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983). Entrenamiento en relajación progresiva. Bilbao: Desclée de Brouwer (Original de 1973.).
- Bernstein, G.A., Crosby, R.D., Perwien, A.R. y Borchardt, C.M. (1996). Anxiety Rating for Children - Revised: Reliability and validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 97-114.
- Bieling, P.J., Antony, M.M. y Swinson, R.P. (1998). The State-Trait Inventory, trait version: Structure and content re-examined. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 777-788.
- Bobes, J., González, M.P., Bascarán, M.T. y Ferrando, L. (1998). Instrumentos de evaluación: Escalas de detección, de gravedad y discapacidad y de calidad de vida. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Dirs.), *Fobia social* (pp. 97-140). Barcelona: Masson.
- Bobes, J., G.-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Bobes, J., Portilla, G., Fernández, J.M. y Bousoño, M. (2002). Tratamiento farmacológico del trastorno de ansiedad generalizada. Tercer Congreso Virtual de Psiquiatría, 1-28 de febrero.

- Bond, A.J., Wingrove, J., Curran, H.V. y Lader, M.H. (2002). Treatment of generalized anxiety disorder with a short course of psychological therapy, combined with exposure or placebo. *Journal of Affective Disorders*, 72, 267-271.
- Borkovec, T.D. (1994). The nature, functions, and origins of anxiety. En G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 5-33). Nueva York: Wiley.
- Borkovec, T.D., Abel, J.L. y Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 479-483.
- Borkovec, T.D. y Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Borkovec, T.D., Hazlett-Stevens, H. y Diaz, M.L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 126-138.
- Borkovec, T.D., Newman, M.G., Pincus, A.L. y Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.
- Borkovec, T.D. y Ruscio, A.M. (2001). Psychotherapy of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl. 11), 37-42).
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento. Barcelona: Martínez Roca.
- Bowman, D., Scogin, F., Floyd, M., Patton, E. y Gist, L. (1997). Efficacy of self-examination therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 267-273.
- Bragado, M.C., Carrasco, I., Sánchez, M.L. y Bersabé, R.M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 835-844.
- Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1997). *Casebook in abnormal psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Brown, T.A., Barlow, D.H. y Liebowitz, M.R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1272-1280.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. y Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Brown, T.A., DiNardo, P.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Adult and Lifetime version*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brown, T.A., O'Leary, T.A. y Barlow, D.H. (1993). Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª ed., pp. 137-188). Nueva York: Guilford.
- Brown, T.A., O'Leary, T.A. y Barlow, D.H. (2001). Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 154-208). Nueva York: Guilford.
- Bueno, A.M. y Buceta, J.M. (1997). Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio: Estudios de caso. Madrid: Dykinson.
- 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.
- Butler, G. (1994). Treatment of worry in generalised anxiety disorder. En G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 209-228). Nueva York: Wiley.
- Cáceres, J., Arrarás, J.I., Jusué, G. y Zubizarreta, B. (1996). Tratamiento comunitario de los trastornos de ansiedad: ¿Cognitivo-conductual, farmacológico o mixto? *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 753-780.
- Capafons, A. y Alarcón, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de ansiedad generalizada. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp.223-233). Madrid: Pirámide.
- Caro, I. (1985). Diagnóstico y tratamiento de un trastorno de ansiedad generalizada. *Análisis y Modificación de Conducta*, 11, 325-334.
- Carroles, J.A.I. y Díez-Chamizo, V. (1987). Evaluación de conductas ansiosas. En R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carroles (Eds.), *Evaluación conductual* (pp. 411-439). Madrid: Pirámide.
- Cartwright-Hatton, S. y Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Chambless, D.L. y Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chorpita, B.F., Tracey, S.A., Brown, T.A., Collica, T.J. y Barlow, D.H. (1997). Assessment of worry in children and adolescents: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 569-581.
- Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: University Press.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión, habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Conde, V. y Franch, J.I. (1984). Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn Farmoquímica.
- Corcoran, K. y Fischer, J. (2000). Measures for clinical practice: A source book. Volume II: Adults (3ª edición). Nueva York: Free Press.
- Craske, M.G., Barlow, D.H. y O'Leary, T. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany, Nueva York: Graywind.
- Craske, M.G., Rapee, R.M. y Barlow, D.H. (1992). Cognitive-behavioral treatment of panic disorder, agoraphobia, and generalized anxiety disorder. En S.M. Turner, K.S. Calhoun y H.E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy*

- (2ª ed., pp. 39-66). Nueva York: Wiley.
- Craske, M.G. y Tsao, J.C.I. (1999). Self-monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 11, 466-479.
- Crits-Christoph, P., Connolly, M.B., Azarian, K., Crits-Christoph, K y Shapell, S. (1996). An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy*, 33, 418-430.
- Davidson, J.R.T. (2001). Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl. 11), 46-50).
- Davey, G.C.L., Hamptom, J., Farrell, J. y Davidson, S. (1992). Some characteristics of worrying: Evidence for worrying and anxiety as separate constructs. *Personality and Individual Differences*, 13, 133-147.
- Davey, G.C.L., Tallis, F. y Capuzzo, N. (1996). Beliefs about the consequences of worrying. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 499-520.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M.A. & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 195-205.
- Deffenbacher, J.L. (1997). Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 241-263). Madrid: Siglo XXI.
- DeRubeis, R.J. y Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- Di Nardo, P.A., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Dugas, M.J., Freeston, M.H., Provencher, M.D., Lachance, S. y Ladouceur, R. (2001). Le Questionnaire sur le Inquiétude et l'Anxiété : Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11, 31-36.
- Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R. y Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Dugas, M.J. y Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalizad anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 61-81.
- 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.
- Dugas, M.J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M.H., Langlois, F., Provencher, M.D. y Boisvert, J-M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 821-825.
- Dupuy, J.B., Beaudoin, S., Rhéaume, J., Ladouceur, R. y Gugas, M.J. (2001). Worry: daily self-report in clinical and no clinical populations. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1249-1255.
- Durham, R.C. y Allan, T. (1993). Psychological treatment of generalized anxiety disorder. A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. *British Journal of Psychiatry*, 163, 19-26.
- Durham, R.C., Allan, T. y Hackett, C.A. (1997). On predicting improvement and relapse in generalized anxiety disorder following psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 101-119.
- Durham, R.C., Chambers, J.A., MacDonald, R.R., Power, K.G. y Major, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine*, 33, 499-509.
- Durham, R.C., Fisher, P.L., Dow, M.G., Sharp, D., Power, K.G., Swan, J.S. y Morton, R.V. (2004). Cognitive behaviour therapy for good and poor prognosis generalized anxiety disorder: A clinical effectiveness study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 145-157.
- Durham, R.C., Fisher, P.L., Treiving, L.R., Hau, C.M., Richard, K. y Stewart, J.B. (1999). One year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder: Symptom change, medication usage and attitudes to treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 19-35.
- Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treiving, L.R. y Fenton, G.W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 315-323.
- D'Zurilla, T.J., Nezu, A.M. y Maydeu-Olivares, A. (1996). *Social Problem-Solving Inventory - Revised: Test Manual*.
- Echeburúa, E. (1993a). *Ansiedad crónica: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Eudema.
- Echeburúa, E. (1993b). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En G. Buéla-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 131-159). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. (1993c). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1998). Nuevos desarrollos en la terapia de exposición. En M.A. Vallejo (Dir.), *Avances en modificación y terapia de conducta: Técnicas de intervención* (pp. 139-173). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- 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.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. La Coruña: Fundación Paidea.
- Eisen, A.R. y Silverman, W.K. (1993). Should I relax or change my thoughts? A preliminary examination of cognitive therapy, relaxation training, and their combination with overanxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7, 265-279.
- Eisen, A.R. y Silverman, W.K. (1998). Prescriptive treatment for generalized anxiety disorder in children. *Behavior Therapy*, 29, 105-121.

- Endler, N.S., Hunt, J.McV. y Rosenstein, A.J. (1962) An S-R Inventory of Anxiousness. *Psychological Monographs*, 76, (todo el n° 536).
- Endler, N.S. y Okada, M. (1975) A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R Inventory of General Trait Anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-329.
- Endler, N.S., Parker, J.D., Bagby, R.M. y Cox, B.J. (1991). Multidimensionality of state and trait anxiety: Factor structure of the Endler Multidimensional Anxiety Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 919-926.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the ESEMeD European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (suppl. 420), 21-27.
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L. y Sirigati, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 26-30.
- Fisher, P.L. y Durham, R.C. (1999). Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy. *Psychological Medicine*, 29, 1425-1434.
- Floyd, M., McKendree-Smith, N., Bailey, E., Stump, J., Scogin, F. y Bowman, D. (2002). Two-year follow-up of self-examination therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 369-375.
- Freeston, M.H y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 137-169). Madrid: Siglo XXI.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J. y Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and Individual Differences, 17, 791-802.
- Froján, M.X. (2005). Aplicación del entrenamiento en manejo de ansiedad a un problema de ansiedad generalizada. En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Coords.), *Terapia psicológica: Casos prácticos* (pp. 113-134). Madrid: Pirámide.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C. y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Gammans, R.E., Stringfellow, J.C., Hvizdos, A.J., Seidehamel, R.J., Cohn, J.B., Wilcox, C.S., Fabre, L.F., Pecknold, J.C., Smiyh, W.T. y Rickels, K. (1992). Use of buspirone in patients with generalized anxiety disorder and coexisting depressive symptoms. *Neuropsychobiology*, 25, 193-201.
- Gosselin, P. y Laberge, B. (2003). Les facteurs étiologiques du trouble d'anxiété généralisée: état actuel des connaissances sur les facteurs psycho-sociaux. *L'Encéphale*, XXIX, 351-361.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M.H., Ladouceur, R., Dugas, M.J. y Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire d'Évitement Cognitif (QEC) : Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents, *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12, 24-37.
- Gould, R.A., Otto, M.W., Pollack, M.H. y Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 283-305.
- Hamilton, M.A. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hettema, J.M., Neale, M.C. y Kendler, K.S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568-1578.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M.M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., Andrews, G. y Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 602-612.
- Hewitt, P.L. y Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hunt, C., Issakidis, C. y Andrews, G. (2002). DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 32, 649-659.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. y Grebb, J.A. (1996). Sinopsis de psiquiatría (7ª ed.). Buenos Aires: Panamericana. (Original de 1994.)
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mendel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A. y Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H-U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M.H. y Dugas, M.J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 139-152.
- Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Ladouceur, R., Léger, E., Dugas, M., y Freeston, M.H. (2004). Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder (GAD) for older adults. *International psychogeriatrics*, 16, 195-207.
- Ladouceur, R., Talbot, F. y Dugas, M.J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. *Behavior Modification*, 21, 355-371.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Linden, M., Zubaegel, D., Baer, T., Franke, U. y Schlattmann, P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders; results of a controlled clinical trial (Berlin CBT-GAD study). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 36-42.
- Lindsay, W.R., Gamsu, C.V., McLaughlin, E., Hood, E.M. y Espie, C.A. (1987). A controlled trial of treatments for general-

- ized anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 3-15.
- Lieb, R., Becker, E. y Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology* 15, 445-452.
- Lovibond, P.F. y Lovibond, S.H. (1995a). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sidney: Psychology Foundation of Australia.
- Lovibond, P.F. y Lovibond, S.H. (1995b). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Lydiard, R.B., Brawman-Mintzer, O. y Ballenger, J.C. (1996). Recent developments in the pharmacology of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 660-668.
- March, J.S., Parker, J.D.A., Sullivan, K., Stallings, P. y Conners, C.K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.
- Marks, I.M. y Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating scale for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- 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.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano, A. (1997). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA (3ª ed.)*. Madrid: TEA.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131, 785-795.
- Mohlman, J. (2004). Psychosocial treatment of late-life generalized anxiety disorder: current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 24, 149-169.
- Mora, M. y Raich, R.M. (2005). *Autoestima*. Madrid: Síntesis.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B. y de Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.
- Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. y Bogie, N. (2001). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323-336.
- Muris, P., Meesters, C. y Gobel, M. (2001). Reliability, validity, and normative data of the Penn State Worry Questionnaire in 8-12-yr-old children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 63-72.
- Muris, P., Meesters, C. y van Melick, M. (2002). Treatment of childhood anxiety disorders: A preliminary comparison between cognitive-behavioral group and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 143-158.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H. y Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.
- Newman, M.G., Consoli, A. y Taylor, C.B. (1997). Computers in assessment and cognitive behavioral treatment of clinical disorders: Anxiety as a case in point. *Behavior Therapy*, 28, 211-235.
- Nordhus, I.H. y Pallesen, S. (2003). Psychological treatment of late-life anxiety: An empirical review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 643-651.
- Nuevo, R., Montorio, I. y Ruiz, M.A. (2002). Aplicabilidad del Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) a población de edad avanzada. *Ansiedad y estrés*, 8, 157-171.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación*. Madrid: Panamericana. (Original de 1994.)
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A.I. e Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19, 193-204.
- Öst, L-G y Breiholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 777-790.
- Power, K.G., Simpson, R.J., Swanson, V., Wallace, L.A., Feistner, A.T.C. y Sharp, D. (1990). A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam, and placebo, alone and in combination, for the treatment of generalised anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 267-292.
- Rapee, R.M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, 11, 419-440.
- Rapee, R.M. (1995). Trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobes (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1 (pp. 471-491)*. Madrid: Siglo XXI.
- Rapee, R.M., Craske, M.G., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27, 279-293.
- Rynn, M.A., Siqueland, L. y Rickels, K. (2001). Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of children with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2008-2014.
- Riskind, J.H., Beck, A.T., Brown, G. y Steer, R.A. (1987). Taking the measure of anxiety and depression: Validity of the Reconstructed Hamilton Scales. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 175, 474-479.
- 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.
- Roy-Byrne, P.P. y Cowley, D.S. (2002). Pharmacological treatment for panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia, and social anxiety disorder. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work (2ª ed., pp. 337-365)*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ruiz, C. (2000). *Atrévase a no ser perfecto: Cuando el perfeccionismo es un problema*. Barcelona: Grijalbo.

- Sanderson, W.C., Beck, A.T. y McGinn, L-K. (1994). Cognitive therapy for generalized anxiety disorder: Significance of comorbid personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 13-18.
- Sanderson, W.C., DiNardo, P.A., Rapee, R.M. y Barlow, D.H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Sandín, B. (1997). Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. Madrid: Dykinson.
- Schweizer, E. y Rickels, K. (1997). Placebo response in generalized anxiety: Its effect on the outcome of clinical trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (suppl. 11), 30-38.
- Shafran, R., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K. y Raj, B.A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl. 3), 89-95.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Vagg, P.R. y Jacobs, G.A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Stanley, M.A., Diefenbach, G.J. y Hopko, D.R. (2004). Cognitive behavioral treatment for older adults with generalized anxiety disorder. A therapist manual for primary care settings. *Behavior Modification*, 28, 73-117.
- Stanley, M.A., Beck, J.G. y Glassco, J.D. (1996). Treatment of generalized anxiety in older adults: A preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behavior Therapy*, 27, 565-581.
- Stanley, M.A., Beck, J.G., Novy, D.M., Averill, P.M., Swan, A.C., Diefenbach, G.J. y Hopko, D.R. (2003). Cognitive-behavioral treatment of late-life generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 309-319.
- Suinn, R.M. (1993). Entrenamiento en manejo de la ansiedad. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1990.)
- Tallis, F., Davey, G.C.L. y Bond, A. (1994). The Worry Domains Questionnaire. En G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 285-297). Nueva York: Wiley.
- Tallis, F., Eysenck, M. y Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of nonpathological worry. *Personality and Individual Differences*, 13, 161-168.
- Taylor, J.A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285-290.
- 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.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Stanley, M.A. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? *Clinical Psychology Review*, 12, 257-270.
- van Rijsoort, S., Emmelkamp, P. y Vervaeke, G. (1999). The Penn State Worry Questionnaire and the Worry Domains Questionnaire: structure, reliability and validity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 297-307.
- van Velzen, C.J.M. y Emmelkamp, P.M.G. (1996). The assessment of personality disorders: Implications for cognitive and behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 655-668.
- Vasey, M.W. y Daleiden, E.L. (1994). Worry in children. En G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 185-207). Nueva York: Wiley.
- Wells, A. (1994). A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 289-299.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1995, 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23, 526-535.
- 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.
- Wells, A. y Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Wells, A. y Davies, M.I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Westen, D. y Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899.
- Wetherell, J.L., Gatz, M. y Craske, M.G. (2003). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 31-40.
- Wetherell, J.L., Hopko, D.R., Diefenbach, G.J., Averill, P.M., Beck, J.G., Craske, M.G., Gatz, M., Novy, D.M. y Stanley, M.A. (2005). Cognitive-behavioral therapy for late-life generalized anxiety disorder: Who gets better. *Behavior Therapy*, 36, 147-156.
- White, J. (1998). "Stress control" large group therapy for generalized anxiety disorder: two year follow-up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 237-245.
- White, J., Keenan, M. y Brooks, N. (1992). Stress control: A controlled comparative investigation of large group therapy for generalized anxiety disorder. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 97-114.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª ed.). Madrid: Prentice-Hall. (original de 1997.)
- Wisocki, P.A. (1988). Worry as a phenomenon relevant to the elderly. *Behavior Therapy*, 19, 369-379.
- Wittchen, H-U y Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl. 11), 15-19.
- Wittchen, H-U, Zhao, S., Kessler, R.C. y Eaton, W.W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Co-

- morbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 355-364.
- Woods, C.M., Chambless, D.L. y Steketee, G. (2002). Homework compliance and behavior therapy outcome for panic with agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 88-95.
- Yonkers, K.A., Dyck, I.R., Warshaw, M.G. y Keller, M.B. (2000). Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 176, 544-549.
- Yonkers, K.A., Warshaw, M.G., Massion, A.O. y Keller, M.B. (1996). Phenomenology and course of generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 308-313.
- Zimmerman, M. y Chelminski, I. (2003). Generalized anxiety disorder in patients with major depression: Is DSM-IV's hierarchy correct? *American Journal of Psychiatry*, 160, 504-512.
- Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 372-379.

APÉNDICE. Otros instrumentos de evaluación en el trastorno de ansiedad generalizada.

CUESTIONARIOS DE ANSIEDAD

Cuestionario Trimodal de Ansiedad (*Trimodal Anxiety Inventory, TAI*; Lehrer y Woolfolk, 1982, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). También conocido como *Somatic, Cognitive, Behavioral Anxiety Inventory*, trata de evaluar los aspectos somáticos, conductuales y cognitivos de la ansiedad a través de 36 ítems valorados de 0 a 8 según la frecuencia con la que ocurren. El cuestionario presenta tres escalas: somática (16 ítems), conductual (9 ítems) y cognitiva (11 ítems). Hay que señalar que la escala conductual está centrada en ansiedad social más que en ansiedad general. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y corcovan y Fischer (2000).

Escalas Multidimensionales de Ansiedad de Endler (*Endler Multidimensional Anxiety Scales, EMAS*; Endler y cols., 1991). Intenta evaluar el estado y rasgo de ansiedad. La escala de estado consta de 20 ítems, la mitad sobre aspectos cognitivos y de preocupación de la ansiedad y la otra mitad sobre aspectos autónomos y emocionales. La escala de rasgo contiene 60 ítems distribuidos en cuatro factores: evaluación social, peligro físico, situaciones ambiguas y actividades diarias. Esta escala correlaciona bajo con depresión. Ninguna de las escalas ha sido evaluada sistemáticamente con muestras clínicas. Datos normativos con universitarios americanos pueden verse en Endler, Denisoff y Rutheford (1998).

Endler, N.S., Denisoff, E. y Rutheford, A. (1998). Anxiety and depression: Evidence for the differentiation of commonly cooccurring constructs. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 149-171.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA (Miguel-Tobal y Cano, 1997). Se trata de un cuestionario en la línea del Inventario E-R de Ansiedad que consta de 224 ítems resultantes de la interacción parcial de 23 situaciones y 24 respuestas cognitivas (7), fisiológicas (10) y motoras (7) de ansiedad. El cliente contesta con qué frecuencia [de 0 (casi nunca) a 4 (casi siempre)] se da cada respuesta en cada situación. Pueden obtenerse a) tres puntuaciones de respuesta (cognitiva, fisiológica y motora) a través de las distintas situaciones, b) cuatro puntuaciones situacionales (ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica, ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana) calculadas sumando las distintas respuestas a las situaciones propias de cada una de las cuatro áreas, y c) una puntuación total. Existen baremos para hombres y mujeres en muestras normales y clínicas. Otra ventaja de este cuestionario es que el análisis individual de los ítems proporciona información muy útil de cara al tratamiento.

Cuestionario de Ansiedad Infantil (*Child Anxiety Scale, CAS*; Gillis, 1980, citado en Echeburúa, 1993c). Dirigido a niños de 6-8 años, consta de 20 elementos que se contestan en una hoja de dibujos según un formato sí/no. Existe una versión española publicada por TEA.

Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (*Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC*; March y cols., 1997). Sus 39 ítems, calificados de 1 a 4, evalúan cuatro dimensiones de la ansiedad: a) síntomas físicos (con dos subescalas: tensión/inquietud y somática/autónoma), b) ansiedad social (dividida en miedos de humillación/rechazo y ansiedad al actuar en público), c) ansiedad por separación, y d) evitación de daño (dividida en perfeccionismo y afrontamiento ansioso). El número de ítems de cada dimensión es 9, salvo la primera que tiene 12. Además de las subpuntuaciones, puede calcularse una puntuación total.

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (*Spence Children's Anxiety Scale, SCAS*; Spence, 1998). Consta de 44 ítems, valorados según una escala de frecuencia de 0 a 3, los cuales pretenden evaluar un amplio espectro de síntomas de ansiedad. Treinta y ocho ítems hacen referencia a

síntomas específicos de ansiedad y 6 son ítems positivos de relleno para reducir el sesgo de respuesta negativo; no cuentan para la puntuación total. Aparte de esta, pueden calcularse seis subpuntuaciones que corresponden a seis factores de primer orden correlacionados entre sí que cargan en un factor de segundo orden denominado ansiedad en general. Las seis subpuntuaciones son ansiedad por separación (6 ítems), pánico/agorafobia (9 ítems), fobia social (6 ítems), miedo al daño físico (5 ítems; corresponde a fobias específicas), problemas obsesivo-compulsivos (6 ítems) y ansiedad generalizada (6 ítems centrados en preocupaciones y síntomas físicos).

Cuestionario para Trastornos Emocionales Infantiles Relacionados con la Ansiedad – Revisado (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised, SCARED-R*; Muris y cols., 1999, 2001). Consta de 66 ítems que valoran de 0 a 2 la frecuencia de diversos síntomas de ansiedad. Aparte de una puntuación total, se obtienen puntuaciones en 9 subescalas: trastorno de ansiedad generalizada (13 ítems centrados en preocupaciones), trastorno de ansiedad por separación (12 ítems), fobia social (4 ítems), trastorno de pánico (13 ítems), trastorno obsesivo-compulsivo (9 ítems), fobia específica (tipo animal, 3 ítems), fobia específica (tipo sangre-inyección-daño, 7 ítems) y fobia específica (tipo situacional-ambiental, 3 ítems). La versión original de este cuestionario tiene sólo 41 ítems y cinco subescalas: pánico/síntomas somáticos, ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia social y fobia escolar.

Inventario E-R de Ansiedad (*S-R Inventory of Anxiousness, SRIA*; Endler, Hunt y Rosenstein, 1962). Es un cuestionario con especificidad situacional y de respuesta que consta por una parte de 11 situaciones que pueden dividirse en tres tipos: amenaza interpersonal, peligro físico, ambigüedad/novedad; y por otra de 14 modos de respuesta que pueden agruparse en las categorías de temor/evitación, agrado/aproximación y activación autónoma. La intensidad o frecuencia de cada respuesta es valorada en una escala de 1 a 5. Puede consultarse en Carroles y Díez-Chamizo (1987).

Inventario E-R de Rasgo General de Ansiedad (*S-R Inventory of General Trait Anxiousness, SRIGTA*; Endler y Okada, 1975). Pretende medir el rasgo de ansiedad desde una perspectiva multidimensional y ha sido más utilizado en psicología de la personalidad que en clínica. Está basado en el Inventario E-R de Ansiedad, pero en vez de presentar situaciones concretas, enumera cuatro categorías generales de situaciones: interacción con otras personas, daño físico, novedad, actividades diarias. Existen 9 modos de respuesta que pueden agruparse en las categorías de temor/evitación, agrado/aproximación y activación autónoma. La intensidad o frecuencia de cada respuesta es valorada en una escala de 1 a 5. Puede consultarse en Comeche, Díaz y Vallejo (1995).

Escalas de Ansiedad y Depresión de Leeds (*The Leeds Scales for the Self-Assessment of Anxiety and Depression Scale, LSSAAD*; Snaith, Bridge y Hamilton, 1976, citado en Bueno y Buceta, 1997). A través de sus 22 ítems, puntuados de 0 a 3, pretende evaluar el estado de ánimo ansioso y deprimido experimentado en los últimos días. Se distinguen cuatro subescalas: ansiedad específica, depresión específica, ansiedad general y depresión general, aunque ciertos ítems puntúan tanto en la escala específica como general de ansiedad o de depresión. Puede calcularse también una puntuación diferencial entre depresión específica y ansiedad específica que indica si predominan los síntomas de depresión, los de ansiedad o si se trata de casos mixtos. La escala puede consultarse en Bueno y Buceta (1997).

Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (*The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*; Zigmond y Snaith, 1983, citado en Echeburúa, 1993a, 1993b, 1993c). Fue construida para detectar estados de ansiedad y depresión en centros hospitalarios o de atención primaria no psiquiátricos. Se enfatizan más los aspectos psicológicos que los somáticos para evitar falsos positivos cuando se aplica a los pacientes para los que fue diseñada: aquellos que acuden enfermos a los centros citados. La escala consta de 14 ítems que el sujeto valora de 0 a 3 según

cómo se haya sentido la semana pasada (en relación a esto, parecería preferible cambiar el tiempo presente de los verbos por el pretérito pasado). Se obtienen dos puntuaciones, una de ansiedad y otra de depresión, aunque hay una correlación como mínimo moderada entre ambas escalas. La adaptación realizada en nuestro país por Caro e Ibáñez puede consultarse en Comeche, Díaz y Vallejo (1995), de las Cuevas y cols. (1995) y Echeburúa (1993a, 1993b, 1993c). Valores normativos y la escala en inglés pueden consultarse en Bedford, de Pauw y Grant (1997). Crawford y cols. (2001) también dan datos normativos para una muestra no clínica numerosa. De las Cuevas y cols. (1995) presentan medias y desviaciones típicas de pacientes con trastornos de ansiedad o afectivos.

Bedford, A., de Pauw, K. y Grant, E. (1997). The structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): An appraisal with normal, psychiatric and medical patients subjects. *Personality and Individual Differences*, 23, 473-478.

Crawford, J.R., Henry, J.D., Crombie, C. y Taylor, E.P. (2001). Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 429-434.

De las Cuevas, C., García-Estrada, A. y González de la Riverra, J.L. (1995). "Hospital Anxiety and Depression Scale" y psicopatología afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11, 126-130.

Cuestionario de Control de la Ansiedad (*Anxiety Control Questionnaire, ACQ*; Rapee y cols., 1996). A través de sus 30 ítems, valorados de 0 a 5 según el grado en que se esté de acuerdo con ellos, evalúa el control percibido sobre las reacciones y síntomas de ansiedad ("puedo relajarme normalmente cuando quiero") y las amenazas y problemas externos ("poco puedo hacer para influir en los juicios de la gente sobre mí"). Se han identificado provisionalmente dos factores correspondientes a estos dos tipos de aspectos (reacciones emocionales y eventos externos). Se supone que una baja puntuación en este cuestionario tras el tratamiento indicaría una mayor probabilidad de recaída. El instrumento puede consultarse en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

ESTUDIOS CONTROLADOS SOBRE TRATAMIENTO DE TAG

Estudio y pacientes (abandonos)	Tratamiento	Post	Seguimiento
Woodward y Jones (1980) 27 (0)	1. EAI + E 2. Desensibilización de afrontamiento (RP + E) 3. EAI + RP + E 4. Sin tratamiento	1 = 2 = 3 = 4 en general 3, 2 > 1 en ansiedad diaria	
Jannoun y cols. (1982) 26 (0)	1. EMA de Suinn + EAI 2. LE	1 > 2	Se mantiene mejora (3 meses)
Barlow y cols. (1984) 9 (0)	1. RP + BRA EMG + RC + E 2. LE	1 > 2	Se mantiene mejora (3 a 12 meses)
Blowers y cols. (1987) 95 (29)	1. RP + RC (sin E) 2. Terapia no directiva 3. LE	1 > 3 1 = 2, 2 = 3	1 = 2 (6 meses)
Borkovec y cols. (1987) 42 (12) Universitarios con TAG Terapeutas noveles	1. RC + RP + E 2. Terapia no directiva + RP	1 > 2	---
Butler y cols. (1987)	1. EMA 2. LE	1 > 2	1 > 2 (6 meses)
Durham y Turvey (1987) 47 (6)	1. RC + técnicas conductuales 2. RP + distracción + E + EAI + estrategias generales solución problemas	1 = 2	1 > 2 (6 meses)
Lindsay y cols. (1987) 40 (0)	1. RC + RP + E 2. EMA de Suinn 3. Loracepam (descontinuado en última semana) 4. LE	1, 2, 3 > 4 1 = 2 = 3 1 tiende a ser mejor en clientes recuperados	1 = 2 (3 meses) Grupo 3 sigue con medicación
Borkovec y Mathews (1988) 32 (2)	1. RC + RP + E 2. Terapia no directiva + RP 3. Desensibilización de afrontamiento (similar a EMA de Suinn)	1 = 2 = 3	1 = 2 = 3 (12 meses)
Power y cols. (1989)	1. RC + RP + E 2. Diacepam 3. Placebo farmacológico	1 > 2, 3	1 > 2, 3 (12 meses)
Power y cols. (1990) 108 (7)	1. RC + RP + E 2. 1 + diacepam 3. 1 + placebo farmacológico 4. Diacepam 5. Placebo farmacológico	1, 2 > 4, 5 1 = 2 = 3	1, 2 > 4, 5 1 = 2 = 3 (6 meses)
Butler y cols. (1991) 57 (5)	1. RC + E 2. EMA sin componentes cognitivos 3. LE	1, 2 > 3 1 > 2	1 > 2 (6 meses)
Barlow y cols. (1992) 65 (21)	1. RP + E 2. RC + E 3. RP + RC + E 4. LE	1, 2, 3 > 4 1 = 2 = 3	1 = 2 = 3 (6, 12 y 24 meses)
White, Keenan y Brooks (1992), White (1998) 119 (9) Terapia didáctica en grupos de 20	1. RC 2. RP + Res + E 3. RC + RP + Res + E 4. Placebo psicológico 5. LE	1, 2, 3, 4 > 5 1 = 2 = 3 = 4	1 = 2 = 3 = 4 (6 y 24 meses)
Borkovec y Costello (1993) 66 (11)	1. RC breve + RA + E 2. RA 3. Terapia no directiva	1, 2 > 3 1 = 2	1 > 2, 3 (a nivel clínico) (12 meses)

Rice y cols. (1993) 57 (12)	1. BRA EMG 2. BRA aumento ondas alfa 3. BRA reducción ondas alfa 4. Pseudomeditación 5. LE	1 = 2 = 3 = 4 = 5 Todos mejoran menos LE	1 = 2 = 3 (1 mes)
Durham y cols. (1994, 1999) 99 (19) Terapeutas noveles en 2	1. RC + técnicas conductuales 2. RP + resolución problemas 3. Psicoterapia analítica	1 > 3 1 = 2	1 > 2 > 3 (6 y 12 meses)
Stanley y cols. (1996) 46 (15)	1. RP + RC + E 2. Terapia no directiva	1 = 2	1 = 2 (6 meses)
Ladouceur y cols. (2000) 26 (0)	1. TCC centrada en la preocupación. ^a 2. LE	1 > 2	Se mantiene la mejora (6 y 12 meses)
Öst y Breitholtz (2000) 36 (3)	1. RA 2. RC + EV	1 = 2	1 = 2 (12 meses)
Borkovec y cols. (2002)	1. RA 2. RC 3. RC + RA	1 = 2 = 3	1 = 2 = 3 (6, 12 y 24 me- ses)
Bond y cols., 2002	1. Buspirona + RP + RC 2. Buspirona + terapia no directiva 3. Placebo + RP + RC 4. Placebo + terapia no directiva	1 = 2 = 3 = 4	
Arntz (2003)	1. RA 2. Terapia cognitiva de Beck (con experimentos conductuales, pero sin exposición para habituarse)	1 = 2	1 = 2 (6 meses)

BRA = Biorretroalimentación

E = exposición graduada imaginal y en vivo a situaciones inductoras de ansiedad

EAI = entrenamiento autoinstruccional

EMA incluye relajación progresiva, distracción, control de pensamientos perturbadores, exposición gradual, identificación de los propios puntos fuertes, actividades gratificantes.

EMA de Suinn implica la aplicación de habilidades de relajación durante la exposición graduada, primero imaginal y luego en vivo, a situaciones inductoras de ansiedad.

EV = exposición en vivo a situaciones inductoras de ansiedad

LE = lista de espera

RA = relajación aplicada de Öst

RC = reestructuración cognitiva (terapia cognitiva de Beck)

Resp = entrenamiento en respiración

RP = relajación progresiva

^a Discriminación del tipo de preocupaciones, corrección de las creencias erróneas sobre la utilidad de las preocupaciones, resolución de problemas con énfasis en la etapa de orientación, exposición funcional cognitiva.