UNIVERSITAT DE BARCELONA

Facultat de Psicologia
Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Arturo Bados

26 de enero de 2009

ÍNDICE

NATURALEZA 2
EDAD DE COMIENZO Y CURSO 6
FRECUENCIA 7
PROBLEMAS ASOCIADOS 8
GÉNESIS Y MANTENIMIENTO 9
EVALUACIÓN 14
- Entrevista 15
- Cuestionarios y escalas de valoración 17
  - Cuestionarios de tipo diagnóstico 17
  - Cuestionarios de ansiedad 18
  - Cuestionarios de preocupaciones 21
  - Cuestionarios sobre otros aspectos relacionados 23
  - Cuestionarios de interferencia o discapacidad 26
- Autorregistros 26
- Observación 27
- Significación clínica 27

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO 28
- Eficacia del tratamiento psicológico 29
  - Tamaño del efecto, significación clínica y mantenimiento de los resultados 32
  - Variables predictoras 34
- Utilidad clínica del tratamiento psicológico 35
- Tratamiento del grupo de Barlow 37
  - Entrenamiento en relajación 37
  - Reestructuración cognitiva 39
  - Exposición a la preocupación 40
  - Cambio de las conductas de preocupación 43
  - Organización del tiempo 44
  - Resolución de problemas 46
- Tratamiento del grupo de Dugas 46
  - Psicoeducación y entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones 47
  - Reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual 47

Reevaluación de la utilidad de la preocupación 48
Entrenamiento en resolución de problemas 52
Exposición imaginal 54
Prevención de recaídas 57
Tratamiento del perfeccionismo patológico 57
Tratamiento de niños y adolescentes 59
NUEVAS PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO 63
Terapia integradora 63
Terapia metacognitiva 65
Terapia conductual basada en la aceptación 66
Terapia de regulación de las emociones 67
TRATAMIENTO MÉDICO 67
TABLAS 71
REFERENCIAS 89

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 (lo usual es que haya bastante más de dos áreas de preocupación). 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 oiría 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 intentado suicidar y por si su supervisor desaprobaba lo que hacía. d) Una **estudiante** estaba preocupada porque creía que no rendía lo suficiente, que no estaba a la altura de sus compañeros, que no tenía tiempo suficiente para prepararse, que no lograría superar los exámenes y que tendría que abandonar la carrera. e) Un **paciente** se preocupaba por comentarios que había hecho a los amigos, por lo que estos pudieran pensar de su forma de vestir, por no tener opiniones tan fundadas como ellos y por si podían dejarle de lado. f) **Otro paciente** estaba preocupado por la posibilidad de que él o alguien de su familia cayera gravemente enfermo y por la posibilidad de quedarse sin trabajo y de que su pareja le abandonara.

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

- **Salud**. Preocupaciones por posibles problemas de salud de uno mismo o de otros, imágenes de enfermedad, preocupaciones por la incapacidad de afrontar la propia enfermedad o la de otros.

- **Amigos/familia**. Preocupaciones por ser un buen progenitor o amigo, por la felicidad, bienestar o seguridad de la familia o amigos y por si uno está diciendo o haciendo las cosas adecuadas respecto a ellos.

- **Trabajo/escuela**. Preocupaciones por terminar todas las tareas de un día o semana, por si uno está funcionando al nivel que se espera y por si comete errores.

- **Economía**. Preocupaciones por pagar las facturas o tener dinero suficiente para el futuro.

- **Vida cotidiana**. Preocupaciones por ser puntual, por presentar una buena apariencia, por el tráfico, por las tareas doméstica.

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., hipertiroidismo) **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 primero 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). Se ha dicho que la preocupación se describe bien con la frase: "**¿Qué pasaría si...?**" (Dugas y Robichaud, 2007).

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."* Como se explicará después, las preocupaciones estén muy relacionadas con la intolerancia a la incertidumbre (Dugas y Ladouceur, 1997; Dugas et al., 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, qué tostadora comprar o qué libro leer)? 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 personas normales (para una posible matización de esto último, véase Becker et al., 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 personas "normales", las personas con TAG se pasan más tiempo preocupados diariamente (55 ± 63 contra 310 ± 195 minutos en el estudio de Dupuy et al., 2001), informan de más preocupaciones no precipitadas por algo y tienen preocupaciones menos realistas, percepciones de menor controlabilidad y más áreas de preocupación (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 Robichaud (2007) han distinguido **dos tipos de preocupaciones** y han remarcado que cada tipo, como se verá más adelante, requiere una intervención diferente. Los dos tipos son:

a) Preocupaciones que atañen a **problemas actuales** (el problema ya existe); p.ej., preocuparse por las consecuencias de haber discutido con un amigo, por la sobrecarga laboral que se padece, por lo que costará hacer una reparación, por el retraso escolar de un hijo.

b) Preocupaciones que tienen que ver con **situaciones hipotéticas** (el problema no existe todavía y en muchos casos no existirá); p.ej., preocuparse porque el marido pueda tener un accidente de coche, por poder desarrollar cáncer o por perder el puesto de trabajo sin que haya nada que lo indique.[1]

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

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 Hunt, Issakidis y Andrews (2002) y Wittchen et al. (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 últimas no son simplemente preocupaciones excesivas sobre problemas cotidianos o de la vida real, sino cogniciones experimentadas como intrusas e inaceptables (egodistónicas) que adoptan frecuentemente la forma de impulsos e imágenes añadidos a los pensamientos. En cambio, las preocupaciones son egosintónicas y su contenido no suele ser visto como inapropiado. Por otra parte, la mayoría de las obsesiones van

[1] Inicialmente, Dugas y Ladouceur (1997) distinguieron tres tipos de preocupaciones en el TAG que se referían 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 redujeron a dos. Así, Dugas et al. (1998) clasificaron las preocupaciones según se refirieran 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 et al. (2000) distinguieron 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).

acompañadas de compulsiones dirigidas a reducir la ansiedad asociada con aquellas. Finalmente, el contenido de las obsesiones tiende a ser estático, mientras que el de las preocupaciones puede cambiar de día a día (*American Psychiatric Association*, 1994/1995; Dugas y Robichaud, 2007; Turner, Beidel y Stanley, 1992).

Las **preocupaciones también deben ser distinguidas de las rumiaciones depresivas**. Las preocupaciones tienden a centrarse en posibles eventos negativos en el futuro, mientras las rumiaciones se focalizan en eventos negativos que ya han sucedido. Aunque una preocupación puede referirse a un acontecimiento pasado, el centro de atención principal radica en las posibles repercusiones futuras. Así, la persona que se preocupa por algo que dijo en una reunión, está realmente preocupada por las consecuencias que podría tener eso que dijo (Dugas y Robichaud, 2007).

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 sólo moderado. En el estudio de Slade y Andrews (2001), menos del 50% de los diagnosticados por un sistema fueron también diagnosticados por el otro. Ambos sistemas parecen estar diagnosticando diferentes tipos de personas. **La CIE-10 parece representar una forma más leve del TAG** al no exigir que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar y que haya interferencia en la vida. Además, la exigencia de síntomas de activación autónoma no parece muy justificada, ya que son los síntomas de hipervigilancia y tensión los que están fuertemente correlacionados con otras medidas del TAG.

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 (Rapee, 1995), aunque otros consideran que la personalidad ansiosa (p.ej., neuroticismo) es un factor de vulnerabilidad para el TAG que es necesario, pero no suficiente. La mitad de los pacientes con TAG informan 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 et al. (2001) con una muestra clínica la edad media fue de 20,6 años (DT = 11,5) y en el de Léger et al. 1999, citado en Gosselin y Laberge, 2003), 25 años. En un estudio epidemiológico, la edad mediana fue 31 años (Kessler, Berglund et al., 2005). El trastorno es menos frecuente a partir de los 60 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 et al., 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 psicológico, quizá porque las personas acepten el trastorno como una forma de ser o porque son tratados por médicos generales que prescriben ansiolíticos.

FRECUENCIA

La siguiente tabla presenta distintos tipos de prevalencia del trastorno a partir de estudios epidemiológicos realizados con muestras grandes y siguiendo criterios del DSM-IV. La prevalencia global se refiere a tener el trastorno en algún momento de la vida.

Tipo	Prevalencia	País	Estudios
- Actual	2,8	Australia	Hunt, Issakidis y Andrews (2002)
- Anual	1-1,5	Europa	ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004); Loeb, Becker y Altamura (2005)
	1,5	Alemania	Carter et al. (2001)
	2,1	EE.UU.	Grant et al. (2005)
	3,1	EE.UU.	Kessler, Chiu et al. (2005)
	3,6	Australia	Hunt, Issakidis y Andrews (2002)
- Global	0,8-2,8	Europa	Loeb, Becker y Altamura (2005)
	4,1	EE.UU.	Grant et al. (2005)
	5,7	EE.UU.	Kessler, Berglund et al. (2005)

En el *National Comorbidity Survey Replication* (Kessler, Chiu et al., 2005), el 32,3% de los casos con prevalencia anual fueron graves, el 44,6% moderados y el 23,1%, leves. En el mismo estudio epidemiológico, se estimó que hasta los 75 años un 8,3% habrán desarrollado el trastorno (Kessler, Berglund et al., 2005).

Loeb, Becker y Altamura (2005) han revisado varios estudios realizados en Europa; con crite-

rios DSM-IV la prevalencia anual en la mayoría de los estudios ha estado entre 1,3% y 1,5%; y la global entre 0,8% y 2,8%. Las prevalencias son más altas (p.ej., actual: 3,1%, global: 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. Por otra parte, la prevalencia del TAG en Europa parece menor que en EE.UU. y Australia, aunque faltan comparaciones directas.

En adolescentes se piensa que el TAG es el trastorno de ansiedad más frecuente. 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 et al., 1998, citado en Wittchen y Hoyer, 2001).

Alrededor del **60-70%** de las personas con TAG son **mujeres** (Carter et al., 2001; Dugas y Ladouceur, 1997; Grant et al., 2005; Kessler et al., 1994; Wittchen et al., 1994). El TAG es también más frecuente en aquellos mayores de 24 años y menores de 55, en los separados/viudos/divorciados, en aquellos con menores ingresos, en los desempleados y en las amas de casa (Grant et al., 2005; Hunt, Issakidis y Andrews, 2002; Wittchen et al., 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.

PROBLEMAS ASOCIADOS

A la hora de establecer un diagnóstico, El TAG debe ser distinguido de otros trastornos (hipocondría, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión mayor y distimia), aunque conviene tener en cuenta que puede coexistir con ellos y una persona presentar varios diagnósticos, ya sea en un momento dado (*comorbilidad concurrente*) o en distintos momentos de su vida (*comorbilidad longitudinal o vital*). El tema de los trastornos comórbidos será tratado a continuación, mientras que las cuestiones de diagnóstico diferencial pueden consultarse en Dugas y Robichaud (2007).

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 problemas 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, diarrea, gases, síndrome temporomandibular e incluso cáncer) (*American Psychiatric Association*, 1994/1995; Craske y Barlow, 2006; 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 93%** de los pacientes con TAG (sea este su diagnóstico principal o no) presentan o han presentado al menos otro problema asociado (Carter et al., 2001; Dugas y Ladouceur, 1997; Hunt, Issakidis y Andrews, 2002). En el estudio de Carter et al. (2001) el 93% de las personas con TAG (prevalencia anual) presentaron algún trastorno comórbido del eje I durante el año anterior. Y en el estudio de Hunt, Issakidis y Andrews (2002) el 68% de las personas con TAG (prevalencia mensual) presentaron algún trastorno comórbido del eje I o II durante el mes anterior. En este estudio el 45% de la personas con TAG (prevalencia mensual) presentaron algún trastorno afectivo (39% depresión mayor, 18% distimia), el 37% algún trastorno de ansiedad (21% fobia social, 14% trastorno de pánico con o sin agorafobia, 5% agorafobia, 12% trastor-

no por estrés postraumático, 6% trastorno obsesivo-compulsivo), el 13% algún trastorno de uso de sustancias (8% abuso/dependencia del alcohol, 6% abuso/dependencia de otras drogas) y el 38% trastornos de personalidad. El 21% de la personas con TAG presentaron un trastorno adicional, el 19% dos y el 28% tres o más trastornos. Otros trastornos comórbidos frecuentes hallados por Carter et al. (2001) fueron los somatoformes (48%).

En cuanto a **comorbilidad actual en pacientes con diagnóstico actual de TAG como trastorno principal**, Provencher, Ladouceur y Dugas (2006) hallaron que el **73%** de 90 pacientes con TAG recibieron además **al menos un diagnóstico adicional** de trastornos de ansiedad o depresivos del DSM-IV (53%, un diagnóstico adicional; 27%, dos; 14%, tres; 5%, cuatro; y 1%, cinco). Asimismo, Brown et al. (2001) hallaron que de **120 pacientes** con TAG, 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). 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 et al. (1998), Dugas y Ladouceur (1997), Dugas y Robichaud (2007), Gosselin y Laberge (2003), Rapee (1995) y Wells (1995, 1997, 1999). Un ejemplo puede verse en la **figura 1**.

Si bien 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. Sea como sea, no parece haber una carga genética para el TAG como tal o, como mucho, esta no es muy grande (véase Hettema, Neale y Kendler, 2001). De todos modos, 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 ciertos estilos educativos (falta de afecto materno y sobreprotección paterna). En comparación a personas sin TAG, personas 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 de otros, 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, aborto tras embarazo no deseado 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 constatarse en estudios prospectivos.

Las personas 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, enfado/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) y Dugas y Robichaud (2007) 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, hacer atribuciones inadecuadas sobre los mismos, valorarlos como amenazas y sentirse frustrado y perturbado al encontrarse con problemas, no creer en la propia capacidad para resolverlos y mantener un punto de vista pesimista sobre los resultados; es decir, en general, las reacciones iniciales afectivas, cognitivas y conductuales a los problemas). Esto ha sido confirmado por Ladouceur et al. (1998).

En función de la historia anterior, las personas con TAG aprenden a estar hipervigilantes para descubrir las posibles amenazas, ya sean de tipo externo (discusión con un amigo, hijo que llega tarde) o interno (sensaciones físicas). Este **sesgo atencional hacia la información amenazante** puede ser automático: 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 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 (evaluada mediante pruebas de recuerdo o reconocimiento); esto sugiere una evitación cognitiva de la elaboración de esta información. En cambio, hay datos contradictorios de que exista un **sesgo de memoria implícita** (mayor número de segmentos de palabras completados con palabras amenazantes previamente vistas cuando se pide responder a los segmentos con la primera palabra que viene a la cabeza). Este último sesgo implicaría que la información amenazante es codificada a pesar de la evitación tras detectarla (Borkovec, 1994; Hayes y Hirsch, 2007; Rapee, 1995). Por otra parte, los niveles elevados de preocupación y ansiedad parecen estar asociados a una **menor capacidad de memoria de trabajo**, la que se necesita para implicarse simultáneamente en diferentes tareas cognitivas o cambiar entre las mismas. El hecho de que la preocupación reduzca la memoria de trabajo puede ayudar a explicar la perseverancia de la preocupación, ya que la persona tendría menos capacidad para redirigir sus pensamientos de la preocupación a la no preocupación.

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 (Hayes y Hirsch, 2007; 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). Esta intolerancia es más acusada en el TAG que en otros trastornos de ansiedad e incluye creencias de que la incertidumbre: a) es inaceptable y debe evitarse, b) provoca frustración, c) induce estrés, y d) inhibe la acción.

La **intolerancia a la incertidumbre contribuye** al desarrollo y mantenimiento de las preocupaciones tanto **directamente** (mayor atención a eventos ambiguos, interpretación de estos como amenazantes, exageración de la probabilidad de la amenaza, necesidad de mayor información a la hora de tomar decisiones) 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).

Dugas et al. (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 personas no clínicas, aunque todos contribuyeron significativamente. En otros trabajos mencionados por Dugas et al. (2007), la intolerancia a la incertidumbre fue mayor en pacientes con TAG que en pacientes con otros trastornos de ansiedad y además, estuvo más fuertemente relacionada con la preocupación que con otros síntomas ansiosos y depresivos. 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). Finalmente, en otro trabajo (Dugas et al., 2007), los cuatro elementos del modelo predijeron la gravedad del TAG, especialmente la intolerancia a la incertidumbre y la orientación negativa hacia los problemas.

Según Dugas y Robichaud (2007), la **intolerancia a la incertidumbre** facilita los **sesgos cognitivos antes mencionados** (atención sesgada hacia la amenaza, interpretación de la información ambigua como amenazante) y 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), la cual, a su vez, interfiere con la puesta en marcha de las habilidades de resolución de problemas. Todos estos factores están implicados en el 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 proble-

mas), la preocupación constante en un intento de prevenir la amenaza. Una vez que una preocupación se pone en marcha, **perdura hasta que** la situación origen de la misma cambia (p.ej., desaparece una mancha que preocupaba), hasta que surge otra fuente de preocupación más potente o hasta que la persona pasa a considerarla poco útil e incluso aversiva.

Las **creencias de que las preocupaciones son útiles** contribuyen de modo notable al mantenimiento de estas últimas, aunque algunos autores (Dugas et al., 2007) han señalado que pueden jugar un papel más importante en los primeros estadios del trastorno que en estadios posteriores. 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 allegadas. Los pacientes con TAG, los cuales tienden a sobrestimar la utilidad de sus preocupaciones, informan básicamente de seis tipos de creencias. **Estas creencias son informadas más frecuentemente por pacientes con TAG** que por personas sin TAG (Borkovec, 1994; Dugas y Koerner, 2005; Dugas y Robichaud, 2007), aunque no todos los pacientes las presentan.

- **Preocuparse ayuda a descubrir medios de evitar lo que se teme y, más en general, es un medio eficaz de resolver problemas**. No se ha investigado con qué frecuencia se generan soluciones eficaces. Cuando estas ocurren, la creencia se refuerza.

- **Preocuparse motiva a llevar a cabo lo que hay que hacer**. La realización de la acción refuerza el papel de la preocupación como una estrategia motivacional; a su vez, lo que se ha realizado queda reforzado negativamente por la desaparición del malestar emocional asociado al estado de preocupación.

- **Preocuparse prepara para lo peor, protege de las emociones negativas**. Esto es, preocuparse por un evento negativo ayuda a prepararse para su ocurrencia; de este modo, se mitiga la reacción emocional ante el acontecimiento negativo, dado que ocurra.

- **Preocuparse puede por sí mismo evitar la ocurrencia de consecuencias negativas o hace menos probable que ocurran**. Este es un pensamiento mágico o supersticioso. 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.

- **Preocuparse ayuda a no 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. Esta creencia se vería reforzada negativamente por la evitación de temas emocionales más profundos.

- **Preocuparse es un rasgo positivo de personalidad**. Preocuparse indica que la persona es responsable, 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).[1] La reducción del procesamiento emocional implica la **disminución o supresión de los contenidos cognitivos amenazantes y de la actividad autónoma** de la experiencia de ansie-

dad. Las preocupaciones consisten básicamente en pensamientos verbales poco concretos o elaborados respecto a la amenaza percibida (de hecho, se evita, en general, pensar en los peores resultados posibles) y estos pensamientos tienen un efecto cardiovascular mucho menor que la imaginación del mismo material emocional. La preocupación **evita o reduce drásticamente la imaginación amenazante y reduce o previene a corto plazo el afecto negativo**, pero contribuye a mantener las interpretaciones de amenaza, ya que **disminuye en gran medida la posibilidad de procesar otra información externa o interna que permitiría situar en perspectiva aquello que se teme**.

Mientras que la preocupación previene implícitamente el procesamiento emocional de la información amenazante, este efecto puede lograrse también a través de diversas estrategias deliberadas de **evitación cognitiva** tales como la **supresión** de los pensamientos inquietantes, su **sustitución** por otros agradables o neutrales y la **distracción**. Estas estrategias contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza. Otro tipo de conductas defensivas (estrategias conductuales de evitación) serán comentadas un poco más abajo.

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 incertidumbre, pero aumenta la activación y la evitación tiene el efecto contrario. De este modo, los **paciente**s 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.

- **Conductas de preocupación**. Las preocupaciones generan ansiedad, la cual intenta ser controlada por los pacientes mediante determinadas conductas defensivas. Brown, O'Leary y Barlow (2001) entienden por conductas de preocupación **hacer** (evitación activa) **o no hacer** (evitación pasiva) ciertas actividades motoras 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 (repasándolo o preguntando a otros varias veces), 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, no delegar trabajos, posponer decisiones etc. Estas conductas de preocupación contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza.

Algunos autores (Newman et al., 2003) han sugerido que para evitar emociones dolorosas, los pacientes con TAG se comportan de un modo que aumenta la probabilidad de consecuencias interpersonales negativas. Así, evitan que otros conozcan cómo son y lo que sienten para evitar la crítica y el rechazo que anticipan. También pueden fallar en comunicar a otros lo que necesitan y quieren en sus relaciones, pero expresan enfado y decepción cuando sus necesidades emocionales no son satisfechas.

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

cuencias 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 y las conductas de preocupación, **interfieren en la vida** laboral, social y familiar de las personas afectadas (p.ej., hay mayor riesgo de divorcio), aumentan la probabilidad de problemas médicos (p.ej., hipertensión, dolor de cabeza, colon irritable, cáncer) e incrementan el empleo de servicios médicos y medicación (benzodiacepinas, 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 allegada 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, no puedo hacer nada para controlar las preocupaciones. Estas metapreocupaciones, o valoraciones negativas sobre preocuparse son más frecuentes en pacientes con TAG que en personas no ansiosas (Davis y Valentiner, 2000, 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, 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 eva-

luación 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 Emmpelkamp (1996) recomiendan pasar un cuestionario de trastornos de personalidad para identificar a pacientes con posibles trastornos de personalidad, los cuales deberán ser confirmados mediante entrevista.

Antony, Orsillo y Roemer (2001), Bobes et al. (2002) y Muñoz et al. (2002) describen una serie de instrumentos junto con sus propiedades psicométricas. Bados (1998) y Fuentes et al. (2005) también presenta información útil de cara a la evaluación del TAG. A continuación se presentan los métodos e instrumentos más importantes.

ENTREVISTA

La **Escala de Gravedad del Trastorno de Ansiedad Generalizada** (*Generalized Anxiety Disorder Severity Scale, GADSS*; Shear et al., 2006) es una entrevista breve centrada en los síntomas del TAG. Comienza con una lista de áreas de preocupación para identificar las situaciones que suscitan preocupación (p.ej., futuro, salud, familia, economía, trabajo). El resto de la escala incluye seis ítems: frecuencia de la preocupación, malestar debido a la preocupación, frecuencia de síntomas asociados, gravedad y malestar debidos a los síntomas asociados, deterioro laboral y deterioro social. Cada ítem es valorado por el entrevistador en una escala de gravedad de 0 a 4. El instrumento puede consultarse en la fuente original.

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 síntomas 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 et al. (1996, citado en Sandín, 1997).

Preguntas que pueden ser útiles en una entrevista clínica 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).

- Para establecer en qué grado cada preocupación es excesiva e incontrolable, se hacen,

para cada área de preocupación identificada, las preguntas que sean necesarias de las siguientes:

- ¿Qué porcentaje del día diría usted que se siente ansioso o preocupado acerca de…? ¿Considera que sus preocupaciones acerca de… son excesivamente frecuentes o duraderas?, esto es ¿considera que se preocupa demasiado acerca de…? ¿Considera que otras personas se preocuparían tanto como usted acerca de…? ¿Cuánta tensión o ansiedad le producen sus preocupaciones acerca de…?

- ¿Encuentra muy difícil dejar de preocuparse acerca de…? Si necesita concentrarse en otra cosa, ¿es capaz de quitarse de la cabeza la preocupación acerca de…? Si está intentando leer, ver la TV o trabajar, ¿su preocupación acerca de… le viene a la mente y le dificulta concentrarse en estas tareas?

- Cuando las cosas van bien, ¿todavía encuentra cosas que le preocupan y le ponen ansioso? ¿Se preocupa por no preocuparse o se preocupa cuando las cosas le van bien en la vida?

- En los últimos 6 meses ¿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?

- Descríbame 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, el Cuestionario de Áreas de Preocupación - Revisado, la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre, el *¿Por Qué Me Preocupo - II*? (o la Escala de las Consecuencias de Preocuparse), el Cuestionario de Evitación Cognitiva, el Cuestionario de Orientación Negativa hacia los Problemas y el Cuestionario de Meta-Preocupación.

Cuestionarios de tipo diagnóstico

Cuestionario de Preocupación y Ansiedad (*Questionnaire sur le Inquiétude et l'Anxiété*; *Worry and Anxiety Questionnaire, WAQ*; Dugas et al., 2001). Consta de 11 ítems agrupados en 6 preguntas que evalúan los criterios diagnósticos del TAG según el DSM-IV. La primera pregunta indaga por hasta seis temas de preocupación 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). Como suele ocurrir con los cuestionarios de tipo diagnóstico, el cuestionario proporciona muchos falsos positivos y pocos falsos negativos. El cuestionario puede consultarse en Caballo (2005) y, en inglés, en la fuente original y en Dugas y Robichaud (2007).

Cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada - IV (*Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV; GADQ-IV*; Newman et al. 2002). Consta de 9 ítems que evalúan los criterios diagnósticos del TAG según el DSM-IV. Todos los ítems se responden 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 la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001). Sandín (1997) presenta en castellano una adaptación de una versión previa de este cuestionario.

Cuestionarios de ansiedad

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

Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad (*State-Trait Anxiety Inventory, STAI*; Spielberger et al., 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, especialmente esta última (Grös et al., 2007). 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 et al. (2002) y Echeburúa et al. (1995).

Una mejora del STAI es el **Inventario de Estado-Rasgo para la Ansiedad Cognitiva y Somática** (*State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety, STICSA*; Ree et al., 2000, citado en Grös et al., 2007; Ree et al., 2008). Este inventario considera la ansiedad cognitiva y somática, tanto en su versión rasgo como estado, y correlaciona en menor medida con depresión. Tanto la forma estado como la forma rasgo constan de 21 ítems (10 para la ansiedad cognitiva y 11 para la somática) que se valoran en una escala de 1 a 4 según el grado en que caracterizan cómo se siente la persona ya sea en el momento presente (forma estado) o en general (forma rasgo). El inventario puede consultarse en inglés en Grös et al. (2007).

Otros cuestionarios que también 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 et al. (2002) y Echeburúa (1993a). Con el fin de mejorar la discriminación entre ansiedad y depresión, Riskind et al. (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 et al. (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. 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 et al. (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 et al., 1988; Beck y Steer, 1990). Es un cuestionario que evalúa estado prolongado de ansiedad y que ha sido 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. Algunos han señalado que el BAI evalúa principalmente síntomas del trastorno de pánico, pero otros argumentan que el trastorno de pánico puede representar simplemente un nivel más intenso de ansiedad que el TAG u otros trastornos de ansiedad. De todos modos, las instrucciones no preguntan sobre el grado en que se han experimentado los síntomas, sino sobre la medida en que han resultado molestos, algo que puede estar más relacionado con el miedo al miedo típico del trastorno de pánico (véase Wilson y cols., 1999 para más información). Puede consultarse en Botella y Ballester (1997), Comeche, Díaz y Vallejo (1995) y en Echeburúa (1993a, 1993b).

Inventario de Ansiedad de Beck – Versión Rasgo (*Beck Anxiety Inventory-Trait, BAIT*,

Kohn et al., 2008). Mientras que el BAI mide un estado prolongado de ansiedad, el BAIT evalúa el rasgo de ansiedad. Los ítems son los mismos, pero las instrucciones se refieren a cómo se siente la persona en general y la escala de 0 a 3 es una escala de frecuencia. Al igual que el BAI, minimiza la correlación con síntomas depresivos. Se han hallado dos factores (subjetivo y somático), aunque por el momento sólo ha sido estudiado en universitarios.

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. Esta última escala discrimina entre pacientes con TAG y pacientes con otros trastornos de ansiedad (Brown et al., 1997).

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 esto 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 (DASS-21)**, 7 por escala, el cual tiene las ventajas de ser más breve y presentar una estructura factorial más limpia y menores correlaciones entre factores (Antony et al., 1998; Bados, Solanas y Andrés, 2005). Según el análisis factorial de Henry y Crawford (2005), los tres factores del DASS-21 cargan en un factor de orden superior (malestar psicológico general), por lo que sería adecuado calcular también una puntuación total. El cuestionario puede consultarse en castellano en Bados (2000) (hay una versión hispana del DASS-21 en Daza et al., 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.

Inventario sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (Argyropoulos et al., 2007). Intenta evaluar el perfil de síntomas y la gravedad del TAG siguiendo los criterios propuestos por el DSM-IV y la CIE-10. Consta de 18 ítems que la persona valora según una escala de intensidad de 0 a 4. Se han hallado tres factores: cognitivo (ansiedad y preocupación, 7 ítems), somático (9 ítems) y sueño (sólo 2 ítems); estos factores cargan en un factor de orden superior. El factor cognitivo, pero no los otros dos, diferencia entre pacientes con TAG y pacientes con otros trastornos de ansiedad y/o depresión. El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original y en castellano en García-Portilla et al. (2008).

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 et al., 1990). Consta de 16 ítems que miden la tendencia a preocuparse 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. Once de los ítems están redactados de forma que indican preocupación y cinco, falta de problemas de preocupación. 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, el cual no parece tener un significado sustantivo, sino obedecer a un factor de método (incluye todos los ítems redactados inversamente). Por lo tanto, se aconseja emplear la puntuación de la escala total o la correspondiente a los ítems directos. 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.

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

Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania para Niños (*Penn State Worry Questionnaire for Children, PSWQC*; Chorpita et al., 1997). Es una adaptación del PSWQ para población infantil mayor de 6 años. De los 16 ítems originales, 14 han sido retenidos, ya sea en su forma original o escritos con otras palabras; 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 in-

tensidad 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 et al., 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 la persona debe valorar en qué medida le preocupa según una escala de 0 (nada en absoluto) a 4 (extremadamente). La puntuación total refleja la intensidad de preocupación y las puntuaciones de las seis áreas dan información sobre el contenido de las preocupaciones.

¿Por Qué Me Preocupo? (*Why Worry?, WW*; Freeston et al., 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 cuestionario no ha sido estudiado aún en muestras clínicas y ha sido sustituido por el ¿Por Qué Me Preocupo - II? El instrumento puede consultarse en la fuente original y en Caballo (2005).

¿Por Qué Me Preocupo - II? (*Why Worry II, WWS-II*; Gosselin et al., 2003). Evalúa las creencias que se tienen sobre la utilidad de las preocupaciones. 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 a actuar, preocuparse protege de las emociones negativas caso de que se dé un resultado negativo, preocuparse previene los resultados negativos (pensamiento mágico) y preocuparse es un rasgo positivo de personalidad. El cuestionario no ha sido estudiado aún en muestras clínicas, pero ha discriminado entre universitarios que, según un cuestionario, presentaban TAG o no. Una limitación de esta prueba es que muchas personas pueden no ser conscientes de las creencias evaluadas o que algunas personas pueden no querer reconocerlas. El WW-II puede consultarse en inglés en la fuente original, en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y en Dugas y Robichaud (2007).

Escala de las Consecuencias de Preocuparse (*Consequences of Worryig 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). Valores normativos de pacientes españoles pueden consultarse en Vázquez, Jiménez y Vázquez (2007).

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) y 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 et al., 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. Freeston et al. (1994) hallaron 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. Otros estudios no han replicado esta estructura, por lo que se aconseja utilizar la puntuación total. Puede aplicarse semanalmente porque su reducción indica que el tratamiento progresa bien. Esta escala no ha sido validada con muestras clínicas. El instrumento puede consultarse en Caballo (2005) y, en inglés, en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y en Dugas y Robichaud (2007).

Las elevadas intercorrelaciones entre los ítems de la IUS y la inestabilidad factorial de la

misma ha llevado a Carleton, Norton y Asmundson (2007) ha desarrollar una **versión abreviada de 12 ítems (IUS-12)**. Esta versión breve correlaciona muy alto con la original (0,96) y en muestras universitarias ha presentado una estructural bifactorial estable: ansiedad prospectiva (ansiedad basada en eventos futuros) y ansiedad inhibitoria (inhibición de la acción debido a la incertidumbre).

Cuestionario de Orientación Negativa hacia los Problemas (*Negative Problem Orientation Questionnaire, NPOQ*; Rochibaud y Dugas, 2005). Evalúa las actitudes negativas hacia la resolución de problemas. Consta de 12 ítems valorados de 1 a 5 según el grado en que se consideran característicos de uno al afrontar problemas. Hay tres ítems para cada uno de los siguientes aspectos: tendencia a ver los problemas como amenazas, ser pesimista respecto a los problemas a resolver, dudar de las soluciones posibles y dudar de la propia capacidad para resolver problemas. El instrumento es unifactorial y los ítems pueden consultarse en inglés en la fuente original y en Dugas y Robichaud (2007). Esta escala no ha sido validada con muestras clínicas.

Cuestionario de Evitación Cognitiva (*Questionnaire d'Évitement Cognitif; Cognitive Avoidance Questionnaire, CAQ*; Gosselin et al. 2003). Evalúa la tendencia a emplear estrategias de evitación cognitiva, es decir, estrategias dirigidas a evitar o expulsar las intrusiones cognitivas (p.ej., preocupaciones, obsesiones). Consta de 25 ítems que la persona valora de 1 a 5 según el grado en que los considera característicos de ella y que se distribuyen en cinco subescalas de cinco ítems cada una: la sustitución de pensamientos, la transformación de imágenes en pensamientos verbales, la distracción, la evitación de estímulos que disparan los pensamientos desagradables y la supresión de pensamientos. Un problema con el cuestionario es que algunas formas de evitación cognitiva (p.ej., evitación de imágenes concretas) puede no ser accesibles a la conciencia. El CAQ no ha sido aún estudiado en muestras clínicas, pero ha discriminado entre universitarios que, según un cuestionario, presentaban un nivel moderado o alto de preocupaciones. El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original y en Dugas y Robichaud (2007).

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, 1997). 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 et al., 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 los 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 Roemer (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 Assesssment Sca-*

le—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 un cuestionario de perfeccionismo 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 et al., 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 allegadas con relación al apoyo necesitado. Puede consultarse en Bobes et al. (1998, 2002).

Escala Autoevaluada de Discapacidad de Liebowitz (Liebowitz, 1987, citado en Bobes et al., 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 et al. (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. Un modelo de autorregistro puede verse en la **tabla 2**.

OBSERVACIÓN

Morris et al. (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 más o menos 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 retroalimentación y mirar a estímulos no pertinentes a la tarea.

SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

Borkovec y Costello (1993) han considerado las siguientes **ocho medidas** a la hora de establecer el nivel de mejora y de estado final de funcionamiento de un paciente: 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 Valoración 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 et al. (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

A continuación se expondrá el tratamiento del TAG como trastorno diferenciado de ansiedad. Sin embargo, existen **modelos transdiagnósticos de la ansiedad** que postulan una patología nuclear que subyace a todos los trastornos de ansiedad considerados por el DSM-IV y la CIE-10. Dentro de esta patología nuclear habría un factor específico de hiperactivación fisiológica y, compartido con la depresión, un factor general de afectividad negativa, esto es, una tendencia estable y heredable a experimentar una amplia gama de sentimientos negativos tales como preocupación, ansiedad, miedo, alteración, enfado, tristeza y culpabilidad[2]. Esta patología compartida, una comorbilidad entre trastornos de ansiedad mayor de la que sería esperable y la reducción de estos trastornos comórbidos al tratar sólo el trastorno principal hacen pensar que hay más similitudes que diferencias entre los distintos trastornos de ansiedad. Todo esto, junto con el hecho de que los programas cognitivo-conductuales para los distintos trastornos de ansiedad comparten muchos contenidos, ha llevado a algunos autores a desarrollar diversos protocolos dirigidos cada uno de ellos a tratar múltiples trastornos de ansiedad (principalmente, fobias, pánico y ansiedad generalizada; con menor frecuencia, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés postraumático); de este modo, pueden tratarse en grupo a pacientes con diversos trastornos de ansiedad.

Los **programas transdiagnósticos** de tratamiento pueden incluir elementos comunes a los distintos trastornos de ansiedad (educación, incremento de la motivación para implicarse en el tratamiento, entrenamiento en conciencia emocional, relajación, reestructuración cognitiva, expo-

[2] Mientras que una alta hiperactivación fisiológica caracterizaría a los trastornos de ansiedad, una baja afectividad positiva (o entusiasmo por la vida) sería típica de los trastornos depresivos.

sición, prevención de recaídas) y elementos específicos (exposición interoceptiva, asertividad). Según el metaanálisis de Norton y Philipp (2008), estos programas han logrado un alto tamaño del efecto pre-post (*d* = 1,29) que ha sido significativamente mayor que el de los grupos control (*d* = 0,14); además, las mejoras se han mantenido en seguimientos de hasta 6 meses. Falta comprobar si el tratamiento en grupos con trastornos de ansiedad diferentes es igual de eficaz que el tratamiento con grupos homogéneos; de ser así, se facilitaría la aplicación y propagación de la terapia cognitivo-conductual.

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 et al. (1997), Hunot et al. (2007), Mitte (2005) y Siev y Chambless (2007).

Todos los tratamientos incluyen un **componente educativo** sobre la ansiedad, la preocupación 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.

El procedimiento de **relajación aplicada** ha sido llevado a cabo mediante la relajación muscular progresiva aplicada en situaciones inductoras de ansiedad imaginadas y reales (Barlow, Rapee y Brown, 1992) o mediante la relajación aplicada de Öst (p.ej., Öst y Breitholtz, 2000). 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.

La relajación aplicada ha sido superior a la lista de espera en tres estudios y 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) en otro. Por otra parte, ha sido **igual de eficaz que la terapia cognitiva de Beck combinada con relajación aplicada**. En un estudio, el tratamiento combinado tendió a ser mejor en términos de significación clínica en el seguimiento al año. 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 varios 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, puede citarse el **entrenamiento en manejo de la ansiedad de Suinn** (1990/1993; véase también Deffenbacher, 1997). Implica: a)

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, b) dejar de imaginar la escena (o mantenerla en sesiones posteriores) y c) 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. Este procedimiento 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 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 **biorretroalimentación** 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 et al. (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 et al. (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 varios 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 et al., 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, la TCC la TC y el entrenamiento en relajación aplicados en plan didáctico en grupos de 20 clientes no han sido superiores a un placebo psicológico, aunque sí, al igual que este último, a la lista de espera (White et al., 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 et al. (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 et al. (2002). Estos autores indican que los estudios que han encontrado cierta ventaja para la TCC han dedicado menos tiempo (M = 9,25 ± 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 ± 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**.

El **grupo de Barlow** (Brown, O'Leary y Barlow, 1993, 2001; Craske y Barlow, 2006; Craske, Barlow y O'Leary, 1992; Zinbarg, Craske y Barlow, 2006) ha elaborado una **TCC algo más compleja** 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 y organización del tiempo / resolución de problemas. Esta TCC (aunque sin organización del tiempo / resolución de problemas) se ha mostrado superior a la lista de espera (Zinbarg, Lee y Yoon, 2007). Una adaptación de esta TCC también ha sido mejor que un grupo de lista de espera que mantuvo tres contactos con el terapeuta (Linden et al., 2005).

El grupo de Dugas (Dugas y Robichaud, 2007) ha propuesto **otro tipo de TCC para el TAG** que incluye seis módulos: 1) psicoeducación y entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones, 2) reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual, 3) reevaluación de la utilidad de la preocupación, 4) entrenamiento en solución de problemas, 5) exposición imaginal y 6) prevención de recaídas. Este tratamiento ha sido **superior a la lista de espera**, ya sea **aplicado individualmente o en grupo**, en medidas de preocupación, gravedad el TAG, ansiedad y depresión. Los cambios conseguidos fueron clínicamente significativos y las mejoras se mantuvieron en los seguimientos a los 6, 12 y/o 24 meses. Sin embargo, muchos pacientes siguieron tomado medicación (Dugas et al., 2003; Dugas et al., 2004, citado en Dugas y Robichaud, 2007; Ladouceur et al., 2000). La TCC de Dugas 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 et al., 2004). En el estudio de Dugas et al. (2004, citado en Dugas y Robichaud, 2007), la TCC de Dugas fue **superior a la relajación aplicada**.

En un último estudio con pacientes con TAG que deseaban dejar las benzodiacepinas, la TCC de Dugas más la descontinuación (gradual) de la medicación fue superior a la escucha activa (de las experiencias de la vida del paciente) más la descontinuación (gradual) de la medicación en **ayudar a los pacientes a dejar las benzodiacepinas** (74% contra 37%), en mejora sintomática y en remisión diagnóstica (Gosselin et al., 2006). Estas diferencias se mantuvieron en el seguimiento al año.

Recientemente han comenzado a aparecer estudios que indican que, con las oportunas adapta-

ciones, 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 Ayers et al. (2007), Mohlman (2004) y Nordhus y Pallesen (2003); 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 y sólo ha sido ligeramente superior a la discusión de temas preocupantes. 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. Considerando conjuntamente la TCC individual y grupal, los resultados en la tendencia a preocuparse son menores en personas mayores que en adultos jóvenes (Covin et al., 2008). Es posible que la eficacia de la TCC pueda ser incrementada con técnicas para mejorar la atención (Mohlman, 2008), el aprendizaje y la memoria y con tratamientos algo más largos, ya que las personas mayores necesitan más tiempo para aprender.

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**.

Un poco más adelante se expondrán **dos intervenciones relativamente nuevas para el TAG en adultos** que parecen prometedoras, la del grupo de Barlow (Brown, O'Leary y Barlow, 1993, 2001; Craske y Barlow, 2006; Craske, Barlow y O'Leary, 1992; Zinbarg, Craske y Barlow, 2006) y la del grupo de Dugas (Dugas y Koerner, 2005; Dugas y Ladouceur, 1997; Dugas y Robichaud, 2007). El tratamiento del grupo de Barlow ha sido superior a la lista de espera y el del grupo de Dugas a la lista de espera y a la relajación aplicada; sin embargo, se requieren nuevas investigaciones, a ser posible por distintos grupos de investigadores, para ver si dichas intervenciones son o no superiores a otros tratamientos eficaces. También se expondrá el **tratamiento cognitivo-conductual para niños** con TAG desarrollado por Kendall (1994; Kendall et al., 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. Finalmente, se abordarán nuevas perspectivas de tratamiento desde el punto de vista psicológico.

Tamaño del efecto, significación clínica y mantenimiento de los resultados

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); este porcentaje no ha sobrepasado el 10% en la TCC de Dugas, aunque faltan replicaciones por grupos independientes. El porcentaje de abando-

nos 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 et al., 1997), aunque esto no ha sido confirmado en una muestra clínica (Arntz, 2003). El porcentaje de abandonos es mayor en la práctica clínica habitual (30-35% en los trastornos de ansiedad)

La **TCC, la TCC de Dugas, 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. 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). Hofmann y Smits (2008) dan un tamaño medio del efecto de 0,51 en comparación a la terapia de apoyo o discusión en grupo. Así pues, la magnitud de los resultados es elevada en comparación a la lista de espera y moderada en comparación al placebo. Según otros metaanálisis, el tamaño del efecto en comparación a grupos control (lista de espera, terapia de apoyo) ha sido de 1,15 (1,69 para adultos jóvenes y 0,82 para personas mayores) en la tendencia a preocuparse (Covin et al., 2008), 0,73 en ansiedad general y 0,77 en depresión (Gould et al., 2004). Los tamaños del efecto **pre-post** son más elevados: ansiedad general (1,72, 2,48), depresión (1,02, 1,14) (Borkovec y Ruscio, 2001; Mitte, 2005). Norton y Price (2007) dan un tamaño medio del efecto de 1,80 considerando las medidas principales del trastorno. Por lo que se refiere a la TCC de Dugas, los tamaños del efecto pre-post han sido: preocupación (1,1 y 2,4), ansiedad general (0,9), depresión (1 y 1,1), ajuste social (0,7). El tamaño del efecto es menor con 12 sesiones (p.ej., 1,1 en preocupación) que con 16 (2,4 en preocupación).

Por otra parte, la mejora en el TAG lleva consigo una **mejora o desaparición de otros trastornos comórbidos ansiosos y depresivos**, tanto en el postratamiento como en seguimientos a corto plazo; en cambio, esto no ocurre en la lista de espera (Borkovec, Abel y Newman, 1995; Ladouceur et al., 2000; Provencher, Ladouceur y Dugas, 2006).

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. 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 pacientes 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. En la **TCC de Dugas** el porcentaje de pacientes mejorados ha ido del **65% al 83%**.

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 et al., 1997, no hubo diferencias entre los tamaños del efecto de los tratamientos aplicados individualmente o en grupo.) En la **TCC de Barlow**, el porcentaje de pacientes **muy recuperados** (que cumplen criterios en al menos el 75% de tres o más variables) ha sido

del **50%** en un estudio, mientras que en la **TCC de Dugas** el porcentaje de pacientes muy recuperados ha ido del **52% al 62%**. En general, el porcentaje de pacientes moderadamente o muy recuperados (es decir, que alcanzan valores normativos o criterios arbitrarios de recuperación en una variable importante o en al menos el 50% de dos o más variables) 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 et al. (2002) hallaron con TCC, TC o relajación aplicada un **52%** de pacientes recuperados en el postratamiento, y un **40% y un 46%** en los seguimientos al año y dos años respectivamente; no hubo diferencias entre tratamientos. Cuando el criterio se elevó a 5 o más de las 6 medidas, los tres porcentajes anteriores fueron **33%, 29% y 22%**. 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 et al. (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** (psicológico 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**.

Variables predictoras

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. Provencher, Ladouceur y Dugas (2006) hallaron que la presencia de trastorno de pánico y de un mayor número de diagnósticos comórbidos estuvieron asociadas a peores resultados en el seguimiento a los 6 meses.

Peores resultados pueden ser también más probables en los pacientes psiquiátricos que toman

medicación ansiolítica y en clientes sometidos a factores estresantes crónicos (Durham y Allan, 1993). En el estudio de Borkovec et al. (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).

Zinbarg, Lee y Yoon (2007) han hallado que la **hostilidad** hacia los pacientes por parte de personas allegadas predice peores resultados del tratamiento, mientras que los **comentarios críticos no hostiles** (aquellos centrados en conductas concretas y que no implican descalificaciones globales) predicen una mejor respuesta a la terapia. En el estudio de Langhoff et al. (2008) mejores resultados fueron predichos por una buena alianza terapéutica (cuando esta fue calificada por observadores externos, pero no por el terapeuta o el paciente).

Por otra parte, los resultados del estudio de Hoelscher et al. (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 et al. (2005) hallaron en personas mayores que la mejor realización de actividades entre sesiones estuvo asociada con mejores resultados y más duraderos.

En personas mayores, la gravedad del TAG y la comorbilidad con otros trastornos predicen una peor respuesta a la TCC (Wetherell et al., 2005), mientras que la comisión de errores en el domino de orientación espacial y temporal del Mini-Examen Cognoscitivo predice peores resultados en el seguimiento a los 6 meses (Caudle et al., 2007).

UTILIDAD CLÍNICA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Hay pocos datos respecto a si los **resultados obtenidos en investigaciones controladas son generalizables a la práctica clínica habitual**. Durham et al. (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 de investigación. Los estudios de Durham et al. (2004) y Linden et al. (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.

Aunque los resultados obtenidos en investigaciones controladas parecen ser generalizables a la práctica clínica habitual, hay que tener en cuenta que la **duración del tratamiento** y el **porcentaje de abandonos** (30-35% en los trastornos de ansiedad) son **mayores** en el último caso (Bados, Balaguer y Saldaña, 2007; Turner et al., 1995). Así, en las investigaciones los tratamientos han solido oscilar entre 8 y 16 sesiones (media = 11). Por lo que se refiere a la **duración de la TCC en la práctica clínica habitual**, Turner et al. (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.

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 intragrupo 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 supuestamente 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 et al. (1994, 1999) estudiaron si había diferencia entre aplicar la TCC en **8-10 sesiones frente a 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 et al., 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 duración de la terapia.

Bowman et al. (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 y las mejoras se mantuvieron a los 3 meses y también a los 2 años (Floyd et al., 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 et al. (2004) indica que la TCC aplicada por un psicólogo público tiene una mejor **relación coste-beneficio** en comparación a la terapia farmacológica.

Fuera del marco de la TCC, Ferrero et al. (2007) han hallado en un contexto de salud mental comunitaria que la **psicoterapia psicodinámica adleriana** breve, la medicación (serotonérgicos, venlafaxina, mirtazapina) y la combinación de ambos fueron igual de eficaces a corto y medio

plazo, aunque el tratamiento combinado tuvo el doble de sesiones.

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), Froján (2005) y Olivares, Rosa y García-López (2006).

TRATAMIENTO DEL GRUPO DE BARLOW

Brown, O'Leary y Barlow (1993, 2001) y Craske, Barlow y O'Leary (1992) han elaborado un tratamiento para el TAG que incluye conceptualización del problema y justificación del tratamiento, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, exposición a la preocupación (con aplicación de estrategias tras la misma), prevención de las conductas de preocupación y organización del tiempo / resolución de problemas. Este tratamiento se presenta esquematizado en la **tabla 3** y se describe un poco más abajo con las modificaciones introducidas en la versión más actualizada de Zinbarg, Craske y Barlow (2006), la cual incluye un libro de trabajo para el paciente (Craske y Barlow, 2006). 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 2-4 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 naturaleza y componentes de la ansiedad, la fisiología de la ansiedad, los factores que contribuyen a mantener el problema, la justificación y descripción del tratamiento, los autorregistros, etc. (véase la tabla 3). Los **autorregistros** incluyen el registro de preocupaciones descrito en el apartado de reestructuración cognitiva y el registro de estado de ánimo diario, en el cual el paciente califica cada día de 0 a 100 su ansiedad global, ansiedad máxima, tensión física global y grado de focalización en las preocupaciones. A partir de estos dos autorregistros se elabora un gráfico en el que se anotan cada semana el número de episodios de ansiedad y el promedio de la ansiedad máxima experimentada cada día; este gráfico sirve para ir controlando el progreso.

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

Zinbarg, Craske y Barlow (2006) han destacado la **importancia de que la familia del paciente participe en la intervención**. Esto permite que comprendan mejor lo que le pasa al cliente y le ayuden en la aplicación del tratamiento. Como consecuencia, es menos probable que socaven consciente o inconscientemente la intervención y pueden reducir la posible hostilidad hacia el cliente, la cual es un predictor de peores resultados.

Entrenamiento en relajación

Se basa en el entrenamiento en **relajación progresiva** de Bernstein y Borkovec (1973/1983),

aunque puede emplearse cualquier otra técnica de relajación que el paciente haya encontrado eficaz. Se explica al cliente que el fin de la relajación es reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad y la tensión generalizada, y, de este modo, contribuir a la reducción de las preocupaciones. En la versión inicial del programa del grupo de Barlow se comienza con **16 grupos musculares** con énfasis en la discriminación de 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. Después de tensar cada músculo (10 segundos), el paciente lo relaja (20 segundos) y piensa en la palabra relax cada vez que exhala. Tras acabar los 16 grupos, se emplean técnicas de profundización de la relajación como la **respiración lenta, regular y diafragmática y la repetición de la palabra *relax* al espirar**. Todo este proceso dura unos 30-40 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 parte inferior de cada brazo, parte superior de cada brazo, parte inferior de cada pierna, parte superior de cada pierna, abdomen, pecho, hombros, cuello, boca/garganta/mandíbula, ojos, parte inferior de la frente y parte superior de la frente.

Tras dominar los 16 grupos musculares, lo cual suele llevar 1-2 semanas, el **número de grupos musculares se reduce a 8** (brazos, piernas, abdomen, pecho, hombros, cuello, ojos y frente) **y luego a 4** (abdomen, pecho, hombros, frente) con la finalidad de que la relajación pueda ser aplicada más rápidamente. Los músculos concretos considerados vienen determinados por las áreas del cuerpo con las que el cliente tiene más problemas. En la última versión del programa, el entrenamiento en relajación puede comenzar con 8 grupos musculares con el fin de abreviarlo; si esto no funciona con algún cliente, se introduce el procedimiento de 16 grupos musculares. De las dos prácticas diarias cuando se está en las fases de 8 y 4 grupos musculares, una es con el ejercicio de 16 grupos musculares (o con el de 8, si se empezó por este).

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, la repetición de la palabra relax y las prácticas en un medio tranquilo, pero se alienta al cliente a comenzar a **practicar brevemente en otros entornos que no susciten ansiedad** (conduciendo, en la oficina, haciendo cola, 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 a lo largo del día en diversas situaciones cotidianas tales como conduciendo, en la oficina, haciendo cola, etc. Posteriormente, el paciente debe practicar la relajación suscitada por señal cuando se sienta tenso o ansioso. En la versión más reciente del programa incluso se practica antes bajo condiciones de dolor (un conocido aplica una presión firme en puntos de presión en el cuerpo o el paciente se coloca una pinza en la oreja).

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 constate 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 activamente, 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 **con-**

trol 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. Las preocupaciones pueden posponerse para un momento del día en que se pueda trabajar tranquilamente sobre ellas (p.ej., a media tarde) durante un periodo no muy prolongado (una media hora suele ser suficiente). No es conveniente elegir como momento el final del día, ya que lo más probable es que las preocupaciones que queden sin resolver interfieran en el sueño. Además de todo lo dicho, 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 episodio de ansiedad (incremento notable de la misma) lo siguiente: ansiedad máxima (0-100), síntomas experimentados, evento desencadenante, pensamientos ansiosos y conductas ansiosas. Es **importante que las cogniciones identificadas sean específicas** (“mi hijo puede tener un accidente de coche y quedar paralítico” frente a “algo malo puede pasarle a mi hijo cuando sale fuera”).

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 describir los dos tipos de errores anteriores, el terapeuta se centra en el primero de ellos y obtiene ejemplos del mismo a partir de las experiencias del cliente. A continuación, el terapeuta debe dar algunas **razones por las que la sobrestimación de la probabilidad de ocurrencia de un evento negativo se mantiene 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 y pensar en interpretaciones alternativas (**método socrático**), y c) generar predicciones a partir de la creencia para someterla a prueba sin utilizar las conductas ansiosas o defensivas que el cliente cree que han prevenido la amenaza (**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 del evento negativo. La **tabla 4** presenta un ejemplo de reestructuración verbal y la **tabla 5**, ejemplos de experimentos conductuales. Otros ejemplos de experimentos conductuales detallados pueden verse en Butler y Rouf (2004).

Una vez que el cliente ha captado los fundamentos del cuestionamiento de sus cogniciones, **se añaden dos apartados a su autorregistro** habitual: interpretaciones alternativas y probabilidad realista de que ocurra lo que se teme. Un ejemplo de autorregistro puede verse en Zinbarg, Craske y Barlow (2006, págs., 18-19, 79-80). Es importante que el paciente complete uno de estos autorregistros con el terapeuta en sesión antes de hacerlo por su cuenta en casa. [3]

Una vez trabajada la sobrestimación de la probabilidad de un evento negativo, se pasa a describir y obtener ejemplos del segundo tipo de error cognitivo: pensamientos catastróficos. El siguiente paso es **cuestionar estos pensamientos catastróficos**; para ello, se pide al cliente que **suponga que lo peor que teme es cierto y luego que evalúe si realmente es tan malo como parece, qué pasaría realmente y qué podría hacer para afrontarlo**. Esto implica reconocer que se tienen medios para manejar los eventos negativos (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 6**. Cuando se trabaja la descatastrofización, se pide al cliente que complete el mismo **autorregistro** que tenía al que se añade el apartado: modos de afrontamiento (véase Zinbarg, Craske y Barlow, 2006, pág., 112). [4]

Exposición a la preocupación

Conviene recalcar que la exposición a la preocupación no es simplemente una exposición a los pensamientos preocupantes, sino que **implica la imaginación vívida de los temas preocu-**

[3] En la versión inicial del programa se añadían cuatro columnas al 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 era 4 o más, se pedía al cliente que volviera a considerar la peor consecuencia posible implicada en sus pensamientos automáticos y que repitiera todo el procedimiento hasta que la ansiedad fuera 3 o menos. Ejemplos de este tipo de autorregistro pueden verse en Brown, O'Leary y Barlow (2001, pág. 179) y Craske, Barlow y O'Leary (1992, pág. 6-10).

[4] En la versión inicial del programa de empleaba un modelo de autorregistro en el que el paciente apuntaba: 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).

pantes. Esto último favorece una mayor activación emocional y la reducción de las preocupaciones. La exposición a la preocupación incluye los siguientes pasos:

- **Justificar** el empleo del procedimiento. Se enfatiza la importancia de exponerse repetidamente a las imágenes preocupantes (sin emplear conductas defensivas) para conseguir reducir significativamente la ansiedad que producen. Hay que explicar el concepto de habituación y 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 evaluarlas objetivamente, por la ocurrencia de las conductas defensivas de preocupación). Además la exposición repetida a la misma imagen preocupante puede facilitar que el cliente desarrolle una perspectiva más objetiva sobre la preocupación. Finalmente, la exposición a la preocupación permite, en una segunda fase, aplicar las estrategias de afrontamiento previamente aprendidas (reestructuración cognitiva y, quizás, relajación aplicada).

- Identificar las **áreas principales de preocupación** de un paciente, elaborar una imagen detallada para cada una de ellas (que incluya elementos situacionales, respuestas de ansiedad y consecuencias temidas) y **ordenar estas imágenes** comenzando por la menos perturbadora o ansiógena.

- **Entrenar en imaginación** al cliente mediante el empleo de escenas neutras que incluyan sensaciones.

- **Evocar vívidamente la primera imagen preocupante**. Se pide al cliente que se concentre con todo detalle en la imagen y que incluya la peor consecuencia temida que se le ocurra. Así, un paciente que se preocupa cuando su cónyuge llega tarde del trabajo puede imaginárselo inconsciente y desplomado sobre el volante del coche. Un cliente que se preocupa por las críticas que a veces el jefe hace a su trabajo puede imaginar que es despedido, que no puede mantener a su familia y que terminarán viviendo de la caridad ajena. 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 las imágenes y que las mantenga** claramente en su cabeza durante **al menos 25-30 minutos**. Se pide al paciente que describa en voz alta en tiempo presente lo que está imaginado y se obtienen **calificaciones periódicas de la ansiedad** (p.ej., cada 5 minutos) para comprobar si esta se va reduciendo y, si no es así, para detectar posibles problemas. Puede ser útil grabar la sesión en audio para que el paciente pueda practicar en casa.

- **Durante la exposición, el paciente no debe aplicar estrategias de afrontamiento** (reestructuración cognitiva, relajación) **ni intentar distraerse o huir de la imagen**. Esto puede reducir la ansiedad a corto plazo, pero contribuye a mantenerla a largo plazo.

- Hacia el final de la exposición se puede pedir al paciente que imagine **cómo serán las cosas un tiempo más adelante** (1 día, 1 semana, 1 mes, 6 meses 1-2 años) para favorecer así un proceso de descatastrofización.

- Transcurrido el tiempo de exposición, y suponiendo que haya habido una habituación de la ansiedad, se 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. También se puede pedir al paciente que diga **lo que podría hacer caso de que la peor consecuencia temida ocurriera**.

- **Cuando la exposición no genere más que un nivel ligero de ansiedad** (25 o menos en la escala 0-100) a pesar de varios intentos para imaginar vívidamente la preocupación, se pasa a la **siguiente área** de preocupación de la jerarquía. Una vez que el cliente es capaz de realizar bien el procedimiento en la sesión, lo practicado en esta se asigna como **actividad entre sesiones** (mínimo de tres días a la semana). 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 máxima experimentada, nivel de viveza de la imagen, posibles alternativas y nivel de ansiedad tras generar estas (ejemplos pueden verse en Brown, O'Leary y Barlow, 2001, pág. 181, y en Echeburúa y de Corral, 1998, pág. 149).

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 otros tipos de TCC**. 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.

Cambio de las conductas de preocupación

Brown, O'Leary y Barlow (1993, 2001) entienden por conductas de preocupación (conductas defensivas) 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, obtener mucha información y limpiar la casa diariamente por si hay visitas inesperadas, asegurarse con exceso de que un trabajo está bien hecho, permanecer en el trabajo hasta que se han realizado todas las tareas previstas, negarse a leer esquelas o noticias desagradables en el periódico, rehuir conversaciones incómodas, posponer actividades por miedo a no desempeñarse bien, no aceptar invitaciones a reuniones sociales, no querer ver ciertos programas de TV, no ir al médico, no dejar a un hijo ir a dormir a casa de un amigo por preocupación por su seguridad, etc.

Estas conductas de preocupación contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza y deben ser modificadas; concretamente, **deben prevenirse las conductas de evitación activa (prevención de respuesta) y deben alentarse las actividades que el cliente evita hacer (exposición en vivo)**. Por ejemplo, una persona que llama a su cónyuge cada dos horas para ver si está bien, puede llamarle una sola vez al día, o si no se atreve a esto, empezar por una llamada cada 4 horas; y una persona que no invita a sus amigos a casa por miedo a que se aburran, puede organizar una velada con un mayor o menor número de ellos. Tanto la prevención como la exposición pueden llevarse a cabo 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 llamará 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 cambiarlas. 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 (70, miedo a que se lesione), b) no limpiar durante unos días (60-70, los amigos podrían notarlo y pensar mal), c) que el marido no llame a casa en todo el día (60, podría haberle pasado algo), d) no limpiar el baño en un día (50), e) no hacer la cama una mañana (40), f) limpiar el baño sólo una vez en un día (30), g) que el marido llame a casa sólo al salir del trabajo (20).

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

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 y sobre si conseguirán manejarlas o no, es enseñarles habilidades para **organizar su tiempo y fijar metas** (véase la **tabla 7**). El grupo de Barlow (Brown, O'Leary y Barlow, 1993, 2001; Craske y Barlow, 2006) ha propuesto cuatro estrategias de organización del tiempo:

a) **Delegar responsabilidades**. Es probable que algunas o muchas de las tareas puedan ser llevadas a cabo por miembros de la familia, compañeros de trabajo, subordinados, etc. Posibles razones para no delegar son creencias perfeccionistas (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) y miedo al conflicto con los demás.
b) **Saber decir *no*** y rechazar demandas inesperadas o desmesuradas por parte de otros que impiden completar las actividades planeadas. Es muy probable que la persona no se atreva decir *no* por miedo a que los otros se enfaden. 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”, “los otros se enfadarán”).
c) **Ajustarse a los planes previstos**. Esto implica estructurar las actividades diarias de mo-

do que puedan llevarse a cabo las más importantes. Esto se ve facilitado por haber establecido metas diarias y por no comenzar otras actividades asociadas que son innecesarias o no prioritarias. Por ejemplo, si la actividad era repasar un informe u ordenar una habitación, no debe caerse en la trampa de repasar otros informes u ordenar toda la casa.

d) **Evitar el perfeccionismo**. Es posible que muchas tareas requieran mucho tiempo o resulten abrumadoras debido al perfeccionismo. Ponerse el listón demasiado alto hace la vida más difícil. Además, todo el mundo comete errores, la mayor perfección lograda no compensa muchas veces el tiempo y esfuerzo invertidos y el perfeccionismo suele originar problemas en la relación con otras personas. Una solución es dedicar menos tiempo a una tarea (quizá el 85% del que se suele dedicar) y reconocer que el resultado no será tan bueno como se habría querido, pero que no merecía la pena invertir más esfuerzo.

El **establecimiento de metas** implica establecer prioridades y programar actividades de acuerdo con su prioridad. 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**, la cual puede ser favorecida por distintos factores: fijarse una norma demasiado elevada, miedo a no tomar la decisión adecuada (miedo a cometer un error), búsqueda de mayor seguridad a la hora de decidir. Varias guías son útiles aquí:

a) **Reestructurar** las creencias que subyacen a la posposición de decisiones. 1) En el caso de normas excesivamente altas, se pueden analizar sus ventajas y desventajas, preguntarse si se está siendo realista acerca de lo que se puede hacer, consultar a familiares y amigos lo que opinan sobre las normas perfeccionistas y cuestionar las creencias perfeccionistas (“si no tomo la decisión adecuada, soy un fracaso”). 2) Con el miedo a cometer errores, la persona puede pensar qué es lo que puede suceder realmente si se equivoca y cuán malas serían realmente las consecuencias. Debe ayudársele a ver que la mayoría de los errores tienen consecuencias negativas mínimas y que además, sirven para aprender. Asimismo, muchas cosas bien hechas tienen errores, lo importante es el resultado global. 3) Finalmente, en el caso de la búsqueda excesiva de seguridad, puede hacerse reflexionar a la persona sobre hasta qué punto es posible alcanzar esta seguridad y cuáles son las consecuencias (negativas) de intentar estar del todo seguro. ¿Compensa esta búsqueda de seguridad?

b) Ponerse un **tiempo máximo para decidir**. Llegado el momento, hay que tomar obligatoriamente una decisión o, caso necesario, echar a suertes cuál de las soluciones alternativas entre las que se duda va a resultar seleccionada.

c) **Una vez tomada la decisión, no volver de nuevo al proceso de toma de decisión**, sino

poner en práctica la solución elegida y comprobar los resultados (prueba de hipótesis).

Burns (2000) presenta un cuestionario para evaluar la **posposición o aplazamiento de la puesta en marcha de la decisión** y ofrece varias técnicas útiles para abordarla: a) analizar los motivos que se tienen para la misma; b) analizar los pros y contras de la postergación y del comenzar hoy; c) técnica de abogado del diablo: el terapeuta expresa cada uno de los pensamientos negativos del paciente y este los rebate (esto requiere una reestructuración cognitiva previa); d) sustituir los pensamientos que interfieren en la tarea por pensamientos orientados a la tarea; e) descomponer en pequeños pasos la actividad postergada.

Resolución de problemas

En pacientes con habilidades ineficaces de resolución de problemas, la técnica de resolución de problemas facilita la identificación de soluciones para los problemas existentes y favorece que los clientes piensen de forma diferente sobre situaciones de su vida (en vez de preocuparse exclusivamente), de modo que se promueve la adopción de perspectivas más realistas y menos catastróficas. Se explica al cliente que **dos dificultades frecuentes a la hora de intentar solucionar un problema** son: a) ver el problema en términos generales, vagos y catastróficos, y b) no generar posibles soluciones. Para abordar la primera dificultad se enseña al cliente a **definir los problemas en términos específicos y a descomponerlos** en partes más pequeñas y manejables; 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) y Dugas y Robichaud (2007) han señalado que mucho pacientes con TAG no carecen del conocimiento sobre cómo solucionar problemas, sino que fallan en la **orientación o actitud hacia el problema** (p.ej., no saber reconocer los problemas, valorarlos como amenazas, no creer en la propia capacidad para resolverlos, mantener un punto de vista pesimista sobre los resultados). Por ello recomiendan hacer énfasis en esto último y repasar las habilidades de solución de problemas para solucionar los posibles déficits existentes. 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; Dugas y Robichaud, 2007) ha propuesto otro tipo de intervención para el TAG que ha ido sufriendo algunas modificaciones a lo largo del tiempo y que incluye **seis módulos**: 1) psicoeducación y entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones, 2) reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual, 3) reevaluación de la utilidad de la preocupación, 4) entrenamiento en solución de problemas, 5) exposición imaginal (anteriormente llamada exposición funcional cognitiva) y 6) prevención de recaídas. Al igual que en el tratamiento anterior, el mayor o menor énfasis en cada com-

ponente depende de las necesidades de cada paciente. El tratamiento se centra directamente en las preocupaciones patológicas y no en los síntomas somáticos; **su fin último es** desarrollar una mayor tolerancia a la incertidumbre, la cual es vista como el principal factor en el mantenimiento del TAG. Una descripción detallada del tratamiento puede verse en Dugas y Robichaud (2007).

El tratamiento dura 14-16 sesiones de una hora (o más, cuando se incluyen prácticas de exposición). Con 16 sesiones, la frecuencia de las sesiones es de dos veces por semana para las ocho primeras y de una vez por semana para las ocho segundas, aunque las dos últimas pueden programarse dos y cuatro semanas más tarde. Además, hay tres sesiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. En su versión actual (Dugas y Robichaud, 2007), el tratamiento del grupo de Dugas incluye los seis módulos antes citados y que se describen a continuación. Un manual para el paciente de este tratamiento puede verse en Ladouceur, Bélanger y Léger (2003/2009).

Psicoeducación y entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones

El primer objetivo es **presentar, mediante ejemplos y preguntas, los principios básicos de la TCC**: relación recíproca entre pensamientos, emociones y conductas, necesidad de participar en las sesiones y de practicar fuera de estas para conseguir cambiar, enseñanza de habilidades para que el cliente se maneje independientemente, terapia breve, terapia estructurada y directiva, foco en el presente, etc. En segundo lugar, se ofrece una **descripción detallada del TAG** y se presenta este desde una **perspectiva dimensional**: es una manifestación excesiva de un conjunto de síntomas que todo el mundo experimenta en diverso grado de cuando en cuando.

A continuación, se presenta de modo gráfico **un modelo simple explicativo del TAG**, al cual se irán añadiendo nuevos componentes conforme se vayan trabajando en la terapia. El modelo inicial incluye situaciones disparadoras (externas e internas), ¿qué pasaría si…?, preocupación, ansiedad y desmoralización y agotamiento; el modelo final puede verse en la **figura 2**. Al explicar el modelo, es importante ir pidiendo ejemplos al cliente y consensuar una definición de preocupación. También es importante **distinguir dos tipos de preocupación**: a) las que atañen a problemas actuales (el problema ya existe) y las que tienen que ver con situaciones hipotéticas (el problema no existe todavía y en muchos casos no existirá).

En cuanto al entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones y del tipo de estas, se trata de que el paciente aprenda a **identificar sus preocupaciones y a distinguir los dos tipos de estas**. Para ello, se le pide que en tres momentos prefijados del día, deje lo que esté haciendo y anote en un registro una descripción de sus preocupaciones, la duración de estas, el nivel de ansiedad (0-8) y el tipo de preocupación. A partir de aquí, se discute lo que el cliente ha descubierto y se busca cubrir los siguientes puntos: a) Existen temas de preocupación recurrentes. b) Una cadena de preocupaciones puede durar unos pocos minutos o unas pocas horas. c) Las preocupaciones se refieren a eventos futuros. d) Las preocupaciones pueden implicar tanto un problema actual (p.ej., dolor crónico) como una situación hipotética (dolor como un signo de que se puede tener cáncer). El terapeuta debe asegurarse de que el paciente comprende la distinción entre ambos tipos de preocupación, pero, una vez logrado esto, no debe proporcionar tranquilización, sino que debe alentar al paciente a clasificar sus preocupaciones aunque no esté seguro de cuál es la categoría adecuada.

Reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual

Aunque la intolerancia a la incertidumbre es abordada directamente en este módulo, también lo es indirectamente en los tres siguientes. Los objetivos principales de este módulo son: a) que el cliente comprenda el papel fundamental de **la intolerancia a la incertidumbre** en el desarrollo y

mantenimiento de la preocupación y ansiedad excesivas, y b) alentar al cliente a **reconocer y manejar la incertidumbre en su vida**. Lo primero se consigue mediante explicaciones y analogías. En cuanto a lo segundo, se pregunta al paciente **qué hace en las situaciones de incertidumbre**. La respuesta más común es preocuparse, el cual es un intento de reducir la incertidumbre pensando en los posibles resultados de una situación. Entonces se le pregunta qué otras cosas hace para reducir la incertidumbre. Si el paciente dice que no se le ocurre nada, **se le puede proporcionar algún ejemplo** de cosas que suelen hacerse: pedir la opinión de amigos o familiares antes de tomar una decisión, incluso pequeña, retrasar la terminación de un proyecto o evitar situaciones ambiguas como leer cosas relacionadas con las áreas de preocupación. A continuación puede presentarse una lista de manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre (véase la **tabla 8**; otros ejemplos fueron mencionados en el apartado de "cambio de las conductas de preocupación" del programa del grupo de Barlow), pedir al cliente que piense sobre ellas y que señale aquellas que hace. También se le puede pedir que proporcione ejemplos personales.

Una vez identificadas las manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre, **se discute lo que se puede hacer para abordar esta**. Si la preocupación y la ansiedad son impulsadas por la intolerancia a la incertidumbre, hay dos posible soluciones: aumentar la certeza o aumentar la tolerancia. La primera no funciona porque la incertidumbre es inevitable, su presencia en la vida es generalizada. Por lo tanto, la solución radica en aumentar la tolerancia. La manera de conseguir esto es **exponerse gradualmente a la incertidumbre** eliminando las manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre, esto es dejando de hacer las conductas que uno realiza para eliminar la incertidumbre (estrategias de "aproximación") y haciendo lo que uno evita para salvar la incertidumbre. Esta exposición gradual toma la forma de **experimentos conductuales** (mínimo de uno a la semana) en los que el cliente registra lo que va a hacer, el malestar y pensamientos experimentados al hacerlo y los pensamientos tras hacerlo.

Los experimentos deben seguir una progresión gradual y no empezar, por tanto, por los temas de mayor preocupación. **Ejemplos de experimentos iniciales** son: a) enviar un correo electrónico sin releerlo, b) tomar una decisión pequeña (p.ej., qué ropa ponerse) sin consultar a otros, c) ir a una película sin leer la crítica, d) llamar de repente a un amigo e invitarle a tomar un café o ir al cine, e) elegir un plato desconocido o nuevo en un restaurante y f) comprar un regalo para alguien sin haber recorrido muchas tiendas. Al realizar los experimentos es importante dar las siguientes **guías al paciente**: a) registrar el experimento para poder ver lo que se esperaba, lo que pasó realmente y los progresos logrados, b) empezar por cosas pequeñas y realistas, c) esperar sentirse ansioso o nervioso, y d) comenzar a abordar la incertidumbre aún sin sentirse motivado del todo, puesto que la motivación seguirá a la acción. **Los experimentos deben seguir a lo largo de todo el tratamiento**.

Reevaluación de la utilidad de la preocupación

Los clientes con TAG tienden a sobrestimar las ventajas de preocuparse y a subestimar sus desventajas. Por ello conviene reevaluar la utilidad de preocuparse. En la versión inicial del programa (Dugas y Ladouceur, 1997), este módulo venía tras las intervenciones específicas para la preocupación (resolución de problemas, exposición imaginal). Posteriormente, se adelantó su aplicación (Dugas y Koerner, 2005; Dugas y Robichaud, 2007) para facilitar que los pacientes estuviesen más dispuestos a reducir sus preocupaciones al disminuir las creencias sobre su utilidad. En efecto, un paciente puede desear reducir sus preocupaciones y ansiedad mientras cree al mismo tiempo que es muy importante continuar preocupándose por sus hijos. Esto puede llevar a una **ambivalencia sobre el cambio si no se abordan las creencias sobre la utilidad** de las preocupaciones.

Lo primero es **identificar las creencias sobre la utilidad de preocuparse**. Para evitar resistencias (el cliente puede ser reacio a reconocer que la conducta que quiere reducir tiene un lado positivo), es importante adoptar una actitud no crítica y normalizar la experiencia. Así, puede decirse que muchas personas con TAG quieren reducir sus preocupaciones, pero al mismo tiempo creen que preocuparse es útil; luego, se **pregunta** al cliente qué piensa al respecto y si cree que algunas de sus preocupaciones pueden ser útiles. Tras este primer paso, el terapeuta puede presentar los distintos tipos de creencias sobre la utilidad de preocuparse (véase la **tabla 9**) y pedir al cliente que piense en sus propias preocupaciones y vea si tiene algunas de dichas creencias. Se le puede dar al paciente el **formulario** de la tabla 9 para que, como actividad entre sesiones, escriba ejemplos personales de las creencias pertinentes en su caso y de cualesquiera otras que pueda tener.

Otro método para identificar este tipo de creencias es preguntarle al paciente **qué pasaría si no se preocupara o se preocupara menos sobre algo en particular**. 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 importante 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).

Una vez identificadas las creencias oportunas, se explica al paciente que sería bueno examinar si el preocuparse es realmente útil en su caso y si preocuparse menos tendría o no un efecto negativo. Se hace una **distinción entre preocuparse ocasionalmente y preocuparse excesivamente** y se le dice al cliente que se está hablando sobre la utilidad de la preocupación excesiva y de las conductas que la acompañan (búsqueda de seguridad, dilación).

Así pues, el siguiente paso es **cuestionar las creencias específicas** que sustentan cada preocupación. No se trata de desafiar una creencia general (p.ej., preocuparse es un rasgo positivo de personalidad), sino las creencias sobre una preocupación específica (p.ej., “preocuparme por la salud de mis hijos muestra que soy una buena madre”). En el cuestionamiento pueden utilizarse diversos medios: representación de abogado-fiscal, método socrático y experimentos conductuales. En la **representación de abogado-fiscal**, el paciente identifica una preocupación específica (p.ej., “preocuparme por la salud de mis hijos muestra que soy una buena madre”) y luego adopta el papel de abogado para convencer a los miembros de un jurado de que su preocupación es útil. Una vez que ha expuesto todos los argumentos a favor, pasa a representar el papel de fiscal para convencer al jurado de que su preocupación no es útil. El terapeuta utiliza el **método socrático** para ayudar al cliente a reconsiderar la utilidad de su preocupación cuando hace de fiscal; para ello, puede utilizar preguntas como las enumeradas en la **tabla 10**. Mediante el método socrático, pueden cuestionarse o reinterpretarse las pruebas favorables a la utilidad de las preocupaciones y puede pedirse al paciente que considere las desventajas de preocuparse (es una causa de malestar, consume mucho tiempo, hace muy difícil concentrarse, no es realista y no ayuda por tanto realmente a resolver problemas, etc.). También pueden buscarse ejemplos de experiencias pasadas del paciente para ver cómo lo que realmente ocurrió no se ajustó a las predicciones tenidas.

En cuanto a los **experimentos conductuales**, se puede pedir, por ejemplo, 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 prue-

ba su hipótesis de que preocuparse previene los resultados negativos o protege contra el malestar 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. Otro experimento es la estrategia de la discrepancia (comparar el contenido de una preocupación reciente con lo que realmente sucedió), la cual es descrita más tarde, junto con otros experimentos, al hablar de la terapia metacognitiva de Wells.

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

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

Conviene señalar al paciente que las preocupaciones excesivas implican quedarse petrificado en las fases iniciales de una resolución de problemas. Las preocupaciones implican darle vueltas y más vueltas a la anticipación de posibilidades negativas, 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 **diferencia 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.

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

En este caso, preocuparse conduce a hacer algo que será reforzado negativamente por la terminación del malestar emocional generado por el estado de preocupación. Una alternativa consiste en establecer contingencias de **reforzamiento positivo** para motivarse a realizar la acción, lo cual tiene la ventaja de no generar emociones aversivas. Además, muchos pacientes que mantienen esta creencia tienden a aplazar sus decisiones. El terapeuta debe señalar que aunque preocuparse puede tener a veces una función motivacional, no siempre es útil, puede interferir con otras conductas más adecuadas y existen métodos alternativos más eficaces de lograr el objetivo (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.

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

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.

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

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

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 allegadas y que buscan el cariño y aceptación de los demás preocupándose por ellos. **Si hay temas interpersonales no resueltos**, la terapia debería ayudar al paciente a identificar sus necesidades y miedos respecto a las relaciones interpersonales, acceder y procesar emocionalmente los sentimientos negativos provenientes de relaciones actuales y pasadas relacionadas con dichos miedos y necesidades, y facilitar nuevos modos de comportarse que permitan lograr la satisfacción de las necesidades interpersonales (véase más adelante la terapia integradora de Newman et al., 2004).

Una vez que el paciente deja de ver el preocuparse excesivamente como algo útil, se le plantea que existen **alternativas a la preocupación**: entrenamiento en resolución de problemas para los problemas actuales y exposición imaginal para las situaciones hipotéticas. Estas alternativas serán consideradas en los dos módulos siguientes. Por otra parte, **para ocupar el tiempo dedicado a las excesivas preocupaciones**, puede ir pensándose a partir de este momento, y en especial cerca del final del tratamiento, en modos de ocupar dicho tiempo: más actividades con la familia y amigos, recuperar una afición, etc.

Entrenamiento en resolución de problemas

Para las preocupaciones sobre **problemas actuales**, se propone la resolución de problemas.[2] El **entrenamiento en solución de problemas** tiene dos componentes básicos: orientación hacia el problema y habilidades de solución de problemas.

1. 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, hacer atribuciones inadecuadas sobre los mismos, valorarlos como amenazas y sentirse frustrado y perturbado al encontrarse con problemas, no creer en la propia capacidad para resolverlos y mantener un punto de vista pesimista sobre los resultados.

Se presenta el entrenamiento en resolución de problemas como una **alternativa a las preocupaciones** sobre problemas actuales. Luego, se explica al cliente que las personas con TAG tienen una **actitud más negativa hacia los problemas** que las personas que se preocupan menos y que esta actitud negativa se manifiesta en pensar: "No me gustan los problemas, no soy bueno resolviéndolos y, si lo intento, no funciona". Si el cliente se ve reflejado, se le pregunta por las **consecuencias** emocionales (frustración, irritación, ansiedad), cognitivas (preocupaciones, nuevos problemas) y conductuales (evitación, posposición, pedir a otros que resuelvan los problemas) que cree que tiene dicha actitud. Finalmente, se explica al paciente que la actitud negativa hacia los problemas es una consecuencia de la intolerancia a la incertidumbre; al fin y al cabo, los problemas son situaciones que no tienen soluciones obvias y de resultados inciertos.

Existen diversas estrategias para mejorar la actitud hacia los problemas: Así, puede utilizarse el **autorregistro** para facilitar el reconocimiento de los problemas y de las reacciones a los mismos, la **reestructuración cognitiva** para modificar creencias, valoraciones o expectativas disfuncionales y **técnicas operantes** para reforzar la dedicación a la resolución de los problemas (véase D'Zurilla, 1986/1993; D'Zurilla y Nezu, 1999). Dugas y colaboradores se centran en las tres estrategias siguientes:

- **Reconocer los problemas antes de que sea demasiado tarde**. Para mejorar la habilidad de reconocer problemas cuando surgen, se recomienda: a) Emplear las emociones negativas como señales; estas no son el problema, sino una consecuencia del mismo. b) Elaborar una lista de los problemas que tienden a repetirse y tenerla visible. Esto no sólo ayuda a reconocer los problemas, sino que reduce los sentimientos de enfado y decepción, ya que el problema es esperado. Otras posibles estrategias no mencionadas por Dugas son emplear la conducta ineficaz como señal para reconocer los problemas, emplear una lista de enumeración de problemas y preguntar a otros.

- **Ver los problemas como una parte normal de la vida**. Se habla con el cliente de que tener problemas es algo normal e inescapable en la vida. Se le puede preguntar si conoce a alguien que no tenga problemas; la respuesta suele ser "no". (Aunque puede haber algunas personas que parecen no tener problemas, esto se debe muy probablemente a que los resuelven de forma rápida y eficaz.) Si es necesario, puede hacer una encuesta a personas conocidas. La idea es que todo el mundo tiene problemas con mayor o menor frecuencia, no importa cuán inteligente, sociable o hábil sea.

- **Ver los problemas como oportunidades y no sólo como amenazas**. Se trata de alentar al paciente a ver qué oportunidades existen en resolver los problemas en vez de centrarse únicamente en los aspectos negativos. Se explica que en vez de ver el problema como algo completamente negativo (amenaza) o positivo (oportunidad), puede contemplarse en un **continuo de amenaza-oportunidad**; esto permute valorar los problemas de forma

menos amenazante. Para ver esto de modo más claro, se utilizan **ejemplos** que permitan apreciar cómo una valoración inicial de amenaza puede transformarse a un punto de vista más dimensional en el que también se reconozca la oportunidad existente. Uno de dichos ejemplos es el siguiente:

Entrevista de trabajo. Una persona piensa: "Odio las entrevistas. ¿Por qué tengo qué pasar por esta agonía? Nunca lo hago bien en este tipo de situaciones. Haré el ridículo como la última vez. Deseo que se pase pronto". Un modo más flexible de pensar es la siguiente: "Estoy realmente nervioso antes de ir a una entrevista. ¿Cuál es la amenaza en la situación? Bien, puedo no hacerlo bien durante la entrevista y no conseguir el trabajo. Incluso puedo quedar en ridículo. ¿Cuál es la oportunidad para mí en esta situación? Quizá necesito aprender cómo mostrar a los otros lo que soy capaz de hacer. Las entrevistas no son fáciles, pero sería estupendo si pudiera aprender a venderme a mí mismo. Esta es una habilidad que necesitaré muchas veces en mi vida. Creo que puedo intentar mirar esto como un oportunidad para obtener experiencia en entrevistas y mejorar cada vez".

A partir de los ejemplos utilizados se busca ayudar al paciente a identificar las oportunidades. También pueden emplearse **ejemplos incompletos** y que sea el cliente el que deba apreciar la oportunidad existente. Otro medio útil, como actividad entre sesiones, es pedir al paciente que revise su autorregistro de preocupaciones, que **identifique problemas actuales no resueltos que llevan a preocuparse y que piense y registre los desafíos u oportunidades** presentes en al menos un problema.

Debido a que la orientación negativa hacia los problemas puede interferir con la puesta en marcha de cada habilidad de resolución de problemas, **es fundamental que la orientación hacia los problemas sea abordada tanto por sí misma**, tal como se ha visto en este apartado, **como en el contexto de cada habilidad de solución de problemas** que se expondrá a continuación.

2. Habilidades de solución de problemas

Los **objetivos** de esta fase son refinar las habilidades de resolución de problemas y alentar a los pacientes a tolerar la incertidumbre siguiendo adelante con el proceso a pesar de la incertidumbre inherente en cada paso: a) definición y formulación del problema de forma específica, y establecimiento de metas claras, concretas y realistas, b) generación de soluciones alternativas a través de la lluvia de ideas, c) toma de decisión, sin buscar una solución perfecta, y elaboración de un plan de acción, y d) aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. Estas habilidades se repasan brevemente con el empleo de un ejemplo ilustrativo y luego se trabajan en sesión aplicadas a los problemas del paciente. Finalmente, el cliente debe seguir solo los cuatro pasos en casa y escribir los resultados de cada paso en un autorregistro.

La resolución de problemas no se presenta como el aprendizaje de nuevas habilidades (las cuales ya suelen tenerse en mayor o menor grado), sino que el énfasis se sitúa en cómo utilizar dichas habilidades de un modo eficaz. Por otra parte, 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. Dos problemas frecuentes son la **dificultad para tomar decisiones y la posposición de la puesta en marcha de las mismas**; posibles soluciones fueron ya descritas al final del apartado de "Organización del tiempo" del programa de Barlow.

Finalmente, **es importante tener en cuenta que 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 imaginal

Para las preocupaciones sobre **situaciones hipotéticas** (el problema no existe todavía y en muchos casos no existirá), no es posible emplear la resolución de problemas. En cambio, la exposición imaginal a los miedos es una técnica útil, ya que ataca la evitación de las imágenes amenazantes y de la activación emocional desagradable que contribuyen a mantener las preocupaciones. Este módulo puede ser muy difícil para los pacientes porque implica centrarse en los pensamientos e imágenes que han intentado evitar durante largo tiempo. Por lo tanto, es fundamental proporcionar una **justificación** de lo que se va a hacer.

El primer paso es mostrar al cliente que intentar evitar los pensamientos puede ser contraproducente. Para ello, puede utilizarse el **experimento del oso blanco**. Se pide al paciente que cierre sus ojos durante 60 segundos y que imagine cualquier cosa que quiera, excepto un oso blanco o la palabra *oso blanco*. Se le dice también que levante la mano cada vez que, si es el caso, el pensamiento de un oso blanco pasa por su mente (el terapeuta lleva la cuenta). Tras los 60 segundos, se pregunta por el número de veces que se ha pensado en el oso blanco durante ese periodo y, como comparación, mientras se venía a consulta y en el día de ayer; supuestamente, se ha pensado más veces durante el periodo de imaginación. A partir de aquí puede explicarse que intentar no pensar en algo no funciona, sino que pueden producirse dos efectos paradójicos: a) **efecto de aumento**: intentar suprimir un pensamiento puede hacer que sea más frecuente mientras se intenta evitarlo, y b) **efecto de rebote**: tras intentar suprimir un pensamiento, puede aparecer posteriormente de forma inesperada en la cabeza. Así pues, intentar bloquear las preocupaciones puede, de hecho, facilitar su persistencia.

A partir de aquí **se discuten los conceptos de evitación, neutralización y exposición empleando un ejemplo de fobia a los perros**. Se destaca que la evitación de los perros reduce la ansiedad a corto plazo, pero mantiene el miedo a los perros. Los mismos efectos tiene la neutralización en presencia de los perros (p.ej., mirar hacia otro lado y pensar en otra cosa). La solución está en exponerse a lo que uno teme de un modo prolongado y sin neutralizar hasta que la ansiedad se reduzca, como ocurre también en otras fobias. Será necesario repetir esto varias veces hasta que la exposición produzca poca o ninguna ansiedad inicial. Una vez que el paciente tiene claro todo esto, **se aplica a las preocupaciones**: la evitación en este caso es de tipo cognitivo (p.ej., evitar pensar que el cónyuge puede caer gravemente enfermo), la neutralización adopta otras formas (pensar que no sucederá o que no será tan malo) y la exposición es en la imaginación en vez de en vivo. Como consecuencia de la exposición, disminuyen las preocupaciones (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.

La exposición imaginal requiere identificar los miedos nucleares que subyacen a las preocupaciones sobre distintas situaciones. Para identificar un miedo nuclear se emplea la técnica de la **flecha descendente**: Se identifica la preocupación y luego se pregunta “si esto fuera cierto, ¿qué pasaría?” (o “¿qué significaría para usted?”). Respuesta X. “Y si X fuera cierto, ¿qué pasaría?”. El proceso se sigue hasta que el cliente es incapaz de dar una nueva respuesta. **Un mismo miedo nuclear puede subyacer a distintas preocupaciones** sobre muchas situaciones hipotéticas, por lo que el número de miedos nucleares e imágenes a elaborar es limitado. De hecho, según Dugas y Robichaud (2007) **la mayoría de los clientes requieren sólo el abordaje de uno o dos miedos**

nucleares. En caso de haber varios, estos pueden ser jerarquizados a la hora de abordarlos.

Una vez identificado un miedo nuclear, los **siguientes pasos** son:

a) **Se pide al paciente que escriba en casa un borrador de la primera imagen** a utilizar. Para ello se le proporcionan por escrito guías sobre el contenido y la forma de la imagen. En cuanto al **contenido**, la imagen debe incluir la situación temida, las reacciones cognitivas, emocionales y físicas a la situación y el significado que da el cliente a la situación y a sus reacciones (consecuencias temidas). La imagen debe producir mucha ansiedad, pero ser creíble. Respecto a la **forma**, la imagen debe ser descrita en primera persona, en tiempo presente, con gran detalle (incluyendo información sobre los distintos sentidos) y sin incluir elementos de neutralización (p.ej., palabras como "quizá" o "no tan malo" pueden ser contraproducentes). La descripción de la imagen puede ocupar desde un tercio de página hasta una página entera a un espacio.

b) **El terapeuta ayuda al paciente a revisar el borrador anterior y a mejorarlo** siguiendo las pautas anteriores. Es fundamental que la descripción no incluya conductas de neutralización y que contenga las consecuencias específicas temidas por el cliente, aunque sin exagerar estas. El terapeuta debe buscar un **equilibrio** entre el abordaje de los **resultados temidos** y la inclusión de elementos de **incertidumbre** en la escena (véase el ejemplo un poco más abajo). La exposición imaginal no debe ir demasiado lejos, ya que un claro resultado negativo puede ser menos amenazante que un resultado incierto (lo peor ya ha ocurrido, con lo que puede quedar poco lugar para el miedo). En este sentido, la exposición imaginal de Dugas se aparta de las aplicaciones típicas de la exposición imaginal prolongada en temas como la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo.

c) El **paciente graba la imagen en una cinta sin fin o en un CD** leyendo el texto lentamente, con las pausas pertinentes y con emoción. De no ser así, la grabación debe repetirse hasta conseguir la velocidad y emoción adecuadas. Aunque el empleo de una grabación no es necesario, especialmente conforme el paciente va dominando la exposición, se piensa que las sesiones son más fáciles con la ayuda de dichas grabaciones que pidiendo simplemente al cliente que imagine la escena o la relate en voz alta.

A continuación se presenta un **ejemplo de escena** elaborada primero por el paciente y corregida y mejorada después con ayuda del terapeuta (Dugas y Robichaud, 2007, pág. 159):

> Mi hija ha sufrido un terrible accidente de coche. Voy a toda velocidad a la escena del accidente y allí hay ambulancias, sirenas sonando, coches aplastados y pedazos de cristales rotos esparcidos por la autopista. Entonces la veo; su pequeño cuerpo está tumbado boca abajo en la carretera y está cubierta de sangre. Su cara está toda cortada e hinchada, difícilmente parece la suya. Los enfermeros la colocan en una camilla –ellos están cubiertos de sangre también– y ponen la camilla en la ambulancia. Subo a la ambulancia, me siento al lado de la camilla y cojo su mano fría con la mía. Me doy cuenta de que estoy llorando incontrolablemente. El enfermero le pone una mascarilla de oxígeno; pequeñas luces parpadean en las máquinas dentro de la ambulancia y hay un olor horrible a hospital. En el hospital la llevan apresuradamente a la sala de emergencias y yo tengo que esperar fuera. Siento como si mis piernas fueran a fallarme y estoy temblando toda entera, así que me siento e intento controlarme. Después de lo que parecen ser horas, el doctor viene a verme. Se aclara la garganta y dice: "Iré directamente al asunto; su condición es crítica…".

Como se dijo antes, **la escena acaba con un elemento de incertidumbre**: un resultado incierto ("su condición es crítica") en vez de un claro resultado negativo ("su hija ha muerto"). De este modo se pretende evitar que quede poco espacio para el miedo. De todos modos, está por

demostrar la importancia de esta forma de proceder. Además, existen otras posibilidades; por ejemplo, la escena podría haber incluido la muerte de la hija y elementos de incertidumbre respecto a si la madre podría soportar o no vivir sin ella.

Llegado el momento, **se informa** al paciente de que va a empezar la **exposición** y que el objetivo de esta primera sesión no es realizar una exposición exitosa, sino comenzar a aprender la habilidad de exposición. También se le avisa de que le resultará difícil permanecer centrado en el tema de exposición, pero que lo que debe hacer cuando su mente divague, es volver a la imagen. Finalmente se le informa de las **características** de la exposición: duración aproximada, continuar hasta que la ansiedad retorne más o menos al nivel de línea base, mantener la imagen sin bloquearla ni distorsionarla, no emplear conductas tranquilizadoras e informar del nivel de ansiedad/malestar tras cada minuto.

La **exposición** suele durar de **30 a 60 minutos** y, al menos inicialmente, se hace en la consulta. El paciente informa de su nivel de ansiedad asociado con la preocupación y pasa a **escuchar la 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 minuto de exposición, el terapeuta pide al cliente que informe de su nivel de ansiedad**. La sesión continúa hasta que la ansiedad vuelve más o menos al nivel de línea base; conviene no basarse sólo en el autoinforme del cliente, sino tener también en cuenta sus respuestas no verbales (respiración, temblor, expresión facial).

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 se reduzca.

Al final de la sesión, el paciente informa de su nivel de ansiedad actual asociada con la preocupación y del nivel máximo de ansiedad asociada con la preocupación durante la exposición. Asimismo, informa de si ha empleado actividades de neutralización de la imagen o de reducción de la ansiedad –y, de ser así, cuáles han sido y si se ha vuelto a exponer a la imagen– y describe sus reacciones a la experiencia. Además, el terapeuta elabora un gráfico para mostrar al paciente la evolución de su ansiedad durante la exposición.

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 y con las mismas características que cuando se realizaba en la consulta. Para cada exposición entre sesiones, el cliente apunta en un **autorregistro** su nivel de malestar justo antes de la exposición e inmediatamente después, el nivel máximo experimentado durante la exposición y el posible empleo de conductas de neutralización. Esto permite controlar el progreso.

Una vez que los pacientes son capaces de emplear la exposición sin emplear conductas tranquilizadoras, se les puede pedir que **la lleven a cabo cuando los pensamientos surjan de forma espontánea**. Es decir, deben prestar atención a los mismos y observar cómo vienen y se van sin hacer nada ante ellos.

Cabe señalar, finalmente, que **otros autores** han abordado las preocupaciones sobre situaciones hipotéticas mediante **reestructuración cognitiva y eliminación de las conductas defensivas**. Si esto no fuera suficiente, podría aplicarse la exposición imaginal.

Prevención de recaídas

En primer lugar, se revisan los conocimientos y habilidades aprendidas y se enfatiza la necesidad de **seguir practicando** dichas habilidades, de perseverar aun cuando las cosas sean difíciles y de felicitarse y recompensarse por los logros. La idea es potenciar los progresos logrados y automatizar las habilidades adquiridas.

En segundo lugar, se recuerda a los pacientes que habrá **ocasiones en que experimentarán inevitablemente preocupación y ansiedad**, ya que estas son reacciones normales ante las situaciones estresantes (p.ej., problemas interpersonales, cambios laborales, cansancio). Es importante que sepan esperar estos aumentos y que los utilicen como señales para aplicar lo que han aprendido. Esto es especialmente importante en pacientes que han hecho grandes logros durante el tratamiento, ya que pueden olvidar más fácilmente que los niveles moderados de preocupación y ansiedad son una parte normal de la vida.

En tercer lugar, es fundamental distinguir entre un **contratiempo** (fluctuaciones normales en preocupación y ansiedad) y una **recaída** (una vuelta al estado anterior a la terapia). Así pues, experimentar incrementos de preocupación y ansiedad de vez en cuando es inevitable y no significa una recaída a no ser que la persona reaccione catastróficamente a los mismos.

Finalmente, se anima al paciente a desarrollar un plan de acción antes del fin de la terapia. Se le alienta a **fijarse metas para seguir progresando sin la ayuda del terapeuta**.

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**. Dos de los principales deberían ser reducir el nivel de autoexigencia y 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 sopese 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 deprimo 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 hunden necesariamente una ac-

tuación. 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, inicialmente, mucho más difícil que lo anterior.

- 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 de hacer estos, se hayan acabado o no).
  # **Cometiendo errores deliberadamente** y observando lo que sucede.
  # 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 autocrítica, la desmoralización y el abandono de las actividades, el éxito debe definirse en términos de esfuerzo.

TRATAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Silverman, Pina y Viswesvaran (2008, pág. 126) dan las referencias de diversos manuales donde se describen detalladamente algunos tratamientos.

Por lo que respecta a los **niños**, Kendall (1994; Kendall et al., 1997) ha propuesto un tratamiento cognitivo-conductual (programa *Coping Cat*) 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, que puede consultarse en Kendall y Hedtke (2006a, 2006b), 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. El programa *COPING CAT*, ya fuera aplicado individualmente (los padres eran colaboradores) o en familia (los padres eran co-clientes), ha resultado superior a un programa de educación y apoyo basado en la familia (Kendall, Hudson y Gosch, 2008); la mayoría de la muestra presentó TAG. Una adaptación de la TCC de Kendall ha sido superior al placebo farmacológico (Walkup et al., 2008).

Los resultados se han mantenido en tres seguimientos de 1 año y en otros dos de 3 y 6 años de media, y no se han visto afectados por la presencia de comorbilidad. La implicación de los niños en el tratamiento ha correlacionado positivamente con las mejoras conseguidas (Chu y Kendall, 2004). En un estudio posterior las valoraciones por parte del terapeuta de la relación terapéutica, pero no el cumplimiento de las tareas entre sesiones, predijeron el resultado en el postratamiento y en el seguimiento al año (Hughes y Kendall, 2007).

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 et al., 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 de Kendall 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 afrontamien-

to 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 es si la **implicación de los padres en el tratamiento** mejoraría los resultados de este. En el estudio antes citado de Kendall, Hudson y Gosch (2008), el programa *Coping Cat* funcionó igual de bien ya fuera que los padres participaran como colaboradores en una terapia individual o como co-clientes en una terapia familiar, aunque este último fue mejor cuando ambos padres tuvieron un trastorno de ansiedad. Por otra parte, Barrett y colaboradores han desarrollado el programa FRIENDS a partir del programa *Coping Cat* y han abordado también la implicación de los padres. El estudio de Barrett et al. (1996) indica que esta implicación mejora los resultados en **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 et al., 1998, citado en Muris et al., 2001). La potenciación de los resultados de la TCC en el estudio de Barrett et al., (1996) se dio en el postratamiento y en los seguimientos a los 6 y 12 meses, aunque no a los 5-7 años (Barrett et al., 2001). El programa FRIENDS resulta igual de eficaz aplicado individualmente o en grupo (Liber, van Widenfelt, Utens et al., 2008)

El programa FRIENDS 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). Finalmente, el programa FRIENDS aplicado en la escuela con niños de 7 a 11 años ha resultado superior al no tratamiento; además el grupo que incluyó formación de padres obtuvo mejores resultados (Bernstein et al., 2005).

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 temerosas 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 lo 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 et al., 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, aunque esto último no ha sido confirmado en el metaanálisis de In-Albon y Schneider (2007). 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. Según el metaanálisis de In-Albon y Schneider (2007), el **tamaño del efecto pre-post** de la TCC con niños y adolescentes que presentan diversos trastornos de ansiedad es 0,83 en ansiedad general, 0,85 en ansiedad fóbica y 0,70 en depresión. El tamaño del efecto global pre-post fue 0,86 (0,58 en los grupos placebo y 0,13 en la lista de espera), mientras que el tamaño del efecto respecto a grupos control fue 0,66. El 69% de los pacientes dejaron de cumplir criterios diagnósticos de su principal trastorno de ansiedad. No hubo diferencias en función de que el tratamiento fuera aplicado de forma individual o grupal y las mejoras se mantuvieron hasta varios años más tarde, aunque los seguimientos más comunes no pasaron del año.

En un estudio (Siqueland, Rynn y Diamond, 2005), la TCC más terapia familiar basada en el vínculo (dirigida a potenciar la autonomía de los adolescentes y mejorar las relaciones familiares) no ha resultado superior a la TCC sola.

Finalmente, en un estudio realizado con niños con diversos trastornos de ansiedad (el 39% con TAG), la **biblioterapia** pura ha sido algo mejor que la lista de espera, pero mucho menos eficaz que la TCC grupal con la participación de los padres (Rapee, Abbott y Lyneham, 2006, citado en Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008). La biblioterapia puede ser más eficaz más eficaz cuando es apoyada por contactos telefónicos o correos electrónicos con el terapeuta, ya sea que estos últimos sean iniciados por el terapeuta o el cliente (Lyneham y Rapee, 2006, citado en Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008). El primero de estos tratamientos fue el más eficaz y puede ser útil para personas que no tienen fácil acceso a los servicios cara a cara.

En cuanto a variables **predictoras** de los resultados del tratamiento, posibles predictores de peores resultados son: altos niveles de rechazo y de síntomas de ansiedad y depresión por parte del padre y la presencia de algún trastorno ansioso o depresivo en alguno de los progenitores, No está claro si el nivel de ansiedad de las madres está asociado a mejores o peores resultados (Liber, van Widenfelt, Goedhart et al., 2008).

NUEVAS 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 diseminación 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.

Dadas las limitaciones de las intervenciones existentes, han comenzado a aparecer nuevas ideas y aproximaciones que se expondrán a continuación. Así, 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, **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 personas sin TAG y podrían constituir temas emocionales más profundos que los pacientes evitarían por medio de las preocupaciones.

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 et al. (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 et al. (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.

Aparte de las intervenciones para el TAG en adultos del grupo de Barlow y del grupo de Dugas, ya explicadas, se han desarrollado otras nuevas orientaciones que serán expuestas en los siguientes apartados.

TERAPIA INTEGRADORA

Newman et al. (2004) han sugerido que para evitar emociones dolorosas, los pacientes con

TAG no sólo se preocupan, sino que se comportan de un modo que aumenta la probabilidad de experimentar consecuencias interpersonales negativas. Así, evitan que otros conozcan cómo son y lo que sienten para evitar la crítica y el rechazo que anticipan. También pueden fallar en comunicar a otros lo que necesitan y quieren en sus relaciones, pero expresan enfado y decepción cuando sus necesidades emocionales no son satisfechas.

Newman et al. (2004) han desarrollado una **terapia integradora** para el TAG en la que se aplica secuencialmente en cada sesión de 2 horas a) la **TCC** tradicional y b) **técnicas interpersonales** dirigidas a alterar las pautas problemáticas de relacionarse y **técnicas experienciales** orientadas a superar la evitación emocional. Las **metas** de la parte interpersonal/experiencial son, en primer lugar, identificar las necesidades interpersonales del paciente, las formas interpersonales actuales y pasadas con las que intenta satisfacer dichas necesidades y la experiencia emocional subyacente; y, en segundo lugar, generar conductas interpersonales más eficaces para satisfacer las propias necesidades. Para conseguir estas metas, **se abordan cuatro dominios**:

- **Problemas actuales en las relaciones interpersonales, incluyendo el impacto negativo que el paciente tiene en otros**. Tras explorar las relaciones interpersonales en general, se escoge una persona que sea importante para el cliente y se explora con más profundidad la relación que el paciente tiene con ella. Es importante hablar de situaciones concretas y especificar bien una serie de aspectos: a) ¿qué sucedió entre usted y la otra persona?, b) ¿qué emociones sintió?, c) ¿qué necesitaba o esperaba obtener de la otra persona?, d) ¿qué temía de la otra persona?, e) ¿qué hizo usted?, y f) ¿qué sucedió a continuación entre usted y la otra persona? A partir de aquí se vuelve al punto “b” hasta que la situación esté clarificada.

- **Orígenes de los problemas interpersonales actuales (p.ej., experiencias de apego y traumáticas)**. Se hace una vez que se ha explorado totalmente el dominio anterior. Ayuda a comprender por qué las formas de relacionarse con los demás pueden haber sido adecuadas en el pasado, aunque ahora resulten perjudiciales.

  Una vez que se han identificado las pautas problemáticas de relacionarse, terapeuta y paciente **trabajan, típicamente mediante *role-plays*, modos alternativos de relacionarse con los demás**. En los *role-plays* el paciente asume primero su papel y luego el terapeuta representa el papel del paciente y este el de la otra persona; el paciente debe imaginar cómo se habría visto afectado en la situación, como si estuviera en la piel del otro.

- **Dificultades interpersonales que surgen en la relación con el terapeuta, incluyendo las rupturas en la relación terapéutica**. El cliente tiende a repetir con el terapeuta los modos desadaptativos de relacionarse. El terapeuta debe reconocer, basándose en sus propios comportamientos y emociones, cuándo ha quedado enganchado en estos modos desadaptativos que permiten la evitación interpersonal y emocional del cliente. Posibles marcadores son la impresión de que la terapia no va a ningún sitio, sentirse emocionalmente desconectado del paciente y permitir a este proporcionar información histórica irrelevante, contar largas historias tangenciales, cambiar de tema y proporcionar sólo descripciones abstractas de sucesos y emociones.

  Una vez que el terapeuta es consciente del impacto negativo de la conducta del cliente, aborda la cuestión de forma abierta y no defensiva. Por ejemplo, “me siento (dejado a un lado) cuando usted (no contesta mis preguntas)”. Luego, se pide al paciente que exprese cómo se siente respecto a lo que se le ha dicho. Cuando el cliente expresa una emoción (lo cual puede requerir invitaciones repetidas, aunque suaves), el terapeuta debe empatizar y validar las experiencias afectivas. A continuación, comparte su reacción a la autorrevelación del paciente (“Naturalmente, usted querría evitar un tema que le resulta in-

cómodo. Sin embargo, no contestar a mis preguntas me hace sentir como si lo que le pregunto no es importante"). También es importante que el terapeuta facilite que el paciente vea el vínculo entre los modos de comportarse en la sesión y los modos actuales y pasados de comportarse fuera de la misma.

Otro aspecto de la relación terapéutica son las **rupturas de la alianza terapéutica**, las cuales son vistas como oportunidades para desconfirmar los esquemas interpersonales desadaptativos del paciente y lograr que este tenga percepciones más realistas de sí mismo y de los otros y aprenda nuevos modos de comportarse. Ejemplos de rupturas son la expresión de insatisfacción por parte del cliente, expresiones indirectas de hostilidad, desacuerdo sobre las metas y tareas de la terapia, excesiva obediencia y la conducta evasiva (contenidos confusos, saltar de un tema a otro, no contestar a preguntas directas, legar tarde).

El **manejo de las rupturas sigue tres pasos**: a) Comunicar al cliente que se ha percibido su reacción negativa e invitarle a hablar sobre ella. b) Reflejar las percepciones y emociones del cliente e invitarle a expresar emociones y pensamientos adicionales sobre sucesos negativos que hayan ocurrido en la terapia. c) Reconocer alguna verdad en la reacción del cliente, incluso cuando esta reacción parezca poco razonable; esto implica reconocer que el terapeuta ha contribuido de alguna manera a lo sucedido.

- **Procesamiento emocional en el aquí y ahora de los afectos asociados con los dominios anteriores**. La toma de conciencia y profundización de las emociones experimentadas facilitan la exposición a los afectos previamente evitados y permiten así la extinción de la preocupación negativamente reforzada por la evitación emocional. Cuando el terapeuta nota un marcador no verbal o verbal de emoción, alienta al paciente a seguir con ella y experimentarla totalmente. Similarmente, si el cliente se desconecta de su experiencia emocional, se le invita a centrase en sus experiencias inmediatas. Es importante que el paciente vea la emoción como una fuente importante de información de lo que necesita en su vida.

  Además de los marcadores de emociones subyacentes, el terapeuta está atento a los marcadores de **conflictos internos** (se usa la técnica de las dos sillas), **asuntos no resueltos** con otra persona (se emplea la técnica de la silla vacía) y **reacciones problemáticas** (sorpresa, confusión y ambivalencia ante las propias reacciones; se usa el despliegue evocador sistemático: imaginarse vívidamente en la situación y expresar en detalle lo sucedido y los propios sentimientos).

Los datos de un estudio no controlado sugieren la eficacia de la terapia integradora de Newman et al. (2004) a corto y medio plazo (Newman et al., 2008).

TERAPIA METACOGNITIVA

Wells (1995, 1997, 2007) ha sugerido, acorde con su **modelo metacognitivo**, que el tratamiento del TAG debe centrarse en el **cuestionamiento de las metapreocupaciones** en vez de en las preocupaciones tipo 1. En línea con esto, el paciente debe ser alentado a abandonar los intentos de controlar sus pensamientos y dejar, en cambio, que estos últimos pasen; para motivarle a hacer esto, se emplea un experimento sobre los resultados de intentar suprimir un pensamiento (p.ej., intentar no pensar en un oso blanco). 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.

En la **terapia metacognitiva de Wells se tratan primero las creencias negativas sobre las preocupaciones**. En primer lugar se intenta modificar la creencia de que las preocupaciones son incontrolables; para ello se pide al paciente que identifique un disparador para una preocupación y que posponga el preocuparse hasta más tarde en el día, durante un periodo de unos 15 minutos (que no es obligatorio utilizar). El siguiente tipo de experimento es pedir al paciente que utilice el tiempo limitado de preocupación para intentar perder el control del proceso de preocupación. El siguiente paso es desafiar las creencias de que las preocupaciones son peligrosas. Los pacientes tienden a igualar preocupación y estrés y creen que la ansiedad y el estrés son dañinos. Se da información sobre el valor adaptativo de la ansiedad y el estrés y se usan experimentos en los que se pide al cliente que intente producir los resultados negativos intensificando periódicamente el proceso de preocuparse. Para los clientes que piensan que preocuparse es anormal, se les pide que hagan una encuesta a otras personas preguntándoles si se preocupan, con qué frecuencia y si les produce malestar.

Posteriormente se abordan las creencias positivas sobre las preocupaciones. Primero se revisan las pruebas en contra de que el preocuparse ayuda a afrontar las cosas. Segundo, se desafía el supuesto mecanismo por el que la preocupación mejora los resultados. Tercero, se emplea la estrategia de la discrepancia. Se pide al paciente que escriba en detalle una preocupación reciente y luego una descripción de lo que realmente sucedió; luego se comparan las dos descripciones para resaltar la discrepancia y cuestionar la utilidad de preocuparse. Finalmente, se emplean experimentos en los que se pide al cliente que aumente su preocupación unos días y la reduzca otros y observe los efectos sobre los resultados que consigue. El tratamiento concluye revisando estrategias alternativas para manejar las intrusiones y factores estresantes que disparan las preocupaciones. Se carece por el momento de estudios controlados sobre la eficacia de este enfoque, aunque existe un estudio no controlado con 10 pacientes y resultados muy positivos (Wells y King, 2006).

TERAPIA CONDUCTUAL BASADA EN LA ACEPTACIÓN

Roemer y Orsillo (2007) han integrado en su **terapia conductual basada en la aceptación** las aproximaciones de conciencia plena (*mindfulness*) y la aceptación de las propias experiencias con la TCC. Concretamente, enfatizan: a) aumentar la conciencia en el momento presente (prestar atención deliberadamente en el momento presente a las experiencias internas y externas sin juzgarlas ni controlarlas), b) alentar la aceptación de las respuestas internas en vez de juzgarlas y evitarlas, y c) promover la acción en áreas importantes para el paciente.

Se comienza explicando y demostrando un modelo del TAG en que se resalta el papel de la evitación experiencial y se conecta este modelo con el tratamiento a seguir. Luego, se enseñan una variedad de técnicas de conciencia plena, centradas primero en la respiración y sensaciones y luego en las emociones y pensamientos. A lo largo del tratamiento se ayuda a los clientes a identificar las actividades que valoran en su vida (en el área interpersonal, laboral/educativa e intereses personales) y a vivir la vida que deseen dejando de centrarse en cambiar sus experiencias internas y centrándose, en cambio, en las acciones que pueden llevar a cabo para cambiar su experiencia externa; y esto último a pesar de los pensamientos y sentimientos dolorosos que pueden surgir.

El tratamiento se ha mostrado más eficaz que la lista de espera en un estudio (Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault, 2008) y las mejoras se han mantenido a los 9 meses. Por otra parte, el estudio no controlado de Evans et al. (2008) también sugiere la eficacia de una terapia cognitiva basada en la conciencia plena.

TERAPIA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES

Mennin (2004) ha propuesto la **terapia de regulación de las emociones** basándose en que las personas con TAG tienen problemas para identificar y comprender sus emociones, las valoran negativamente y no las aceptan y tienen dificultades para regularlas; de hecho, utilizan la preocupación y otras estrategias ineficaces (p.ej. obtener seguridad de otros, actuar para evitar a toda costa consecuencias interpersonales negativas) con el fin de intentar controlar o suprimir la experiencia emocional (p.ej., ansiedad, tristeza, enfado, euforia). La terapia de regulación de las emociones integra componentes de la TCC (p.ej., autorregistro, relajación, reestructuración de creencias, toma de decisiones) con intervenciones centradas en las emociones y que van dirigidas a los déficits en regulación emocional (p.ej., entrenamiento en habilidades) y a la evitación emocional (p.ej., ejercicios experienciales). Además, se abordan también los problemas interpersonales de los pacientes.

La terapia de regulación de las emociones tiene cuatro fases: **1) Psicoeducación** sobre el TAG, **análisis funcional** de las preocupaciones y emociones y **autorregistro** de preocupaciones. **2)** El cliente aprende a **identificar respuestas defensivas y de evitación ante la emoción**, tales como el preocuparse y la búsqueda de tranquilización. En su lugar, **aprende habilidades** de conciencia somática, identificación de creencias sobre temas nucleares problemáticos, comprensión y aceptación emocional, identificación y expresión de las propias necesidades y regulación de emociones (p.ej., respiración, imaginación placentera, actividad física, generar planes adaptativos de acción ante situaciones problemáticas). **3)** Las habilidades aprendidas se emplean en una variedad de **ejercicios experienciales** que están relacionados con cuestiones nucleares tales como miedo a la pérdida, incompetencia y fracaso. Estos ejercicios experienciales pueden incluir técnicas como la silla vacía, el diálogo de las dos sillas y la exposición imaginal, apoyadas en caso necesario, por otras técnicas como la flecha descendente y el diálogo socrático. **4)** Revisión del progreso, terminación de la relación terapéutica, **prevención de recaídas** y metas futuras más allá de la terapia. En el momento actual se está estudiando la eficacia de esta terapia.

TRATAMIENTO MÉDICO

Es común el empleo de benzodiacepinas 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 et al. (2001), Bobes et al. (2002), Davidson (2001), Echeburúa (1993a), Gammans et al. (1992), Hidalgo, Tupler y Davidson (2007), Kaplan, Sadock y Grebb (1994/1996), Lydiard, Brawman-Mintzer y Ballenger (1996), Mitte et al. (2005), Rapee (1995), Roy-Byrne y Cowley (2002) y Schmitt et al. (2005) indican lo siguiente.

Las **benzodiacepinas** (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 benzodiacepinas. 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, disminución del nivel de alerta, pérdida de memoria, debilidad muscular, depresión respiratoria, potenciación de los efectos del alcohol). Además, el **porcentaje de recaídas** al descontinuar las benzodiacepinas es **muy alto** (63-81%). Asimismo, el TAG es frecuentemente comórbido con trastornos depresivos, para los cuales las benzodiacepinas no son un tratamiento adecuado; incluso pueden agravarlos. Las benzodiacepinas 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 benzodiacepinas con fines an-

siolíticos 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 benzodiacepinas, aunque no siempre ha resultado superior al placebo. Tarda más que las benzodiacepinas 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 benzodiacepinas puede tener un efecto sinérgico. Si un paciente no ha respondido a las benzodiacepinas recientemente, es difícil que lo haga a las azapironas.

La **imipramina** (50-200 mg), un antidepresivo tricíclico, ha sido más eficaz que el placebo a corto plazo en tres estudios y de similar eficacia a las benzodiacepinas (alprazolam, diacepam), 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 frente a 1). Los antidepresivos tricíclicos son de **efectos más lentos y peor tolerados** que las benzodiacepinas 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 buspirona, se ha mostrado superior al placebo a la hora de conseguir que pacientes que tomaban benzodiacepinas desde hace largo tiempo las abandonaran.

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 varios estudios, algunos de ellos con gran número de pacientes, y al 2'-clordesmetildiacepam en un estudio. El **escitalopram** (10-20 mg/día) también ha sido superior al placebo e igual de eficaz que la paroxetina. La **sertralina** en dosis flexibles (50-200 mg/día) ha sido superior al placebo en ansiedad psíquica y somática (p.ej., Allgulander et al., 2004). La sertralina y la paroxetina parecen igual de eficaces. Los efectos de los ISRS tardan unas tres semanas en aparecer y son evidentes en la ansiedad psíquica y somática, en la interferencia en la vida social y familiar y en calidad de vida. Los resultados de un estudio indican que los ISRS (paroxetina o citalopram) no sólo reducen la ansiedad, sino también la interpretación de la información ambigua como amenazante. Los efectos secundarios de los ISRS incluyen fatiga, molestias gástricas, náuseas, diarrea, inquietud, alteraciones del sueño, disfunción sexual, sudoración y aumento de peso a largo plazo.

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 buspirona 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. Sin embargo, cuando ha sido estudiada en niños y adolescentes, la venlafaxina de liberación prolongada tuvo efectos adversos en ciertos parámetros biológicos (colesterol, presión sanguínea, ritmo cardíaco, peso y altura) (Compton, Kratochvil y March, 2007). Otro inhibidor de la recaptación de la serotonina y de la norepinefrina, la **duloxetina** (60-120 mg) también se ha mostrado superior al placebo en varios estudios en medidas de ansiedad, discapacidad y calidad de vida.

La **pregabalina** (150-600 mg; preferiblemente 200-450 mg) es un agente anticonvulsivo que actúa como ansiolítico y que ha resultado más eficaz que el placebo en varios estudios; su eficacia es similar a la de la venlafaxina. Actúa sobre los componentes psíquicos y somáticos de la ansiedad. Hoy en día su uso ha sido autorizado en Europa para el tratamiento del TAG. Parece tener menos efectos secundarios que los ISRS y tiene un comienzo de acción más rápido (1 semana) que estos últimos y que la venlafaxina.

Otros fármacos que han sido investigados en algún estudio y que han sido más eficaces que el placebo son la agomelatina (25-50 mg; agonista melatoninérgico y antagonista selectivo de los receptores serotonérgicos), la encipracina, la hidroxicina, el opipramol, el valproato (un antiepiléptico), el DN-2327 (un derivado de la isoindolina) y el deramciclane (un antagonista de los receptores de la serotonina). El extracto especial de Ginkgo biloba EGb 761 (un fármaco antidemencia) ha sido superior al placebo en un estudio. Por otra parte, el alpidem ha sido igual de eficaz que las benzodiacepinas, mientras que la nefazodona y el milnacipram (un inhibidor de la recaptación de la serotonina y noradrenalina) han sido eficaces en estudios no controlados. 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 En otro estudio con pacientes que no habían respondido a la medicación, fue más útil añadir risperidona (0,5-1,5 mg/día) que placebo. La tiagabina, un inhibidor selectivo de la recaptación del ácido gamma-aminobutírico, no parece eficaz.

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).

En el caso de los **niños**, Kendall et al. (1997) citan varios estudios según los cuales ni el clonacepam ni la imipramina ni la buspirona se han mostrado eficaces. La sertralina (50 mg/día) ha sido más eficaz que el placebo en un estudio con niños y adolescentes (5-17 años) (Rynn, Siqueland y Rickels, 2001). En un estudio no controlado, la fluoxetina se ha mostrado eficaz. La venlafaxina de liberación prolongada ha sido superior al placebo en un estudio, pero no en otro (Compton, Kratochvil y March, 2007). Según el metaanálisis de Hidalgo, Tupler y Davidson (2007), los tamaños del efecto de los fármacos eficaces considerados en conjunto han sido más altos en niños/adolescentes que en adultos.

Según el metaanálisis de Hidalgo, Tupler y Davidson (2007), la pregabalina, la hidroxizina (un antihistamínico), la venlafaxina, las benzodiacepinas y los ISRS tiene un tamaño del efecto similar (de 0,36 a 0,50) y mayor que el de la buspirona (0,17). 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. También la **pregabalina** es un agente indicado. 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 benzodiacepinas. 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 et al. (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 et al. (1989, citado en Power et al., 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 et al. (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 descontinuar la medicación. En un metaanálisis posterior, Mitte (2005) no halló diferencias a corto plazo entre las intervenciones cognitivo-conductuales (incluidas las 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 et al. (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 et al. (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, benzodiacepinas 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 probablemente superiores a los otros dos grupos en los autoinformes de ansiedad.

Trabajando con personas mayores, la mayoría con TAG, Gorenstein et al. (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 et al., 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.

Con niños y adolescentes que presentaban fobia social, TAG, trastorno de ansiedad por separación o combinaciones de estos, Walkup et al. (2008) compararon TCC (una adaptación del programa **Coping Cat**), sertralina, la combinación de ambas y placebo. Los tres tratamientos fueron superiores al placebo, la TCC y la sertralina fueron igualmente eficaces y el tratamiento combinado fue el mejor de todos. Lamentablemente no hubo seguimiento.

Las **conclusiones tentativas** que pueden extraerse de los trabajos anteriores son que la intervención cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico son igual de eficaces a corto plazo,

que la primera es superior a medio y largo plazo y que el tratamiento combinado puede ser más eficaz a corto plazo, al menos con serotonérgicos y en el caso de niños y adolescentes.

Por otra parte, en un estudio con pacientes con TAG que deseaban dejar las benzodiacepinas, la TCC de Dugas más la descontinuación (gradual) de la medicación fue superior a la escucha activa (de las experiencias de la vida del paciente) más la descontinuación (gradual) de la medicación en **ayudar a los pacientes a dejar las benzodiacepinas** (74% contra 37%), en mejora sintomática y en remisión diagnóstica (Gosselin et al., 2006). Estas diferencias se mantuvieron en el seguimiento al año.

Finalmente, se ha señalado la posible eficacia de **terapias alternativas** para problemas de ansiedad (no necesariamente trastornos). El extracto de Galphimia glauca ha mostrado una eficacia similar al loracepam en pacientes con TAG. El kava-kava es más eficaz que el placebo para la ansiedad de leve a moderada, aunque no en el tratamiento del TAG. El masaje terapéutico continuado parece tan eficaz como la psicoterapia para reducir el rasgo de ansiedad. La valeriana puede ser eficaz para el insomnio asociado a trastornos de ansiedad (Connor, Payne y Davidson, 2006; Shearer, 2005). La homeopatía clásica no ha resultado más eficaz que el placebo. Según el metaanálisis de Hidalgo, Tupler y Davidson (2007), **en pacientes con TAG el kava-kava y las preparaciones homeopáticas dan peores resultados que la medicación y que el placebo**.

TABLAS

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

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva), que ocurren más de la mitad de los días durante al menos 6 meses, sobre un número de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar).

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 la mitad de los días durante los últimos 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

   (1) inquietud o impaciencia
   (2) cansarse o fatigarse con facilidad
   (3) dificultades de concentración o quedarse con 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 foco 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), sentirse azorado en público (como en la fobia social), contaminarse (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 múltiples quejas físicas (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. La perturbación no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p.ej., hipertiroidismo) y no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

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

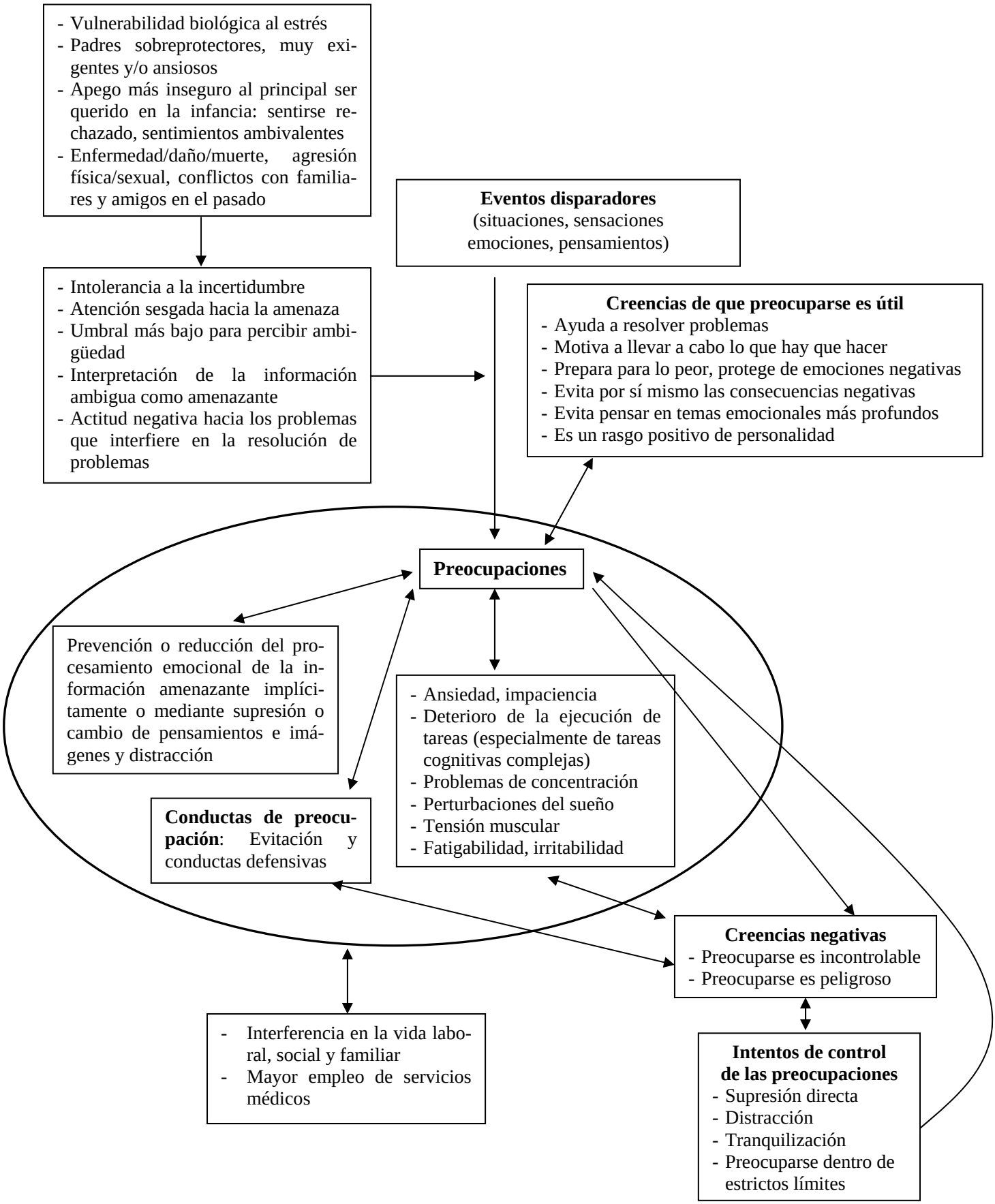

Figura 1. Modelo explicativo del trastorno de ansiedad generalizada. (*) Uso limitado.

Tabla 2. Modelo de autorregistro.

SITUACIÓN QUE DISPARA LA PREOCUPACIÓN **¿Dónde estoy?, ¿qué ha pasado?, ¿qué estoy haciendo, sintiendo y/o pensando?** **DÍA Y HORA** ***Ejemplo: Escucho la noticia de un accidente*** ***23-04/ 18 horas***	**¿QUÉ EMOCIÓN SIENTO? (nivel 0-10)** ***Ejemplo: inquietud (7), nervios (8)***	**¿QUÈ PIENSO? ¿QUÉ TEMO QUE PUEDA PASAR? (pensamientos e imágenes)** ***Ejemplo: Me preocupa que mi hijo tenga un accidente y quede paralítico.***	**Duración de la preocupación**	**¿QUÉ HAGO PARA REDUCIR LA PREOCUPACIÓN?** ***Ejemplo: Intento suprimir la preocupación, pienso en otras cosas, me distraigo, llamo por teléfono a mi hijo para comprobar si está bien***	**¿Ha sido útil preocuparme? (0= nada 10= muchísimo**	**Ansiedad media a lo largo del día (0= nada 10= máxima)**	**Estado de Ánimo medio a lo largo del día (0= muy bajo 10= muy alto)**	**% del día preocupado** ***Ejemplo: 40%***	**Grado de interferencia en mis actividades (0= ninguna 10= muy alta)**

Tabla 3. 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 (desdramatización).
- Actividades entre sesiones: autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), RMP.

Sesión 6

- Revisar autorregistros, RMP y cuestionamiento cognitivo (sobrestimación de probabilidad, desdramatización).
- 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 3. Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (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). (*) Uso limitado.

Tabla 4. 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 paralítico 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). (*) Uso limitado.

Tabla 5. 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 un 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 6. 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 convenzo 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. Él 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 6. Diálogos entre terapeuta (T) y paciente (P) en los que se muestra la técnica de descatastrofización (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 7. 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 7. Guías para la organización del tiempo (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. Posibles razones para no delegar son creencias perfeccionistas (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) y miedo al conflicto con los demás. 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, porque, 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, aténgase a la misma y no comience otras actividades asociadas que son innecesarias o no prioritarias. Por ejemplo, si la actividad era repasar un informe u ordenar una habitación, no caiga en la trampa de repasar 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 o aplazar 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), Craske y Barlow (2006) y Clark (1989). (*) Uso limitado.

REGISTRO DE ACTIVIDADES DIARIAS			
Hora	**¿Qué hice hoy y cuánto tiempo me ha ocupado?** **Fecha:**	**¿Qué había planeado hacer, pero no hice?**	**¿Qué hubiera querido hacer, pero no tuve tiempo de hacer?**
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			

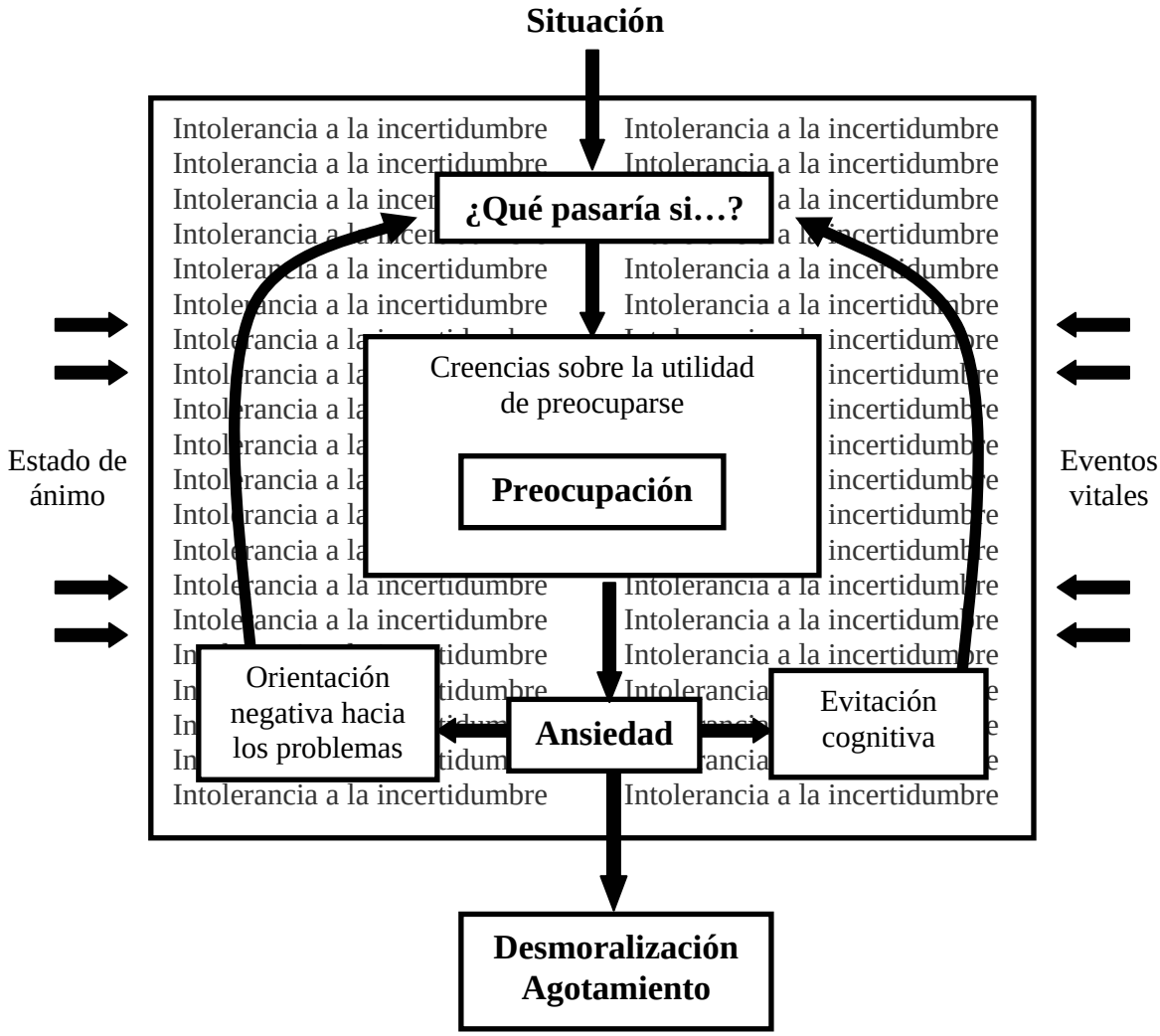

Figura 2. Modelo explicativo del TAG según el modelo de Dugas y Robichaud (2006, pág. 178). (*) Uso limitado.

Tabla 8. Ejemplos de manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre.

Estrategias de "aproximación"

1. Querer hacerlo todo usted mismo y no delegar tareas en nadie más.

   Ejemplo: Hacer todas las tareas de casa usted solo porque si no, no puede estar seguro de que estén bien hechas.

2. Buscar una gran cantidad de información antes de proceder con algo.

   Ejemplo: Leer un montón de documentación sobre un tema; pedir la misma información a un cierto número de personas; mirar muchas tiendas antes de elegir un regalo para alguien.

3. Poner en duda una decisión que ya había tomado porque ya no está seguro de que sea la mejor decisión.

4. Buscar seguridad o tranquilización (preguntar a otros de modo que nos aseguren que estamos haciendo lo correcto)

5. Volver a comprobar y hacer las cosas otra vez por no estar seguro de haberlas hecho correctamente.

   Ejemplo: Volver a leer varias veces lo correos electrónicos antes de enviarlos para asegurarse de que no hay errores.

6. Sobreproteger a otros (p.ej., familiares, niños) haciendo cosas por ellos.

Estrategias de "evitación"

1. Evitar comprometerse totalmente con ciertas cosas.

   Ejemplo: No comprometerse en una relación de amistad o romántica porque el resultado es incierto; no implicarse totalmente en la terapia porque no hay garantías de que funcionará.

2. Encontrar razones "imaginarias" para no hacer ciertas cosas.

   Ejemplo: Hallar excusas para no irse de la casa familiar; no hacer el ejercicio físico que sabe que es bueno para usted diciéndose que puede no ser capaz de soportar la incomodidad que conlleva.

3. Dilación o aplazamiento (dejar para más tarde lo que puede hacer ahora mismo).

   Ejemplo: Posponer una llamada telefónica porque no está seguro de cómo reaccionará la persona; aplazar la toma de una decisión porque no está seguro de que sea la correcta; no hacer algo finalmente porque no está seguro de su decisión (p.ej., elección de una película o restaurante).

Nota. Tomado de Dugas y Robichaud (2007, pág. 120). (*) Uso limitado.

Tabla 9. Formulario de las creencias sobre la utilidad de preocuparse.

Debajo aparece una serie de creencias que la gente puede tener sobre preocuparse. Han sido agrupadas en diferentes categorías. Por favor, indique, marcando "SÍ" o "NO" si usted ha experimentado cada tipo de creencia sobre preocuparse; si contesta "SÍ", escriba un ejemplo personal para cada una.

1. Creencias sobre que preocuparse es algo que puede ayudarle a resolver problemas. Esto incluye todas las creencias que expresan la idea de que preocuparse ayuda a solucionar problemas, encontrar soluciones mejores, ser más consciente de los problemas, estar mejor preparado para afrontarlos, reaccionar mejor cuando los problemas ocurren y evitar problemas potenciales.

   SÍ: _____ No: _____

   Ejemplo personal:

2. Creencias de que preocuparse es una buena forma de motivarse a sí mismo. Esto incluye todas las creencias que expresan la idea de que preocuparse le motivará a hacer cosas que de otro modo evitaría. Estas creencias pueden estar relacionadas con responsabilidades en el trabajo, tareas domésticas, actividades sociales o actividades de ocio.

   SÍ: _____ No: _____

   Ejemplo personal:

3. Creencias sobre que preocuparse es un modo de protegerse a sí mismo de emociones negativas. Esto incluye todas las creencias que expresan la idea de que al preocuparse por algo de antemano, puede protegerse a sí mismo del engaño, decepción, tristeza o culpa subsecuentes si el acontecimiento llega a ocurrir.

   SÍ: _____ No: _____

   Ejemplo personal:

4. Creencias de que preocuparse puede tener un efecto en los acontecimientos. Esto incluye todas las creencias que expresan la idea de que el simple hecho de preocuparse puede tener por sí mismo un efecto sobre los acontecimientos, que las preocupaciones tienen poder sobre la ocurrencia o no ocurrencia de los acontecimientos.

   SÍ: _____ No: _____

   Ejemplo personal:

5. Creencias de que preocuparse es un rasgo de personalidad positivo. Esto incluye todas las creencias que expresan la idea de que una persona que se preocupa es considerada, prudente y se interesa por el bienestar de los demás. Estas creencias también implican que preocuparse por alguien es una prueba de amor y consideración.

   SÍ: _____ No: _____

   Ejemplo personal:

¿Puede pensar en otros ejemplos de creencias sobre preocuparse que no estén incluidos en las categorías anteriores? SÍ: _____ No: _____

Si la respuesta es SÍ, descríbalos, por favor:

Nota. Tomado de Dugas y Robichaud (2007, págs. 171-172). (*) Uso limitado.

Tabla 10. Preguntas para desafiar las creencias de que las preocupaciones son útiles.

1. *Preocuparse ayuda a resolver problemas*. Ejemplo: Si me preocupo sobre los problemas que surgen en el trabajo, seré capaz de encontrar mejores soluciones para los mismos.

- ¿Resuelve usted realmente sus problemas preocupándose o le da vueltas una y otra vez al problema en su cabeza?
- ¿Preocuparse le lleva realmente a resolver sus problemas o se pone tan ansioso que retrasa la solución de sus problemas o los evita por completo?
- ¿Está confundiendo un pensamiento (preocupación) con una acción (resolución de problemas)?

2. *Preocuparse como fuerza motivacional*. Ejemplo: Si me preocupo por mi rendimiento en el trabajo, entonces estaré motivado para que las cosas me salgan bien.

- ¿Conoce a alguien que haga bien su trabajo y que no sea una persona preocupadiza?
- ¿Está confundiendo preocuparse con tener atención y cuidado? Es decir, ¿es posible querer hacer las cosas bien en el trabajo y no preocuparse por ello todo el tiempo?
- ¿Mejora su preocupación realmente su rendimiento? ¿Existen repercusiones negativas como consecuencia de su excesiva preocupación por el trabajo? (P.ej., dificultades para concentrarse, problemas de memoria, ansiedad intensa.)

3. *Preocuparse protege de las emociones negativas*. Ejemplo: Si me preocupo sobre que mi hijo pueda desarrollar una enfermedad grave, estaré mejor preparado emocionalmente si sucede.

- ¿Le ha sucedido alguna vez algo malo sobre lo que se haya preocupado antes? ¿Cómo se sintió? ¿Se amortiguó el dolor o la tristeza que causó?
- ¿Preocuparse por cosas que pueden no suceder nunca aumenta sus emociones negativas en el momento presente?

4. Preocuparse puede por sí mismo prevenir los resultados negativos. Ejemplo: Cuando me preocupo por un examen próximo, lo hago bien; cuando no me preocupo, no lo hago bien.

- ¿Alguna vez le ha ido mal en un examen aunque se hubiera preocupado?
- ¿Su creencia sobre la preocupación (esto es, preocupación = buen resultado, no preocupación = mal resultado) está basada en datos reales o es una suposición? Por ejemplo, ¿es posible que sólo recuerde los exámenes que hizo bien cuando se preocupó y que olvidara los que no hizo bien cuado se preocupó?
- ¿Realmente no se preocupó cuando las cosas no fueron bien en algunos exámenes o justo está recordándolo de este modo para apoyar su creencia?
- ¿Puede poner a prueba su creencia? Por ejemplo, ¿puede registrar su preocupación antes de todos los exámenes y luego mirar el resultado de cada examen?

5. *Preocuparse es un rasgo positivo de personalidad*. Ejemplo: El hecho de preocuparme por mis hijos prueba que soy una madre buena y cariñosa.

- ¿Hay algo más que usted hace que muestre que es una madre buena y cariñosa? ¿Es preocuparse por sus hijos la única forma de mostrar cariño y amor?
- ¿Conoce a otros padres que usted consideraría buenos y cariñosos, pero que no se preocupan excesivamente?
- ¿Ha sufrido consecuencias negativas por parte de amigos y familiares a causa de su preocupación excesiva? ¿Alguno ha considerado su preocupación excesiva como un rasgo *negativo* de personalidad? Por ejemplo, ¿le han dicho alguna vez sus hijos que usted les regaña o da la lata demasiado, o tiene amigos que no le toman en serio porque se preocupa demasiado?

(continúa)

Tabla 10. Preguntas para desafiar las creencias de que las preocupaciones son útiles (continuación).

6. El coste de preocuparse: Desafíos potenciales para todas las creencias sobre la preocupación.

- ¿Su preocupación excesiva sobre este tema ha influido negativamente en las relaciones con su familia y amigos?
- ¿Su preocupación excesiva ha influido negativamente en su rendimiento laboral? ¿Completar las tareas le lleva más tiempo que a otra gente que se preocupa menos?
- ¿Su preocupación excesiva le ha llevado a altos niveles de estrés y fatiga?
- ¿Cuánto tiempo y esfuerzo le supone preocuparse por este tema? ¿Obtiene mejores resultados preocupándose (p.ej., una mejor relación con sus hijos, un mejor trabajo o rendimiento escolar) en comparación con la gente que se preocupa menos?

Nota. Tomado de Dugas y Robichaud (2007, págs. 131-132). (*) Uso limitado.

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.

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.

Argyropoulos, S., Ploubidis, G., Wright, T., Palm, M., Hood, S., Nash, J., et al. (2007). Development and validation of the Generalized Anxiety Disorder Inventory (GADI). *Journal Of Psychopharmacology 21*, 145-152.

Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 633-646.

Ayers, C.R., Sorrell, J.T., Thorp, S.R. y Wetherell, J.L. (2007). Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and Aging, 22*, 8-17.

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.

Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007). Outcome of cognitive-behavioural therapy in training practice with anxiety disorder patients. *British Journal of Clinical Psychology, 46, 429-435*.

Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales. *Psicothema, 17*, 679-683.

Ballenger, J.C. (2001). Overview of different pharmacotherapies for attaining remission in generalized ansiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 62* (sippl. 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., Duffy, A.L. 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: Thougt suppression in anxiety patiens. *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.

Berstein, G.A., Layne, A.E., Egan, E.A. i Tennison, D.A. (2005). School-based interventions for anxious children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 1118-1127.

Bieling, P.J., Antony, M.M. y Swinson, R.P. (1998). The State-Trait Anxiety 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 gneralized 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.
Brown, T.A. y Barlow. (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., Chorpita, B. F., Korotitsch, W. & Barlow. D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 79-89.
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.
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.
Burns, D. (2000). *Autoestima en diez días*. Barcelona: Plaza y Janés.
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.
Butler, G. y Rouf, K. (2004). En J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann y M. Mueller (Eds.) *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 121-137). Oxford: Oxford University Press.
Caballo, V. E. (Dir.). (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
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.
Carleton, R., Norton, M. y Asmundson, G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 105-117.
Caro, I. (1985). Diagnóstico y tratamiento de un trastorno de ansiedad generalizada. Análisis y Modificación de Conducta, 11, 325-334.
Carter, R.M., Wittchen, H.-U., P®ster, H. y Kessler, R.C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety, 13*, 78-88.
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.
Caudle, D., Senior, A., Wetherell, J., Rhoades, H., Beck, J.G., Kunik, M., Snow, A.L., Wilson,. N. y Stanley M.A. (2007). Cognitive errors, symptom severity and response to cognitive behavior therapy in older adults with generalized anxiety disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*, 680-689.
Chambless, D.L. y Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychol-

ogy, 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.
Chu, B.C. y Kendall, P.C. (2004). Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 821-829.
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.
Compton, S., Kratochvil, C. y March, J. (2007). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Psychiatric Annals, 37*, 504-517.
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.
Connor, K.M., Payne, V. y Davidson, J.R. (2006). Kava in generalized anxiety disorder: three placebo-controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology, 21*, 249-253.
Corcoran, K. y Fischer, J. (2000). Measures for clinical practice: A source book. Volume II: Adults (3ª edición). Nueva York: Free Press.
Covin, R., Ouimet, A., Seeds, P. y Dozois, D. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 108-116.
Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2006). M*astery of your anxiety and worry: Client workbook* (2ª ed.). Londres: Oxford University 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.
Dugas, M.J. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Nueva York: Routledge
Dugas, M., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., Francis, K. y Koerner, N. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior Therapy, 38*, 169-178.
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., Treliving, 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., Treliving, 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. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1986.)
D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1999). Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention. Nueva York: Springer.
D'Zurilla, T.J., Nezu, A.M. y Maydeu-Olivares, A. (1997). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory - Revised*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
Echeburúa, E. (1993a). Ansiedad crónica: Evaluación y tratamiento. Madrid: Eudema.
Echeburúa, E. (1993b). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En G. Buela-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.
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.
Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C. y Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 716-721.
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.
Ferrero, A., Pierò, A., Fassina, S., Massola, T., Lanteri, A., Daga, G., et al. (2007). A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting. *European Psychiatry, 22*, 530-539.
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.
Fuentes, I., Alarcón, A., Cabañas, S. y Capafons, A. Evaluación del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad.* (pp. 507-518). Madrid: Pirámide.
García-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Parellada, M. Bousoño, M. y Bobes, J. (2008). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (5ª ed.). Barcelona: Ars Médica.
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., Ladouceur, R., Langlois, F., Freeston, M.H., Dugas, M.J. y Bertrand, J. (2003). Développement et validation

d'un nouvel instrument évaluant les croyances erronés á l'égard des inquiétudes. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 53*, 199-211.

Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C.M., Dugas, M.J. y Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 908-919.

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.

Gould, R.A., Safren, S.A., Washington, D.O. y Otto, M.W. (2004). A meta-analytic review of cognitive-behavioral treatments. En R.G. Heimberg, C.L. Turk y D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 248-264). Nueva York: Guilford.

Grant, B.F., Hasin, D., Stinson, Frederick S., Dawson, D., Ruan, W.J., Doldstein, R.B., Smith, S.M., Saha, T.D. y Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine, 35*, 1747-1759.

Grös, D.F., Antony, M.M., Simms, L.J. y McCabe, R.E. (2007). Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): Comparison to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psychological Assessment, 19*, 369-381.

Hamilton, M.A. (1959). The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medical Psychology, 32, 50-55.

Hayes, S. y Hirsch, C.R. (2007). Information processing biases in generalized anxiety disorder. *Psychiatry, 6*, 176-182.

Henry, J.D. y Crawford, J.R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, pp. 227-239.

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.

Hidalgo, R., Tupler, L. y Davidson, J. (2007). An effect-size analysis of pharmacologic treatments for generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopharmacology, 21*, 864-872.

Hofmann, S. y Smits, J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 621-632.

Hopko, D.R., Stanley, M.A., Reas, D.L., Wetherell, J.L., Beck, J.G., Novy, D.M. y Averill, P.M. (2003). Assessing worry in older adults: Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire and psychometric properties of an abbreviated model. *Psychological Assessment, 15*, 173-183.

Hughes, A., & Kendall, P. (2007). Prediction of cognitive behavior treatment outcome for children with anxiety disorders: Therapeutic relationship and homework compliance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35*, 487-494.

Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M. y Teixeira, V. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, Retrieved July 14, 2008, from MEDLINE database.

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.

In-Albon, T. y Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*, 15-24.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. y Grebb, J.A. (1996). Sinopsis de psiquiatría (7ª ed.). Buenos Aires: Panamericana. (Original de 1994.)

Keedwell, P y Snaith, R.P. (1996). What do anxiety scales measure? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 93*, 177-180.

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.

Kendall, P.C. y Hedtke, K.A. (2006a). Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual (3ª ed). Ardmore, PA: Workbook Publishing.

Kendall, P.C. y Hedtke, K.A. (2006b). *Coping Cat* workbook (2ª ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.

Kendall, P.C., Hudson, J., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E. y Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 282-297.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.

Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. y Ellen, E.W. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.

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.
Kohn, P., Kantor, L., DeCicco, T. y Beck, A. (2008). The Beck Anxiety Inventory-Trait (BAIT): A measure of dispositional anxiety not contaminated by dispositional depression. *Journal of Personality Assessment, 90*(5), 499-506.
Ladouceur, R., Bélanger, L. y Léger, E. (2009). *Deje de sufrir por todo y por nada*. Madrid: Pirámide. (Original de 2003.)
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.
Langhoff, C., Baer, T., Zubraegel, D. y Linden, M. (2008). Therapist-patient alliance, patient-therapist alliance, mutual therapeutic alliance, therapist-patient concordance, and outcome of CBT in GAD. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 22*, 68-79.
Liber, J., van Widenfelt, B., Goedhart, A., Utens, E., van der Leeden, A., Markus, M., et al. (2008). Parenting and parental anxiety and depression as predictors of treatment outcome for childhood anxiety disorders: has the role of fathers been underestimated?. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 747-758.
Liber, J., Van Widenfelt, B., Utens, E., Ferdinand, R., Van der Leeden, A., Van Gastel, W., et al. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 886-893.
Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry, 22*, 141-173.
Linden, M., Zubraegel, 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 generalized 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.
Marks, I.M. y Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating scale for phobic patients. Behaviour Research and Therapy, 17, 263-267.
Mennin, D.S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 17-29.
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.
Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin, 1318*, 785-795.
Mitte, K., Noack, P., Steil, R. y Hautzinger, M. (2005). A meta-analytic review of the efficacy of drug treatment in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 25*, 141-150.
Mohlman, J. (2004). Psychosocial treatment of late-life generalized anxiety disorder: current status and future directions. *Clinical Psychology Review, 24*, 149-169.
Mohlman, J. (2008). More power to the executive? A preliminary test of CBT plus executive skills training for treatment of late-life GAD. (2008, August). *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 306-316.
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.
Newman, M., Castonguay, L., Borkovec, T., Fisher, A. y Nordberg, S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*, 135-147.
Newman, M.G.,, Castonguay, L.G., Borkovec, T.D. y Molnar, C. (2004). Integrative therapy for generalized anxiety disorder. En R.G. Heimberg, C.L. Turk y D.S. Mannin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 320-350). Nueva York: Guilford.
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.
Newman, M.G., Zuellig, A.R., Kachin, K.E., Constantino, M.J., Przeworski, A., Erickson, T. y Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 33*, 215-233.
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.
Norton, P. y Philipp, L. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*, 214-226.
Norton, P.J. y Price, E.C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 521-531.
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.
Olivares, J., Rosa, A.I. y García-López, L.J. (2006). Tratamiento de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. En F.X. Méndez, J.P. Espada y M. Orgilés (Coords.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes: Estudio de casos clínicos* (pp. 105-130). Madrid: Pirámide.
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.
Provencher, M.D.. Ladouceur, R. y Dugas, M.J. (2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée: prévalence et evolution suite a une thérapie cognitivo-comportementale. Revue Canadienne de Psychiatrie, 51, 91-99.
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. Carrobles (Dirs.), Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1 (pp. 471-491). Madrid: Siglo XXI.
Ree, M., French, D., MacLeod, C. y Locke, V. (2008). Distinguishing cognitive and somatic dimensions of state and trait anxiety: development and validation of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*, 313-332.
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.
Roemer, L. y Orsillo, S. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 38*, 72-85.
Roemer, L., Orsillo, S. y Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 1083-1089.
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.
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.
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.
Sandín, B. (1997). Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. Madrid: Dykinson.
Schmitt, R., Gazalle, F.K., Lima, M.S., Cunha, A., Souza, J. y Kapczinski F. (2006). The efficacy of antidepressants for generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 27*, 18-24
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.
Shear, K., Belnap, B.H., Mazumdar, S., Houck, P. y Rollman, B.L. (2006). Generalized anxiety disorder severity scale (GADSS): a preliminary validation study. Depression & *Anxiety, 23*, 77-82.
Shearer, S. (2005). *Trastornos de ansiedad*. Barcelona: Medical Trends.
Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K. y Raj, B.A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology, 11* (suppl. 3), 89-95.
Siev, J. y Chambless, D. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 513-522.
Silverman, W., Pina, A. y Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 105-130.

Siqueland, L., Rynn, M. y Diamond, G.S. (2005). Cognitive-behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 361-381.

Slade, T. y Andrews, G. (2001). DSM-IV and ICD-10 generalized anxiety disorder: Discrepant diagnoses and associated disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*, 45-51.

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., 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.

Vázquez, Jiménez y Vázquez (2007). Características psicométricas de una adaptación española del Inventario de Pensamientos Ansiosos (AnTI). Póster presentado en el *V World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies*. Barcelona, 11 al 15 de julio de 2007.

Walkup, J.T., Albano, A.M., Piacentini, J., Birmaher, B. Compton, S.N., Sherrill, J.T., Ginsburg, G.S., Rynn, M.A., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J.S., y Kendall, P.C. (2008). Cognitive-behavioral therapy, sertraline and their combination for children and adolescents with anxiety disorders: acute phase efficacy and safety. *New England Journal of Medicine, 359*, 2753-2766.

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. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*, 18-25.

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.

Wells, A. y King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37*, 206-212.

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., 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.

Wilson, K.A., Beurs, E., Palmer,C.A. y Chambless, D.L. (1999). Beck Anxiety Inventory. En M.E. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planing and outcomes assessment* (2ª ed, pp 971-992). Mahwah, N.J.: Erlbaum.

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 Comorbidity 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.

Zinbarg, R.E., Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry (MAW): Therapist guide* (2ª ed.). Londres: Oxford University Press.

Zinbarg, R., Lee, J. y Yoon, K. (2007). Dyadic predictors of outcome in a cognitive-behavioral program for patients with generalized anxiety disorder in committed relationships: a spoonful of sugar and a dose of non-hostile criticism may help. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 699-713.

Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics, 12, 372-379.

[1] La **teoría del procesamiento emocional** de la información amenazante se basa en la propuesta de Lang (1988). Según este autor, la estructura de información de una emoción es concebida como una red asociativa conceptual que contiene proposiciones o representaciones de **estímulos** (el contexto de la acción), **respuestas** (verbales, motoras y viscerales) y **significado** de los elementos de estímulo y respuesta (significado de amenaza en los trastornos de ansiedad). Este significado viene incluido tanto en asociaciones automáticas entre estímulos, respuestas y consecuencias, como en la forma de expectativa, interpretaciones, evaluaciones y creencias. Cuando una red afectiva es activada, es decir, cuando las señales de entrada concuerdan con los conceptos de la red, el resultado es una emoción. Esta concordancia puede ocurrir con representaciones de estímulos, de respuestas y/o de significado. De este modo, en el caso de una persona con TAG preocupada por la violencia que ella o su familia pueden sufrir, la red afectiva correspondiente puede verse activada por la visión de un arma determinada o también por la presencia de algo vagamente parecido a dicha arma si algunas de las proposiciones de respuesta de la red están asimismo activadas como ocurriría si hubiera una activación simpática debida a ejercicio físico.

A partir de la propuesta de Lang, la teoría del procesamiento emocional mantiene que para cambiar una emoción (miedo o ansiedad en el caso del TAG) es necesario **activar las estructuras o redes asociativas de miedo** (p.ej., a través de la exposición) e **incorporar información incongruente con el miedo** dentro de las mismas. Información incongruente sería la habituación de la tensión muscular y de las respuestas viscerales a través de las sesiones, la disminución de las conductas de escape y evitación, y la comprobación de que las consecuencias temidas no se cumplen. La integración de la información correctiva se ve favorecida por la habituación fisológica. Ciertos factores favorecen el procesamiento emocional y otros –como las preocupaciones, la distracción y la evitación– lo interfieren.

Lang, P.J. (1988). Fear, anxiety, and panic: Context, cognition, and visceral arousal. En S. Rachman y J.D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 219-236). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

[2] Cuando se distinguían tres tipos de preocupación, se hacía lo siguiente. Para las preocupaciones sobre problemas basados en la realidad y modificables, se proponía el entrenamiento en **solución de problemas con objetivos centrados en el problema** (se buscan soluciones para cambiar la situación y quizá las reacciones personales a la misma). Para las preocupaciones sobre problemas basados en la realidad e inmodificables, se empleaba el entrenamiento en **solución de problemas con objetivos centrados en la aceptación de la situación y el manejo de las emociones** (pueden emplearse técnicas tales como desensibilización sistemática, relajación, respiración, meditación, entrenamiento autógeno, imaginación positiva, reestructuración cognitiva y/o entrenamiento autoinstruccional o bien los propios recursos que ya posee el paciente). Para las preocupaciones sobre acontecimientos muy improbables y no basados en la realidad, se utilizaba la **exposición imaginal**.