

# TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Arturo Bados

22 de mayo de 2015

## ÍNDICE

NATURALEZA .....	2
EDAD DE COMIENZO Y CURSO .....	8
FRECUENCIA .....	9
PROBLEMAS ASOCIADOS .....	11
GÉNESIS Y MANTENIMIENTO .....	13
EVALUACIÓN .....	20
Entrevista .....	21
Cuestionarios .....	23
Cuestionarios de tipo diagnóstico .....	23
Cuestionarios de ansiedad .....	24
Cuestionarios de preocupaciones .....	28
Cuestionarios sobre factores que se piensa contribuyen a mantener el TAG .....	29
Cuestionarios sobre otros aspectos relacionados .....	32
Cuestionarios de interferencia o discapacidad .....	34
Autorregistros .....	35
Observación .....	36
Significación clínica .....	36
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO .....	37
Eficacia del tratamiento psicológico .....	38
Significación clínica de los resultados .....	42
Variables predictoras y mediadoras de los resultados .....	46
Utilidad clínica del tratamiento psicológico .....	48
Terapia cognitivo-conductual de Borkovec .....	52
Tratamiento del grupo de Barlow .....	56
Entrenamiento en relajación .....	57
Reestructuración cognitiva .....	59
Exposición imaginal a los miedos que subyacen a la preocupación .....	60
Cambio de las conductas de seguridad o defensivas .....	63
Organización del tiempo .....	64
Resolución de problemas .....	66
Tratamiento del grupo de Dugas .....	66
Psicoeducación y entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones .....	67
Reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual .....	67
Reevaluación de la utilidad de la preocupación .....	70

Entrenamiento en resolución de problemas .....	71
Exposición imaginal a los miedos que subyacen a la preocupación .....	74
Prevención de recaídas .....	77
Terapia metacognitiva de Wells .....	77
Cuestionamiento de las creencias de incontrolabilidad.....	78
Eliminación de las conductas de búsqueda de seguridad y de evitación.....	80
Cuestionamiento de las creencias de peligrosidad .....	80
Cuestionamiento de la utilidad de la preocupación.....	81
Consolidación de nuevos planes de acción .....	82
Prevención de recaídas.....	83
Propuesta de un tratamiento modular integrador .....	83
Tratamiento del perfeccionismo disfuncional .....	85
Tratamiento de niños y adolescentes.....	87
NUEVAS PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO .....	99
Terapia integradora de Newman .....	100
Terapia de regulación de las emociones.....	102
Terapia conductual basada en la aceptación.....	103
TRATAMIENTO MÉDICO .....	104
TABLAS .....	110
REFERENCIAS .....	130

## NATURALEZA

La ansiedad y preocupación excesivas son dos de los componentes nucleares del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La **ansiedad** es la respuesta emocional (sentimiento de inquietud/malestar o reacciones somáticas de tensión) que acompaña a la anticipación aprensiva de un peligro o desgracia futuros, ya sean internos o externos. La **preocupación** es una cadena de pensamientos sobre un peligro o desgracia futuros, donde hay incertidumbre sobre los resultados (la amenaza futura es vista como impredecible y/o incontrolable) y un sentimiento acompañante de ansiedad (Dugas y Ladouceur, 1997; Dugas y Robichaud, 2007; Rapee, 1995). El ciclo de la preocupación suele comenzar con un pensamiento del tipo: “**¿Y si... (sucede algo negativo)?**”, el cual es seguido por una cadena de pensamientos sobre posibles consecuencias negativas (Dugas y Robichaud, 2007). Así, el pensamiento “¿y si tengo un cáncer?” puede ir seguido por la siguiente cadena de preocupación: “¿me lo descubrirán?, ¿tendrá tratamiento?, ¿sobreviviré?, ¿qué pasará con mi mujer y mis hijos?, ¿serán capaces de salir adelante?, ¿podrá mi mujer hacerse cargo de la economía familiar?, ¿qué pasa si no tienen dinero suficiente?, ¿tendrán que depender de la ayuda pública?, ¿terminarán siendo unos desgraciados?”. Cuando la preocupación es disfuncional, la cadena de pensamientos es difícil de controlar.

A continuación se presentan varios **ejemplos de preocupaciones** en pacientes con TAG: a) Una **madre** se preocupaba por si la comida que preparaba a su bebé estaba muy caliente y este podía quemarse, por si no lo oíría llorar por la noche y podría ahogarse, y por si se le pasaba por alto algún signo o síntoma de enfermedad y el bebé podía enfermar gravemente o morir. b) Un **periodista** estaba preocupado por si a la gente que entrevistaba lo consideraba inepto, por si su jefe rechazaba sus artículos, por si los lectores desaprobaban lo que escribía, por si sus compañeros podían estar juzgando todo lo que hacía y por si podía cometer un error grave que condujera a su despido. c) Un **psicólogo clínico** en formación se preocupaba por si trataba inadecuadamente a sus pacientes, por si una llamada telefónica sería porque un paciente había recaído o se había 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. 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).
- **Trabajo/estudios.** Preocupaciones por terminar todas las tareas de un día o semana, por si uno está funcionando al nivel que se espera y por si comete errores.
- **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 o por las tareas domésticas.

Según el DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013), los **niños y adolescentes con TAG** tienden a preocuparse excesivamente por su competencia o la calidad de su actuación en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando no son evaluados por otros. Otros temas de preocupación son la puntualidad y acontecimientos catastróficos como los terremotos y la guerra nuclear. Los niños con TAG pueden mostrarse conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos debido a una insatisfacción excesiva con un desempeño que no es perfecto. Buscan en demasía la aprobación y requieren ser tranquilizados en exceso respecto a su desempeño y otras preocupaciones. Sin embargo, estas características aparecen también en la vida adulta.

**En general, se piensa que no hay diferencias en el contenido de las preocupaciones de las personas “normales” y de las personas con TAG**, aunque Dugas y Ladouceur (1997) han señalado que las últimas se preocupan por una mayor variedad de situaciones y se preocupan más por cuestiones menores. Por otra parte, está claro que en el caso del TAG las preocupaciones son más frecuentes, duraderas, intensas y difíciles de controlar que en personas normales. Estas preocupaciones excesivas van asociadas a una hipervigilancia hacia los estímulos amenazantes y a una sensación de incontrolabilidad de los mismos. En comparación con personas “normales”, las personas con TAG se pasan más tiempo preocupados diariamente (1 hora frente a 5 o, más exactamente,  $55 \pm 63$  versus  $310 \pm 195$  minutos en el estudio de Dupuy et al., 2001), informan de más preocupaciones no precipitadas por algo y tienen preocupaciones menos realistas, percepciones de menor controlabilidad y más áreas de preocupación (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.

**En comparación con las personas que se preocupan excesivamente**, pero sin tener diagnóstico de TAG, los pacientes con TAG que buscan tratamiento puntúan más alto en rasgo de ansiedad y en depresión, se preocupan por una mayor variedad de temas, tienen más creencias

negativas sobre preocuparse (en el sentido de que es incontrolable y peligroso) y una mayor necesidad de controlar los pensamientos, presentan más pensamientos negativos intrusos antes y después de un periodo inducido de preocupación (lo que sugiere una menor capacidad actual, y no sólo percibida, para controlar la preocupación) y dichos pensamientos intrusos son más negativos según evaluadores independientes. Sin embargo, no difieren en las creencias sobre que preocuparse es útil (Hirsch et al., 2013). Asimismo, al comparar los dos grupos, los pacientes con TAG que buscan tratamiento informan de una mayor interferencia de sus síntomas en diversas áreas de su vida y creen que funcionan peor en las áreas laboral/académica, social, sexual, salud física y bienestar general (Gentes y Ruscio, 2014).

En el estudio anterior de Hirsch et al. (2013), **las dos variables que diferenciaron a las personas con TAG (buscasen o no tratamiento) y las personas que se preocupan en exceso** fueron un rasgo elevado de ansiedad y una mayor frecuencia de pensamientos intrusos, que fueron también más negativos. Estas dos variables podrían contribuir a explicar la transición entre preocuparse excesivamente y el TAG. Por otra parte, las diferencias adicionales mencionadas en el párrafo anterior entre los pacientes con TAG y las personas que se preocupan en exceso podrían ser atribuidas no tanto al diagnóstico de TAG, sino al hecho de buscar tratamiento.

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

Dugas y 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.<sup>1</sup>

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).

---

<sup>1</sup> 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).

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

Por otra parte, **no hay que confundir tampoco preocupaciones 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 suelen experimentarse como pensamientos verbales, son egosintónicas y su contenido no suele ser visto como inapropiado. Por otra parte, la mayoría de las obsesiones van acompañadas de compulsiones dirigidas a reducir la ansiedad asociada con aquellas. Finalmente, el contenido de las obsesiones tiende a ser estático, mientras que el de las preocupaciones es más cambiante y puede variar de semana a semana e incluso de día a día (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).

Se ha dicho que 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).

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

**Las personas con TAG se preocupan por cosas que es improbable que sucedan o que si ocurren son mucho más manejables y menos dramáticas** de lo que 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).

La ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes y la dificultad para controlar la preocupación forman parte de los **criterios diagnósticos del TAG** según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), los cuales son expuestos a continuación:

- A. Debe haber una **ansiedad y preocupación** (expectativa aprensiva) **excesivas y persistentes** (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar.
- B. A la persona le resulta **difícil controlar la preocupación**.
- C. La ansiedad y la preocupación están asociadas con **tres o más de los siguientes síntomas** (basta con uno en niños): inquietud o tener los nervios de punta, cansarse 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). Algunos de estos síntomas deben haber estado presentes más de la mitad de los días durante los últimos 6 meses.
- D. La ansiedad, preocupación o los síntomas físicos deben producir un **malestar** clínicamente significativo o un **deterioro** social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. El trastorno no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, fármaco) o enfermedad (p.ej., hipertiroidismo).
- F. El trastorno **no se explica mejor por la ocurrencia de otro trastorno mental**. Posibles ejemplos son la ansiedad y preocupación acerca de tener un ataque de pánico (trastorno de pánico), evaluación negativa (trastorno de ansiedad social), contaminación u otras obsesiones (trastorno obsesivo-compulsivo), separación de las figuras de apego (trastorno de ansiedad por separación), recuerdo de los eventos traumáticos (trastorno por estrés postraumático), ganar peso (anorexia nerviosa), quejas físicas (trastorno por síntomas somáticos), defectos percibidos en la apariencia (trastorno dismórfico corporal), tener una enfermedad grave (trastorno de ansiedad por la enfermedad) o el contenido de las creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

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

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

Algunos de los criterios del DSM han sido puestos en duda. En concreto, se ha cuestionado:

- La utilidad del criterio de duración de 6 meses. Varios estudios epidemiológicos no han hallado diferencias significativas en disfunción y comorbilidad entre las personas con TAG de 6 o más meses de duración y personas con TAG de 1-5 meses de duración (Kessler et al., 2009).
- El requerimiento de que las preocupaciones sean excesivas, ya que aunque la gravedad del problema es menor en las personas con TAG cuyas preocupaciones no son excesivas, estas personas presentan sin embargo más deterioro, cronicidad, comorbilidad y búsqueda de tratamiento que las personas sin TAG (Ruscio et al., 2005).
- La validez de la relación jerárquica del DSM-IV-TR entre el trastorno depresivo mayor y el TAG. Los pacientes con TAG sólo durante el curso de su depresión no se diferencian de los pacientes con TAG y depresión comórbida en características clínicas y psicosociales o en su historia familiar de trastornos psiquiátricos; y ambos grupos están más perturbados que los que presentan depresión mayor sin TAG (Andrews et al., 2010).
- El mantenimiento de los seis síntomas asociados, ya que muchos de ellos se dan también en el trastorno depresivo mayor. La inquietud o tener los nervios de punta y la tensión muscular son los síntomas específicos del TAG (Andrews et al., 2010).
- La primacía dada a la preocupación patológica en detrimento de las reacciones somáticas y autónomas. Se ha propuesto considerar diversos subtipos del TAG: con predominio de preocupación, con predominio somático y combinado (Portman, Starcevic y Beck, 2011).
- La consideración del TAG como un trastorno categorial, cuando los datos sugieren que es realmente un trastorno continuo o dimensional (Marcus, Sawaqdeh y Kwon, 2014).

A pesar de que la náusea, la diarrea y otras molestias abdominales son frecuentemente informadas por algunos pacientes, **las reacciones autónomas no parecen ser tan frecuentes en el TAG** como en otros trastornos de ansiedad; en cambio, los clientes con TAG informan de más activación del sistema nervioso central (Brown, O'Leary y Barlow, 2001; Rapee, 1995). La **tensión muscular es la reacción somática más característica del TAG**, mientras que hay un déficit del tono parasimpático en estados de descanso y relajación, por lo que el principal correlato fisiológico del TAG parece ser la inflexibilidad o **falta de variabilidad autónoma** (cardiovascular y electrodermal) (Hazlett-Stevens, Pruitt y Collins, 2009). Este sustrato fisiológico tiene sentido si se piensa que los estímulos temidos en el TAG tienen menos que ver con una amenaza presente que requiere lucha o huida y más con pensamientos sobre una amenaza futura sin sitio donde correr y nada con qué luchar. Es como la respuesta animal de quedarse totalmente inmóvil cuando no se dispone de una conducta de lucha o huida; esta inmovilidad implica aumento de la tensión muscular (Borkovec, 1994; Sibrava y Borkovec, 2006).

De todos modos, la activación fisiológica es mayor en el TAG que en grupos control. El rasgo de preocupación está asociado con una mayor actividad del sistema nervioso simpático (p.ej., actividad cardiovascular aumentada) y con una menor actividad del sistema nervioso parasimpático (p.ej., menor variabilidad del ritmo cardíaco). Igualmente, la preocupación experimentalmente inducida produce los mismos efectos en dichos sistemas en comparación con periodos de línea base y relajación (Newman et al., 2013). Además, **en sociedades no occidentales las presentaciones somáticas de la ansiedad generalizada son más prominentes que las psicológicas** y son frecuentes reacciones como palpitaciones, dificultades para respirar, sudoración, malestar abdominal, sensación de mareo, dolor o malestar en el pecho y náuseas (Lewis-Fernandez et al., 2010). Asimismo, las reacciones somáticas son especialmente notables en niños y personas mayores (Portman, Starcevic y Beck, 2011).

En comparación con el DSM-IV-TR y el DSM-5, 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, se centran más en los síntomas somáticos de ansiedad y exigen la presencia de 4 síntomas de 22 (entre los cuales se incluyen 5 de los 6 síntomas que contienen el DSM-IV-TR y el DSM-5). 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 el conocimiento; miedo a morir
- **Síntomas generales** (2): sofocos o escalofríos; entumecimiento o sensaciones de hormigueo
- **Síntomas de tensión** (4): tensión muscular, dolores o molestias musculares; inquietud o incapacidad para relajarse; tener los nervios de punta o tensión mental; sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.
- **Otros síntomas no específicos** (4): respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltarse; dificultad para concentrarse o “mente en blanco” debido a la preocupación o la ansiedad; irritabilidad persistente; dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

Al menos uno de los síntomas debe ser del grupo autónomo. El grado de concordancia entre el DSM-IV-TR 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 muestras clínicas la edad media fue de 20,6 años (DT = 11,5) en el estudio de Brown et al. (2001) y de 25 años en el de Léger et al. (1999, citado en Gosselin y Lamberge, 2003). En cambio, según estudios epidemiológicos, el TAG no parece comenzar a una edad temprana; así, en el estudio de Kessler, Berglund et al. (2005), la edad mediana fue 31 años. Cuanto más temprano es el inicio del TAG, mayor tiende a ser el deterioro asociado y es más probable presentar comorbilidad con otros trastornos.

Con niños y adolescentes, la edad media de comienzo ha oscilado entre los 11 y 13,5 años. Es plausible que las preocupaciones excesivas aparezcan ya en la infancia o adolescencia, pero que

en muchos casos no alcancen la categoría de trastorno hasta el comienzo de la vida adulta, coincidiendo con acontecimientos vitales tales como la acumulación de responsabilidades, 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 (Rapee, 1995). La remisión total del trastorno es baja. En pacientes graves con TAG de larga duración (M = 20 años) la probabilidad de remisión total al cabo de 1, 2, 5 y 8 años fue sólo del 15%, 25%, 38% y 49% respectivamente, a pesar de haber recibido farmacoterapia y algún tipo de tratamiento psicológico (psicodinámico, conductual, cognitivo-conductual). De los pacientes remitidos, el 27% y el 40% recayeron dentro de un periodo de 3 y 8 años respectivamente (Yonkers et al., 1996, 2000, 2003). Las remisiones fueron menos probables en pacientes que tenían malas relaciones familiares o maritales, trastornos de personalidad del grupo B o C o peor satisfacción global con su vida. Estos datos coinciden con los de otros estudios posteriores. Así, en un seguimiento a los 12 años, el TAG había remitido en el 58% de los pacientes y había reaparecido en el 45% de los que se habían recuperado (Bruce et al. 2005). En otro estudio con personas que buscaron tratamiento y con seguimiento a los 7 años, el porcentaje de pacientes remitidos fue más alto (83,5%), pero el 41% de los pacientes recuperados había recaído (Ansell et al., 2011). En un seguimiento a 2 años el 19,7% de los pacientes en los que había remitido el TAG volvieron a presentar TAG (lo más frecuente) u otro trastorno de ansiedad. La reaparición fue predicha por la discapacidad y la susceptibilidad a la ansiedad (Scholten et al., 2013).

En pacientes de asistencia primaria diagnosticados con TAG sólo el 39% se recuperaron totalmente a lo largo de 2 años; además, el 22% de los que se habían recuperado recayeron parcialmente y el 30%, totalmente (Rodríguez et al., 2006). En un estudio más ambicioso a lo largo de 14 años, la mayoría de pacientes dejaron de cumplir criterios diagnósticos de TAG, aunque sólo hubo una reducción modesta en la gravedad del trastorno. La mayoría de las personas siguieron presentando síntomas junto con un deterioro significativo; es decir, el TAG permaneció a un nivel subumbral (Ramshaw et al., 2009). Por otra parte, en un estudio con adolescentes (Ferdinand et al., 2007), la presencia de TAG predijo al cabo de 2 años casi con la misma probabilidad la continuidad del trastorno (continuidad homotípica) o la aparición de otros trastornos diferentes (continuidad heterotípica). En resumen, EL TAG puede remitir totalmente, especialmente con tratamiento adecuado, pero lo más frecuente es que continúe a un nivel subumbral (con importantes síntomas residuales) o que sea reemplazado por otro trastorno.

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

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

## FRECUENCIA

Conviene tener en cuenta que los **datos de prevalencia varían en función de** diversos factores: instrumento utilizado, uso del DSM-IV o de la CIE-10, operacionalización de los criterios diagnósticos, metodología de entrevista, país y datos sociodemográficos (sexo, edad, nivel socioeconómico, estado civil). Por otra parte, los **datos de prevalencia-vida** (tener el trastorno en al-

gún momento de la vida) **obtenidos retrospectivamente, como los que se presentan más adelante, pueden ser una subestimación** debido a problemas de recuerdo, especialmente si se ha padecido un trastorno que no es crónico ni recurrente. Cuando los datos se obtienen prospectivamente, las cifras de prevalencia-vida se doblan como mínimo (Moffitt et al., 2009).

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-TR.

Tipo	Prevalencia	País	Estudios
- Actual	2,8	Australia	Hunt, Issakidis y Andrews (2002)
- Anual	1 1,2 1,5 1,7-3,4 (según la edad) 2,1 3,1 3,6	Europa Europa Alemania Europa EE.UU. EE.UU. Australia	ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004) Lieb, Becker y Altamura (2005) Carter et al. (2001) Wittchen et al. (2011) Grant et al. (2005) Kessler, Chiu et al. (2005) Hunt, Issakidis y Andrews (2002)
- En algún momento de la vida	2,3 2,8 4,1 5,7 6,1	Europa Europa EE.UU. EE.UU. Australia	Lieb, Becker y Altamura (2005) ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004) Grant et al. (2005) Kessler, Berglund et al. (2005) McEvoy, Grove y Slade (2011)

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). Conviene señalar que la prevalencia-vida del TAG se dobla cuando el criterio de duración se reduce de 6 a 1-5 meses (Kessler et al., 2009).

**Prevalencias más bajas que en EE.UU. han sido halladas en un estudio realizado en seis países europeos** (entre ellos España) con 21.425 adultos, mediante entrevista y con criterios del DSM-IV-TR (ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004; Haro et al., 2006). La prevalencia anual del TAG fue 1% y la prevalencia-vida, 2,8% (0,5% y 1,9% en España); la razón entre mujeres/hombres afectados estuvo entre 1,8 y 2,5 según el tipo de prevalencia. Lieb, Becker y Altamura (2005) han revisado varios estudios realizados en **Europa**; con criterios DSM-IV-TR la prevalencia anual ha estado entre 0,1% y 1,5% (mediana: 1,2%); y la prevalencia-vida entre 0,1% y 6,9% (mediana: 2,3%). En su extensa revisión, Wittchen et al. (2011) estiman en población mayor de 14 años una prevalencia anual del 1,7%-3,4% en Europa, con una razón entre mujeres/hombres de 2,1. La prevalencia anual fue del 1,7% entre los 14 y 65 años y 3,4% en los mayores de 65 años.

La prevalencia del TAG en Europa parece menor que en EE.UU. y Australia; la prevalencia es aún más baja en Asia y África (Lewis-Fernández et al., 2010). Por otra parte, la prevalencia es más alta en el contexto de **atención primaria**. Así, la prevalencia actual del TAG ha sido del 11,7% en España (Roca et al., 2009), mientras que la prevalencia anual en Cataluña ha sido 3,8% (Serrano-Blanco et al., 2010). El TAG es el trastorno de ansiedad visto con más frecuencia en atención primaria.

El TAG es menos frecuente en niños y adolescentes. Siguiendo los criterios del DSM-IV-TR, la prevalencia actual o trimestral del TAG en **niños/adolescentes** británicos o estadounidenses ha

sido 0,8-1,3%, mientras que la prevalencia anual ha sido curiosamente más baja: 0,3-0,4%, salvo un 2,4% en Puerto Rico (Merikangas, Nakamura y Kessler, 2009; Merikangas, He, Brody et al., 2010). En **niños** británicos o estadounidenses, la prevalencia actual o trimestral ha sido del 0,7% (Costello et al., 2003; Ford et al., 2003). Por lo que respecta a la **adolescencia**, en estudios con población estadounidense la prevalencia mensual ha sido 0,4% (Kessler et al., 2012), la prevalencia anual, 1,1% (Kessler et al., 2012) y la prevalencia-vida, 2,2% (Merikangas, He, Burnstein et al., 2010). La prevalencia anual ha sido 0,5% en un estudio con adolescentes mejicanos (Benjet et al., 2009) y, sorprendentemente, 2,6% en un estudio con adolescentes chilenos (Vicente et al., 2012). En población alemana de **14-24 años**, la prevalencia anual y la prevalencia-vida del TAG fueron 0,5% y 0,8% respectivamente (Wittchen, Nelson y Lachner, 1998).

En estudios epidemiológicos 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), aunque en contextos clínicos representan sólo el 55-60%. El TAG es también más frecuente en las personas mayores de 24 años y menores de 55, en los separados/viudos/divorciados, en aquellos con menores ingresos, en los desempleados y en las amas de casa (Grant et al., 2005; Haro et al., 2006; 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.

En un estudio se ha visto que en comparación con los familiares de primer grado de personas sin trastornos, hay un mayor riesgo de TAG a lo largo de la vida en los **familiares de primer grado** de los pacientes con TAG que buscan tratamiento (8% contra 24%). Sin embargo, el riesgo es similar en familiares de personas con TAG de muestras comunitarias (8,2%, Low, Cui y Merikangas, 2008), lo que indica que las muestras clínicas presentan un trastorno más grave.

## 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 y 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, síndrome de fatiga crónica, úlceras, diarrea, gases, dolores de cabeza, dolor cervical y de espalda, hipertensión esencial, trastorno cardiovascular, diabetes, insomnio, síndrome temporomandibular e incluso cáncer) (Craske y Barlow, 2006; Gosselin y Laberge, 2003; Lieb, Becker y Altamira, 2005; Rapee, 1995). Esto puede explicarse parcialmente por la asociación de las preocupaciones con cambios en la activación cardiovascular, inmunológica y endocrina. Estos efectos fisiológicos parecen debidos, al menos en parte, a la carga mental (no sólo emocional) que suponen las preocupaciones, especialmente cuando son frecuentes y, sobre todo, duraderas (Verkhuil et al., 2009).

Los **niños** y adolescentes con TAG, en comparación con aquellos 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 del DSM-IV-TR 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 las 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% trastorno 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 las 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%). La automedicación con alcohol o con alcohol y otras medicaciones/drogas ha sido autoinformada respectivamente por el 14% y el 5% de las personas con TAG (Robinson et al., 2009).

En cuanto a **comorbilidad actual en pacientes con diagnóstico actual de TAG como trastorno principal**, Provencher, Ladouceur y Dugas (2006) hallaron que el **73%** de 90 pacientes con TAG recibieron además **al menos un diagnóstico adicional** de trastornos de ansiedad o depresivos del DSM-IV-TR (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). Los dos diagnósticos comórbidos más frecuentes, tanto en la actualidad como a lo largo de la vida, fueron la fobia social (36% y 39%) y el trastorno depresivo mayor (26% y 64%). 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).

Por lo que respecta a la **ideación suicida** y a los **intentos de suicidio**, estos son más frecuentes en pacientes con TAG que en personas sin problemas de ansiedad según el metaanálisis de Kanwar et al. (2013). Sin embargo, es posible que los estadísticos calculados en los estudios revisados no fueran ajustados para covariables importantes.

Finalmente, cabe mencionar que, según algunos estudios, las personas con mayores niveles de ansiedad o preocupación tienen más probabilidades de padecer **enfermedades cardíacas** (Seldenrijk et al., 2014)<sup>2</sup> o de **morir prematuramente**, especialmente por causas cardíacas e incluso después de controlar otros factores de riesgo (Denollet et al., 2009; Kawachi et al., 1994), aunque la probabilidad de muerte prematura es baja. Además, hay que tener en cuenta que algunos factores de riesgo utilizados como covariantes (tabaco, alcohol, colesterol, hipertensión, peso, sedentarismo) pueden mediar la relación entre ansiedad y mortalidad. Por otra parte, hay estudios que no han encontrado asociación entre nivel de ansiedad y mortalidad e incluso en algunos se ha hallado una asociación negativa (Meyer et al., 2010; Mykletun et al., 2009).

<sup>2</sup> En cambio, Seldenrijk et al. (2014) no hallaron que el diagnóstico de TAG estuviera asociado a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en los 6 años siguientes.

## GÉNESIS Y MANTENIMIENTO

En su análisis de estudios de cohortes, Moreno-Peral et al. (2014) hallaron los siguientes factores de riesgo para el inicio del TAG, aunque muchos de ellos sólo fueron considerados en uno o muy pocos estudios: edad (30-60 años), sexo femenino (datos contradictorios), estatus socioeconómico bajo, estar divorciado o separado (datos contradictorios), consumo excesivo de tabaco (datos contradictorios), eventos vitales estresantes, padres fríos y sobreprotectores (datos contradictorios), características de personalidad (inhibición conductual, neuroticismo, evitación del daño), historia parental o propia de trastornos mentales, historia personal de trastornos de ansiedad y haber recibido tratamiento psiquiátrico. Estas y otras variables han sido también identificadas en otros estudios que han empleado metodologías diferentes.

Las variables anteriores han sido recogidas en diversos modelos explicativos del TAG (p.ej., Barlow [2002] y Clark y Beck [2010]). Behar et al. (2009) y Fisher y Wells (2009) revisan críticamente diversos modelos contemporáneos del TAG: modelo de evitación de Borkovec, modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas, modelo metacognitivo de Wells, modelo de desregulación emocional de Mennin y modelo basado en la aceptación de Roemer y Orsillo. Bados (2015) y Prados (2008) revisan también algunos de estos modelos y otros. Un ejemplo de modelo explicativo integrador puede verse en la **figura 1**.

En el surgimiento del TAG intervienen una **vulnerabilidad biológica** y una vulnerabilidad psicológica. Respecto a la primera, consiste en una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada e incluye rasgos temperamentales que tienen un fuerte componente genético. Entre los principales se encuentran el neuroticismo, la introversión, la afectividad negativa (tendencia estable y heredable a experimentar una amplia gama de sentimientos negativos) y la inhibición conductual ante lo desconocido. Ahora bien, mientras que estos rasgos temperamentales y 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, al menos en muestras clínicas (Hettema, Neale y Kendler, 2001; Low, Cui y Merikangas, 2008). En cambio, los trastornos de ansiedad en general sí que son más frecuentes en el primer grupo. Sea como sea, la carga genética para el TAG no parece ser muy grande (véase Hettema, Neale y Kendler, 2001; Hettema et al., 2005). Se habla de una heredabilidad del 22-37%; la varianza restante vendría explicada, al menos en adultos, por factores ambientales no compartidos. Los factores ambientales compartidos tienen un mayor peso en la infancia que en la adultez, aunque menor que el de los factores genéticos y factores ambientales no compartidos.

En apoyo de la vulnerabilidad biológica, los estudios de resonancia magnética funcional sugieren en pacientes con TAG una mayor respuesta de la **amígdala**, la estructura del sistema límbico que media las reacciones afectivas con valencia negativa y el miedo en particular. En comparación con controles sanos, los pacientes con TAG han mostrado una mayor activación de la amígdala al anticipar imágenes aversivas o condiciones de conflicto. Además, presentan un mayor volumen de la amígdala (Newman et al., 2013).

La vulnerabilidad biológica puede interactuar con una **vulnerabilidad psicológica** (percepción de que los eventos negativos o 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; Borkovec, Alcaine y Behar, 2004; Sibrava y Borkovec, 2006) 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 eventos traumáticos o muy estresantes y de ciertos estilos educativos (falta de afecto, sobreprotección, rechazo) que favorecen un apego inseguro en la infancia y el desarrollo de pobres habilidades interpersonales. En comparación con 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). Otros factores históricos asociados al TAG han sido haber tenido progenitores con trastornos ansiosos o depresivos, la pérdida de un progenitor antes de los 16 años, padre alcohólico, maltrato, aborto tras embarazo no deseado y haber tenido que cuidarse anticipadamente de los progenitores y de sí mismos en la infancia.

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 rechazados por dicho ser querido, ser tratado fríamente por él, 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. Por otra parte, muchos pacientes informan haber cuidado a sus seres queridos (más que ser cuidados por ellos) para obtener su amor y aprobación; además, parecen seguir haciendo esto en sus relaciones adultas por la misma razón y en tal grado que les causa problemas. Otros estudios han mostrado que en comparación con un grupo control, los pacientes con TAG informan de **más problemas familiares durante la infancia**: conflictos con los padres, conflictos entre los padres, falta de atención de los padres y educación inconsistente por parte de los padres. En niños y adolescentes los síntomas del TAG han estado asociados con la percepción de progenitores sobreprotectores, hipercontroladores, muy exigentes, con reglas estrictas y disciplina severa, lo cual puede impedir el desarrollo de la autonomía del niño (Newman et al., 2013).

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 (especialmente interpersonales) 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; de hecho, las personas con TAG son más capaces que los controles de detectar su activación fisiológica [Andor, Gerlach y Rist, 2008]). 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). Conviene señalar que hay datos que indican que el sesgo atencional (y de interpretación) en el TAG puede no ser

específico para la amenaza, sino para la información negativa en general (Clark y Beck, 2010).

Aunque los datos no son totalmente coincidentes, **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** (p.ej., 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; Sanz, Miguel-Tobal y Casado, 2011). Por otra parte, los niveles altos 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) y a **exagerar la posible amenaza** implicada en determinadas situaciones. 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 adelante 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**, fruto también de la historia previa, **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 incluye creencias de que la incertidumbre es inaceptable y debe evitarse, provoca frustración, induce estrés e inhibe la acción. De este modo, la intolerancia a la incertidumbre es considerada como una característica disposicional que refleja un conjunto de creencias negativas sobre la incertidumbre y sus implicaciones.

Según Dugas y Robichaud (2007), la **intolerancia a la incertidumbre** contribuye al desarrollo y mantenimiento de las preocupaciones y la ansiedad al facilitar: a) los **sesgos cognitivos antes mencionados** (atención sesgada hacia la amenaza, interpretación de la información ambigua como amenazante, exageración de la probabilidad de la amenaza, necesidad de mayor información a la hora de tomar decisiones); b) la **orientación negativa hacia los problemas** (p.ej., la percepción de poco control sobre los problemas, que son vistos como amenazas, y la poca confianza sobre el propio proceso de resolución de problemas), orientación que, a su vez, interfiere con la puesta en marcha de las habilidades de resolución de problemas; c) las **creencias de que las preocupaciones son útiles**; y d) el empleo de **estrategias de evitación**. Las preocupaciones y la ansiedad contribuyen asimismo a la orientación negativa hacia los problemas y a las estrategias de evitación. A su vez, el estado de ánimo y la ocurrencia de eventos vitales estresantes influyen en todo este proceso.

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, orien-

tación 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 otras reacciones ansiosas y depresivas. 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), la gravedad del TAG fue predicha por los cuatro elementos del modelo, especialmente la intolerancia a la incertidumbre y la orientación negativa hacia los problemas.

Por otra parte, los pacientes con TAG tienen más **dificultades para identificar, describir y aceptar sus emociones** e informan de más miedo a las emociones negativas (también a las positivas según algunos estudios). Según los casos, las emociones pueden ser vistas como peligrosas, inmanejables, incontrolables, inaceptables para uno mismo o los demás, vergonzosas, infantiles o demostradoras de debilidad. Se piensa que el miedo e intolerancia de las emociones exacerban el malestar y facilitan el empleo de estrategias inadecuadas de afrontamiento para reducir el afecto intenso o evitar el incremento del afecto negativo (Newman y Llera, 2011; Sexton y Dugas, 2009b; Stapinski, Abbott y Rapee, 2010b). Estos últimos autores hallaron que, tras controlar la varianza atribuible a las reacciones depresivas, creencias metacognitivas, intolerancia a la incertidumbre y percepciones de amenaza externa, un **menor control percibido sobre las reacciones emocionales** fue un predictor único del TAG y de las preocupaciones. Asimismo, los datos de Kerns et al. (2014) indican que, en comparación con universitarios sin TAG, aquellos con TAG informan y *muestran* una menor habilidad para reconocer, comprender y manejar sus emociones.

En resumen, en función de las vulnerabilidades antes descritas, se desarrollan una serie de características personales:

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

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

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

Los pensamientos “¿y si...?” (pensamientos disparadores de preocupaciones) suelen iniciar la cadena de preocupaciones mediante la activación de **creencias de que preocuparse es útil**. Estas creencias contribuyen al mantenimiento de las preocupaciones, 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 (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) 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 siete tipos de creencias. **Estas creencias son informadas más frecuentemente por pacientes con TAG** que por personas sin TAG (Borkovec, 1994; Borkovec, Alcaine y Behar, 2004; Sibrava y Borkovec, 2006; Dugas y Koerner, 2005; Dugas y Robichaud, 2007), aunque no todos los pacientes las presentan y además, parecen ser propias de diversos trastornos de ansiedad más que específicas del TAG (Andrews et al., 2010).

- **Preocuparse ayuda a descubrir medios de evitar lo que se teme.** Sin embargo, más que descubrir estos medios, lo que se teme no ocurre debido a que es muy improbable.
- **Preocuparse es un medio eficaz de resolver problemas.** Sin embargo, la preocupación más que un medio eficaz para generar soluciones eficaces, entorpece el proceso de solución de problemas.
- **Preocuparse motiva a llevar a cabo lo que hay que hacer.** La realización de la acción refuerza el papel de la preocupación como una estrategia motivacional; a su vez, lo que se ha realizado queda reforzado negativamente por la desaparición del malestar emocional asociado al estado de preocupación. Sin embargo, hay métodos motivacionales más adecuados.
- **Preocuparse prepara para lo peor, protege de las emociones negativas.** Esto es, preocuparse por un evento negativo ayuda a prepararse para su ocurrencia; de este modo, se mitiga la reacción emocional ante el acontecimiento negativo, dado que ocurra. Sin embargo, el precio es largos períodos de malestar y otras consecuencias negativas.
- **Preocuparse puede por sí mismo evitar la ocurrencia de consecuencias negativas o hace menos probable que ocurran.** Este es un pensamiento mágico que es reforzado por una coincidencia supersticiosa entre preocuparse y la ausencia de resultados negativos.
- **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 mencionan que se poseen estas cualidades.

Las personas con preocupaciones no clínicas son capaces de poner fin a las mismas reeva-

luando la amenaza de modo más realista y/o formulando un plan de acción para afrontar un peligro realista o resolver un problema. En contraste, los pacientes con TAG son incapaces de terminar con las mismas. **El flujo incontrolado de preocupación tiene varios efectos**, los cuales contribuyen a mantener las preocupaciones (Barlow, 2002; Sibrava y Borkovec, 2006). Además, estas se ven agravadas por los eventos estresantes y el humor deprimido. Los efectos de las preocupaciones incontroladas son:

- **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.<sup>1</sup> La reducción del procesamiento emocional puede ser debida a la evitación de las consecuencias temidas nucleares que subyacen a las preocupaciones. En efecto, estas consisten básicamente en pensamientos verbales poco concretos o elaborados respecto a la amenaza percibida (se evita, en general, pensar en los peores resultados posibles y, más aún, imaginarlos), de modo que no se activa suficientemente la estructura de miedo ni se llevan a cabo acciones para reevaluar y/o afrontar la amenaza, con lo que no se incorpora información correctiva. En consecuencia, las preocupaciones contribuyen a mantener las interpretaciones de amenaza y disminuyen el control percibido sobre las amenazas futuras (Stapinski, Abbott y Rapee, 2010a).

Según Borkovec (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004; Sibrava y Borkovec, 2006), otro posible mecanismo de evitación del procesamiento emocional es que las preocupaciones reducen la activación somática ante al estímulo temido al consistir básicamente en pensamientos verbales en vez de imágenes. Sin embargo, aunque las imágenes son menos frecuentes en personas con TAG que en personas sin TAG, las preocupaciones pueden implicar un componente imaginal mayor de lo pensado. Por otra parte, preocuparse antes de imaginar o ver una situación amenazante ha dado lugar a una menor respuesta autonómica y emocional en comparación con relajarse o hacer una tarea neutral. No obstante, esto sólo ha sido así cuando las medidas durante la situación han sido comparadas con las obtenidas durante el periodo inmediatamente anterior a la preocupación; no ha habido una menor reactividad, e incluso esta ha sido mayor, cuando la comparación se ha hecho con una línea base convenientemente separada del periodo de preocupación. Otro dato importante es que la activación en términos absolutos durante la imaginación o afrontamiento de la situación amenazante ha sido similar para las condiciones previas de preocupación, relajación o tarea neutral. Además, la activación en términos absolutos durante la preocupación ha sido más alta que durante la relajación o tarea neutral y también que durante una línea base no contaminada por el periodo de preocupación. Finalmente, diversos estudios han puesto de manifiesto que la preocupación está asociada con una mayor actividad del sistema nervioso simpático y con una menor actividad del sistema nervioso parasimpático (bajo tono vagal). En resumen, las preocupaciones producen una clara activación somática y emocional y, en comparación con tareas previas de relajación o actividades neutrales, no reducen dicha activación al imaginar o afrontar posteriormente las situaciones temidas (Llera y Newman, 2014; Newman y Llera, 2011).

- **Prevención del contraste emocional negativo.** La preocupación prolongaría la representación cognitiva del evento amenazante junto con su repercusión emocional concomitante. Esta activación producida por la preocupación **evita el contraste emocional negativo** (pasar de un estado emocional neutral o positivo a uno negativo o experimentar un incremento intenso o repentino en afecto negativo) en los pocos casos en que las consecuencias temidas suceden. Esta evitación refuerza negativamente la ocurrencia de las preocupaciones como preparación para lo peor e impide el procesamiento emocional (Newman y Llera, 2011; Stapinski, Abbott y Rapee, 2010a). Así pues, según Newman y Llera (2011), las personas con TAG usarían la preocupación como una estrategia de

afrontamiento porque prefieren mantener un estado emocional negativo con el fin de prepararse para lo peor en vez de experimentar un cambio desde un estado neutral o positivo a una emoción negativa. Es decir, preocuparse no evita la emoción negativa, sino el contraste emocional negativo.

Aparte de lo dicho en el párrafo anterior, las preocupaciones **también son reforzadas negativamente mediante el alivio** que se produce cuando no ocurren las consecuencias temidas (lo que es lo más habitual) o cuando, incluso, ocurren resultados positivos; también, cuando la función de la preocupación es no pensar en otro tipo de experiencias más perturbadoras emocionalmente (Newman y Llera, 2011; Sibrava y Borkovec, 2006).

- **Ansiedad o inquietud, deterioro de la ejecución de tareas** (especialmente de tareas cognitivas complejas), **problemas de concentración, perturbaciones del sueño, tensión muscular, fatigabilidad, irritabilidad**. Esto último puede ser favorecido por el miedo a cometer un error y por la búsqueda de mayor seguridad a la hora de decidir. Las consecuencias negativas de las preocupaciones pueden contribuir al mantenimiento de estas, al igual que el humor deprimido. Asimismo, favorecen el empleo de estrategias cognitivas y conductuales dirigidas a reducirlas y a prevenir las supuestas amenazas.
- **Control del pensamiento** a través de medios como la supresión de los pensamientos disparadores de las preocupaciones, su sustitución por otros agradables o neutrales, la sustitución de imágenes amenazantes por pensamientos verbales y el autocastigo por tener los pensamientos. El fin es prevenir la amenaza y reducir la ansiedad, pero la estrategia es ineficaz o contribuye a mantener el problema.
- **Conductas motoras de evitación o de búsqueda de seguridad (o defensivas)**. Consisten en **hacer** (evitación activa) o **no hacer** (evitación pasiva) ciertas actividades motoras con el fin de prevenir o minimizar los supuestos peligros anticipados y la ansiedad. 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, tomar medicación tranquilizante, limpiar la casa diariamente por si alguien viene inesperadamente de visita, asegurarse con exceso de que un trabajo está bien hecho (reparándolo 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. Todas estas conductas de seguridad contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza.

Por otra parte, Wells (1995, 1997, 2009) ha señalado que con el paso del tiempo los pacientes desarrollan **creencias negativas sobre las preocupaciones**, lo cual termina de complicar el problema. A partir de experiencias propias (preocupaciones que se van volviendo cada vez más incontrolables y perturbadoras) y/o de otros (persona allegada que presenta un problema psicológico 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”). Las creencias negativas sobre la incontrolabilidad están siempre presentes, mientras que las creencias negativas sobre que las preocupaciones son peligrosas suelen ser habituales.

Estas creencias negativas estimulan lo que Wells (1997) ha denominado preocupaciones Tipo 2 o preocupaciones sobre el hecho de preocuparse (**metapreocupaciones**); por ejemplo, “no puedo hacer nada para dejar de preocuparme”, “las preocupaciones se apoderan de mí”, “esta preocu-

pación sólo terminará por sí misma”, ”me estoy volviendo loco con preocuparme”, ”no voy a poder seguir funcionando”, ”me voy a poner enfermo”, ”pasará algo terrible si no manejo estas 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 (reacciones físicas). Las creencias negativas y las metapreocupaciones tienen una serie de efectos:

- Mayor **atención** a los **pensamientos no deseados** y mejor **detección** de los mismos.
- **Intentos de controlar los** pensamientos no deseados mediante la supresión o sustitución de los pensamientos disparadores.
- **Conductas motoras de seguridad dirigidas a buscar tranquilización y prevenir los peligros** asociados con las preocupaciones tipo 1 y 2. 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, automedicarse o evitar todo aquello que suscita las preocupaciones.
- **Respuestas emocionales y otras reacciones.** Incremento de ansiedad y tensión, disociación, mente acelerada, problemas de concentración, perturbaciones del sueño, etc. Estas reacciones pueden ser interpretadas como prueba favorable a las creencias negativas que subyacen a las metapreocupaciones. Caso de tener lugar una valoración de una catástrofe mental inmediata, podrían aparecer ataques de pánico.

Todos estos efectos exacerbaban los pensamientos intrusos, mantienen las interpretaciones de amenaza y contribuyen al mantenimiento de las creencias negativas y metapreocupaciones. Según Wells, las metapreocupaciones son las que contribuyen fundamentalmente a transformar las preocupaciones normales en disfuncionales. A diferencia de las creencias sobre la utilidad de las preocupaciones, las creencias negativas sobre las preocupaciones predicen los síntomas del TAG tras controlar la tendencia a preocuparse (Penney, Mazmanian y Rudanycz, 2013).

Finalmente, el TAG **interfiere de modo notable en la vida** personal, laboral, social y familiar de las personas afectadas en comparación con controles sanos e incluso con personas con otros trastornos. Entre sus efectos negativos pueden citarse los siguientes: estado de ánimo más deprimido, mayor probabilidad de ideación suicida e intentos suicidas, más problemas interpersonales y familiares, baja satisfacción marital, mayor riesgo de separación o divorcio, falta de amigos íntimos, peor rendimiento laboral, mayor probabilidad de problemas médicos (p.ej., problemas cardíacos, hipertensión, dolor de cabeza, colon irritable, cáncer) y mayor empleo de servicios médicos y medicación (benzodiazepinas, antidepresivos, hipnóticos) para controlar sus síntomas (Newman et al., 2013). El deterioro es mayor si hay comorbilidad con depresión mayor. Además, el TAG aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos afectivos, otros trastornos de ansiedad y trastornos de abuso de sustancias, y reduce la probabilidad de alentar en los hijos la confianza en sí mismos. EL TAG representa un coste significativo para la sociedad, ya que reduce la productividad laboral y supone un uso elevado de los recursos sanitarios (especialmente en atención primaria) y una carga económica notable (Wittchen, 2002).

## EVALUACIÓN

La finalidad de este apartado es la de ofrecer algunos ejemplos de instrumentos útiles de evaluación clasificados en varios métodos básicos: entrevista, cuestionarios/escalas de valoración, autorregistros y observación. Para las entrevistas diagnósticas y la mayoría de cuestionarios presentados, existen datos que avalan su fiabilidad y validez. Tras evaluar el TAG y cualesquiera

otros trastornos asociados, van Velzen y Emmepelkamp (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. Posibles cuestionarios son el Cuestionario Diagnóstico de Personalidad - 4+ (Hyler, 1994, citado en Calvo et al., 2002) y el Cuestionario de Personalidad SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1997/1999).

Antony, Orsillo y Roemer (2001), García-Portilla et al. (2011) y Muñoz et al. (2002) describen una serie de instrumentos junto con sus propiedades psicométricas. Bados (2015), Fuentes et al. (2005) y Prados (2008) también presentan información útil de cara a la evaluación del TAG. A continuación se presentan los métodos e instrumentos más importantes.

## ENTREVISTA

Un modelo de entrevista diagnóstica siguiendo los criterios del DSM-IV es la **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV)** de Brown, DiNardo y Barlow (1994). Esta entrevista dura de una a dos horas y evalúa los diferentes trastornos de ansiedad a un nivel no solamente diagnóstico, Además, contiene secciones para evaluar los trastornos del estado de ánimo, la hipocondría, el trastorno por somatización, el trastorno mixto de ansiedad-depresión y los trastornos de abuso/dependencia de sustancias psicoactivas. En todos estos casos, la evaluación puede hacerse sólo en el presente o también en el pasado, según el modelo de entrevista que se emplee de los dos existentes. También se incluyen unas pocas preguntas de cribado sobre aspectos psicóticos y de conversión, y sobre la historia familiar de trastornos psicológicos. La última sección aborda la historia de tratamiento psicológico y psiquiátrico y la historia médica del cliente. Finalmente, se incluyen las escalas de Hamilton para la ansiedad y la depresión. Una adaptación de esta entrevista para niños y adolescentes es la **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad en Niños (ADIS-C)** de Silverman y Albano (1996).

De alcance más limitado, la **Escala de Gravedad del Trastorno de Ansiedad Generalizada (Generalized Anxiety Disorder Severity Scale, GADSS; Shear et al., 2006)** es una entrevista breve dirigida a evaluar la gravedad del TAG. Comienza con una lista de áreas de preocupación para identificar las situaciones que suscitan preocupación (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 las reacciones asociadas, intensidad de las reacciones asociadas y malestar debido a las mismas, deterioro laboral y deterioro social. Cada ítem es valorado por el entrevistador en una escala de gravedad de 0 a 4. El instrumento puede consultarse en la fuente original.

**Preguntas que pueden ser útiles** en una entrevista clínica son:

- ¿Diría usted que es una persona que se preocupa con facilidad?
- ¿Qué cosas disparan sus preocupaciones?: trabajo/escuela, familia, dinero, amigos/conocidos, salud propia, salud de otros, pequeñas cosas (puntualidad, reparaciones poco importantes), asuntos del país o del mundo, otras cosas sobre las que la mayoría de la gente no se preocupa. ¿Qué cree que puede suceder respecto a ..... (mencionar cada área de preocupación reconocida por el cliente)? (se trata de identificar lo que la persona teme que ocurra).
- ¿Se manifiestan sus preocupaciones sólo en forma de pensamientos verbales o aparecen también imágenes? Si es así, descríbame estas imágenes. ¿Cuál diría que es su grado de viveza de 0 a 10?
- 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 si-

guientes:

- ¿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...? ¿Cree que preocuparse es incontrolable? Si necesita concentrarse en otra cosa, ¿es capaz de quitarse de la cabeza la preocupación acerca de...? Si está intentando leer, ver la 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?
- 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?
- ¿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 aspectos enumerados más adelante) al estar ansioso o preocupado? ¿Ha experimentado..... (aspecto) la mayoría de los días durante los últimos 6 meses? ¿Cuán intenso ha sido..... (aspecto)?
  - a) inquietud o tener los nervios de punta, b) cansarse o fatigarse fácilmente, c) dificultades de concentración o quedarse en blanco, d) irritabilidad, e) tensión muscular, f) perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador)?
- ¿Cree que preocuparse puede serle útil de algún modo? ¿En qué medida su preocupación le lleva a encontrar una solución para el problema sobre el que se está preocupando? ¿Cree que puede pasar algo malo si deja de preocuparse?
- Cuando está preocupado y ansioso, ¿piensa que puede sucederle algo malo como resultado de esa preocupación y ansiedad? ¿Qué es lo peor que le podría ocurrir si continuara preocupándose?
- ¿Cree que preocuparse puede ser malo o dañino para usted? ¿De qué modo?
- ¿Qué hace para controlar sus preocupaciones? ¿Intenta suprimirlas o distraerse o pensar en otras cosas cuando se siente preocupado?
- ¿Le llevan sus preocupaciones a hacer 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)?

Aparte de las preguntas tendentes a examinar los aspectos 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 las características del TAG o estar contribuyendo a las mismas. Si han pasado dos o más años desde la última revisión médica, conviene pedir al paciente que se haga una.

## CUESTIONARIOS

Se comentarán a continuación los cuestionarios y escalas de valoración dirigidos a evaluar la posible existencia de TAG (cuestionarios de tipo diagnóstico), la ansiedad general, la preocupación, los factores que se piensa contribuyen a mantener el TAG, otros aspectos relacionados con este último y la interferencia o discapacidad producida por el mismo. 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 aquellos con fobia específica).

Una buena batería de cuestionarios para valorar los resultados podría incluir uno de ansiedad (p.ej. las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés [versión de 21 ítems] o el Inventario de Estado-Rasgo para la Ansiedad Cognitiva y Somática), el Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania, el Cuestionario de Áreas de Preocupación (original o revisado), la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre, el *¿Por Qué Me Preocupo - II?* y el Cuestionario de Meta-Preocupación (o el Cuestionario de Meta-Cogniciones, versión breve, en sustitución de los dos últimos). Otros instrumentos que pueden ser útiles para el tratamiento son el Cuestionario de Orientación Negativa hacia los Problemas (o, con miras más amplias, el Inventario de Solución de Problemas Sociales – Revisado), el Cuestionario de Evitación Cognitiva y algún cuestionario para evaluar la interferencia producida por el trastorno.

También es aconsejable pasar un cuestionario de depresión, dada la importancia del bajo estado de ánimo en el TAG, aunque el DASS-21 ya proporciona una medida de depresión. Finalmente, existen instrumentos no normalizados que son útiles como medida semanal para ir valorando el progreso del paciente y que incluso pueden ser individualizados para cada caso. Uno de estos instrumentos es la Escala Revisada sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (Wells, 2009) o la adaptación individualizada de la misma (Bados, 2015, cap. 8) que se presenta en la **tabla 1**. El clínico con poco tiempo para pasar cuestionarios, puede limitarse a esta última escala, junto con la DASS-21 y el Inventario de Preocupación de Pensilvania administrados, al menos, en el pretratamiento y postratamiento. En el caso de trabajar con personas mayores, puede consultarse la revisión de Therrien y Hunsley (2012).

### Cuestionarios de tipo diagnóstico

Son cuestionarios que permiten evaluar la posible existencia de TAG, aunque la confirmación del diagnóstico requiere la realización de una entrevista. En efecto, estos cuestionarios proporcionan muchos falsos positivos y pocos falsos negativos.

**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 del DSM-IV asociados a la ansiedad y preocupación, y la última explora el grado de interferencia de la ansiedad y las preocupaciones en la vida. Salvo el primero, todos los ítems se valoran en escalas 0-8 (se requiere un 4 o más para satisfacer un criterio). El cuestionario puede consultarse en Caballo (2005), Prados (2008) y, en inglés, en la fuente original y en Dugas y Robichaud (2007).

**Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada según el DSM-IV** (*Screening Scale for DSM-IV GAD*; Carroll y Davidson, 2000, citado en Bobes et al., 2006). A partir de 12 ítems de respuesta dicotómica (sí/no), busca identificar a los pacientes con TAG según los criterios del DSM-IV. Los síntomas deben haberse experimentado la mayoría de los días en los últimos 6 meses y además se valora la interferencia producida por los mismos. La escala sido adaptada al español por Bobes et al. (2006) y puede consultarse en esta fuente. Una puntuación de 4 o más indica probable TAG.

**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.

**Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada – 7** (*Generalized Anxiety Disorder-7 Scale; GAD-7*; Spitzer et al., 2006). Es una escala que pretende identificar casos probables de TAG a partir de algunos criterios fundamentales fijados en el DSM-IV. Consta de 7 ítems que la persona valora en una escala de 0 a 3 según la frecuencia con que cada síntoma le ha perturbado durante las 2 últimas semanas. Además, un ítem adicional que no contribuye a la puntuación total evalúa la interferencia producida por los síntomas. La escala es unifactorial y una puntuación de 10 o más muestra valores adecuados de sensibilidad y especificidad. La escala ha sido adaptada al español por García-Campayo et al. (2010) y puede consultarse en la fuente original y en García-Portilla et al. (2011).

## 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. Conviene tener en cuenta que cuando un paciente presente una enfermedad con síntomas somáticos que puedan confundirse con los de la ansiedad, es importante emplear un cuestionario que se centre en los otros aspectos.

Por otra parte, muchos cuestionarios de ansiedad correlacionan de forma elevada con medidas de depresión, por lo que conviene elegir aquellos que muestran una adecuada validez discriminante al respecto. Ejemplos son las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (versión de 21 ítems), el Inventario de Estado-Rasgo para la Ansiedad Cognitiva y Somática y el Inventario de Ansiedad de Beck.

**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). El punto de corte indicativo de puntuación disfuncional suele ponerse en 40 o más. 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 (Balsamo et al., 2013; 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) diversos aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad durante los últimos días; además, un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido. Aparte 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 An-

siedad, la más frecuente, puede verse también en Bobes et al. (2002), Echeburúa (1993a) y García-Portilla et al. (2011). 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 Ansiedad de Beck** (*Beck Anxiety Inventory, BAI*, Beck et al., 1988; Beck y Steer, 1990). Es un cuestionario que evalúa el 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). El cuestionario ha sido publicado por Pearson ([www.pearsonpsychcorp.es](http://www.pearsonpsychcorp.es)).

**Inventario de Ansiedad de Beck – Versión Rasgo** (*Beck Anxiety Inventory-Trait, BAIT*, Kohn et al., 2008). Mientras que el BAI mide un estado prolongado de ansiedad, el BAIT evalúa el rasgo de ansiedad. Los ítems son los mismos, pero las instrucciones se refieren a cómo se siente la persona en general y la escala de 0 a 3 se refiere a la frecuencia con que los síntomas resultan molestos. 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 tristeza, falta de emociones positivas, falta de ilusión y de iniciativa para hacer cosas, desvalorización de sí mismo y falta de sentido de la vida. La escala de ansiedad evalúa principalmente la activación somática y también la preocupación por situaciones y la experiencia subjetiva de ansiedad. La escala de estrés evalúa dificultad para relajarse, hiperreactividad ante las situaciones, agitación, irritabilidad, gasto de energía e impaciencia. Esta última escala discrimina entre pacientes con TAG y pacientes con otros trastornos de ansiedad (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 la DASS. Tampoco hay ningún

ítem sobre tendencias suicidas, ya que este tipo de ítems no cargó 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 Discapacidad e Intensidad de la Ansiedad en General** (*Overall Anxiety Severity and Impairment Scale, OASIS*; Norman et al., 2006). Es una escala que puede utilizarse con cualquier trastorno de ansiedad o cuando haya ansiedad subclínica. Consta de cinco ítems que evalúan durante la última semana la frecuencia e intensidad de la ansiedad, la frecuencia de evitación, la interferencia en el trabajo/escuela/hogar y la interferencia en la vida social. Cada ítem es valorado de 0 a 4 de modo que cada punto de la escala es definido específicamente con una o varias frases. La escala es unidimensional tanto en universitarios como en muestras clínicas (Campbell-Sills et al., 2009). Una puntuación igual o mayor que 8 sugiere un trastorno de ansiedad. Una limitación de esta medida es que correlaciona tan alto con depresión como con ansiedad y que la depresión mayor predijo un mayor aumento en la puntuación total que cualquiera de los trastornos de ansiedad.

**Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad para Niños** (*State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC*; Spielberger et al., 1973). Está dirigido a niños/adolescentes de 7-16 años y pretende evaluar el estado y el rasgo de ansiedad. Cada una de estas dos escalas consta de 20 ítems y la persona 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 el STAI para adultos.

**Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños - Revisada** (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS*; Reynolds y Richmond, 1987). De sus 37 ítems de respuesta sí/no, 28 permiten obtener una medida general de la ansiedad y tres medidas más específicas: dimensión fisiológica, preocupaciones sociales/concentración y preocupación/hipersensibilidad; incluye además una escala de mentiras con 9 ítems. A pesar de ser la escala más utilizada con niños, confunde la ansiedad con la depresión y con la hiperactividad y el déficit de atención, y es poco sensible al tratamiento. La versión española de Sosa et al. (1993) no incluye la escala de mentiras y parece ser unifactorial. Reynolds y Richmond (2008) han publicado una segunda edición de la escala (RCMAS-2), la cual consta de 49 ítems de respuesta dicotómica distribuidos en cinco escalas: tres de ansiedad (ansiedad fisiológica, preocupación, ansiedad social), que permiten obtener también una medida de ansiedad total, y dos de validez (actitud defensiva e índice de respuesta inconsistente). Diez de los ítems están centrados específicamente en la ansiedad de ejecución y pueden emplearse cuando se desee centrarse en este tema. Además, los primeros 10 ítems de la RCMAS-2 constituyen una forma abreviada de la escala que proporciona una puntuación de ansiedad total. Existe una versión en español (Reynolds y Richmond, 2012).

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

**Escala de Ansiedad Geriátrica** (*Geriatric Anxiety Scale, GAS*; Segal et al., 2010). Diseñado

para evaluar la ansiedad en personas mayores, consta de 30 ítems, 25 de los cuales miden síntomas somáticos, cognitivos y afectivos de la ansiedad y 5, hacen referencia a áreas comunes de preocupación. La escala de respuesta es de 0 a 3. El instrumento presenta tres subescalas: somática, cognitiva y afectiva, la primera de 9 ítems y las otras de 8.

## 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), aunque no evalúa 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. La validación española ha sido realizada por Sandín et al. (2009), los cuales presentan también una versión reducida de 11 ítems en la cual se han eliminado los cinco ítems formulados inversamente. El inventario puede consultarse en Comeche, Díaz y Vallejo (1995), Echeburúa (1993a, 1993b) y Sandín et al. (2009). Nuevo, Montorio y Ruiz (2002) han publicado una adaptación del PSWQ, específicamente pensada para personas mayores, en la que han invertido la redacción de los cinco ítems redactados en negativo para facilitar su comprensión.

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 Bitencourt (1998) han modificado el PSWQ para evaluar la tendencia a preocuparse durante la semana pasada y poder detectar así cambios más inmediatos; esta versión tiene un ítem menos e implica cambios en el tiempo verbal de redacción de los ítems, en las instrucciones y en la escala de respuesta (una escala de frecuencia que va de 0 a 6).

**Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania para Niños** (*Penn State Worry Questionnaire for Children, PSWQC*; Chorpita et al., 1997). Es una adaptación del PSWQ para población infantil mayor de 6 años. De los 16 ítems originales, 14 han sido retenidos, ya sea en su forma original o escritos con otras palabras. Los ítems 1 y 11 han sido eliminados y la escala de respuesta se ha reducido de 5 a 4 puntos (va de 0 a 3). Los ítems pueden consultarse en Prados (2008).

**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 intensidad de preocupación y las de las cinco áreas dan información sobre el contenido de las preocupaciones. Su empleo en clínica debe hacerse con cuidado, ya que puntuaciones elevadas pueden reflejar, al menos en parte, afrontamiento centrado en los problemas. Por ello, conviene que vaya

acompañado del Inventario de Preocupación. Los ítems pueden consultarse en Prados (2008) y el instrumento, en inglés, en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y Tallis, Davey y Bond (1994). Una versión breve (10 ítems, dos por cada área) del WDQ ha sido elaborada por Stöber y Joorman (2001) y la versión española correspondiente puede consultarse en Nuevo et al. (2009).

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

**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.

**Inventario de Pensamientos Ansiosos** (*Anxious Thought Inventory, AnTI*; Wells, 1994). Consta de 22 ítems, valorados en una escala de frecuencia de 1 a 4, que miden tres dimensiones de preocupación: 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. Los ítems pueden consultarse en Prados (2008) y el cuestionario, en inglés, en Wells (1997). Valores normativos de pacientes españoles pueden consultarse en Vázquez, Jiménez y Vázquez (2007).

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

**Escala de Intolerancia a 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. Versan sobre reacciones emocionales y conductuales de no estar seguro, cómo ser inseguro refleja el carácter de una persona, expectativas de que el futuro es predecible, frustración cuando no lo es, intentos de control del futuro y respuestas todo o nada en situaciones inciertas. La estructura factorial de la IUS ha variado según los estudios, pero se han confirmado dos subescalas en un análisis factorial confirmatorio (Sexton y Dugas, 2009a): a) la incertidumbre tiene implicaciones negativas conductuales y personales, y b) la incertidumbre es injusta y lo arruina todo. González et al. (2006b) hallaron prácticamente estos mismos factores en una muestra española, con sólo tres ítems cambiados, a los que denominaron incertidumbre generadora de inhibición e incertidumbre como desconcierto e imprevisión. La escala puede aplicarse semanalmente porque su reducción indica que el tratamiento progresa bien. El instrumento ha sido adaptado al español por González et al. (2006b) y puede consultarse en este artículo y en Caballo (2005) y, en inglés, en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y en Dugas y Robichaud (2007). Una versión de la IUS para niños puede consultarse en Comer et al. (2009).

Las elevadas intercorrelaciones entre los ítems de la IUS y la inestabilidad factorial de la misma ha llevado a Carleton, Norton y Asmundson (2007) a desarrollar una **versión abreviada de 12 ítems (IUS-12)**. Esta versión breve correlaciona muy alto con la original (0,96) y presenta una estructural bifactorial estable: ansiedad prospectiva (ansiedad basada en eventos futuros) y ansiedad inhibitoria (inhibición de la acción debido a la incertidumbre). Esta estructura bifactorial se corresponde con la hallada en la IUS de 27 ítems: el primer factor correspondería al segundo y viceversa. En una revisión de la IUS de 12 y 27 ítems, Birrell et al. (2011) concluyeron que la escala presenta dos factores que denominaron a) deseo de predictibilidad y búsqueda de certeza, y b) parálisis cognitiva y conductual ante la incertidumbre.

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

**Inventario de Solución de Problemas Sociales - Revisado** (*Social Problem-Solving Inventory - Revised, SPSSI-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.

**¿Por Qué Preocuparse?** (*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 ha sido sustituido por el *¿Por Qué Me Preocupo - II?* El instrumento ha sido adaptado al español por González et al. (2006a) y puede consultarse en este artículo, en la fuente original y en Caballo (2005).

**¿Por Qué Preocuparse - 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. 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).

**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 y en Wells (2009).

**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. Los ítems pueden consultarse en Prados (2008) y el cuestionario, 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 (MCQ-30) que presenta una estructura factorial casi idéntica a la de la extensa y en la que la cuarta subescala ha sido denominada “necesidad de controlar los pensamientos”. La versión abreviada puede consultarse en la fuente original y en Wells (2009) y ha sido adaptada al español por Ramos-Cejudo, Salguero y Cano-Vindel (2013). Existe una versión del MCQ para adolescentes (Cartwright-Hatton et al., 2004) así como una adaptación de este último para niños (Bacow et al., 2009). También existe una versión del MCQ-30 para niños, que ha sido estudiada por Esbjørn et al. (2013).

**Escala de las Consecuencias de Preocuparse** (*Consequences of Worrying Scale, CWS*; Davey, Tallis y Capuzzo, 1996). Sus 29 ítems evalúan las consecuencias negativas y positivas de preocuparse y son valorados por el cliente de 1 a 5 de acuerdo con el grado en que piensa que le describen cuando se preocupa. Las consecuencias negativas vienen representadas por tres factores: a) preocuparse perturba la actuación eficaz, b) preocuparse exagera el problema y c) preocuparse causa malestar emocional. Estas consecuencias no son tan extremas como las descritas en el Cuestionario de Meta-Preocupación. Las consecuencias positivas vienen representadas por dos factores: a) preocuparse motiva y b) preocuparse ayuda al pensamiento analítico. Sin embargo, Covin, Dozois y Westra (2008) sólo hallaron dos factores: consecuencias negativas y consecuencias positivas de preocuparse. Esta escala no ha sido validada con muestras clínicas. Los ítems pueden consultarse en Prados (2008) y el instrumento, en inglés, en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

**Inventario de Consecuencias Percibidas de Preocupación** (*ICPP*; Prados, 2007). Evalúa las consecuencias positivas y negativas de preocuparse a través de 60 ítems que la persona valora de 1 a 5 según su grado de desacuerdo/acuerdo con ellos. Cada tipo de consecuencias viene reflejado en la mitad de los ítems. Las consecuencias hacen referencia a la influencia de la preocupación en la motivación, razonamiento, rendimiento, estado emocional, preparación emocional y relación entre personalidad y preocupación. Los ítems pueden consultarse en el artículo original.

**Cuestionario de Evitación Cognitiva** (*Questionnaire d'Évitement Cognitif; Cognitive Avoidance Questionnaire, CAQ*; Gosselin et al. 2003; Sexton y Dugas, 2008). Evalúa la tendencia a emplear estrategias de evitación, principalmente cognitivas, es decir, estrategias dirigidas a evitar o expulsar las intrusionas 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: a) supresión de pensamientos preocupantes, b) sustitución de pensamientos, c) distracción, d) transformación de imágenes en pensamientos verbales, y e) evitación de estímulos que disparan los pensamientos desagradables. Esta última subescala corresponde realmente a evitación conductual. Un problema con el cuestionario es que algunas formas de evitación cognitiva (p.ej., evitación de imágenes concretas) puede no ser accesibles a la conciencia. El CAQ 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 (dejarse ir y vivir el presente), apoyo social, preocupación (por otras cosas menos importantes), autocastigo y reevaluación. De estas cinco estrategias, la 3ª y 4ª correlacionan positivamente con problemas emocionales y con un peor control percibido sobre las cogniciones, mientras que la 1ª y 2ª correlacionan negativamente con estos aspectos y positivamente con satisfacción vital. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Hasta el momento no se ha elaborado ningún cuestionario para evaluar las **conductas motoras defensivas y de evitación** específicas en el TAG, aunque algunos ítems generales vienen incluidos en las subescalas de evitación del Cuestionario de Evitación Cognitiva y del Inventario de Solución de Problemas Sociales – Revisado. Una opción es elaborar un cuestionario individualizado a partir de la información obtenida en la entrevista sobre las conductas defensivas y de evitación del paciente; o bien incluir algunas de estas conductas entre las estrategias de evitación consideradas en la Escala Revisada sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (Wells, 2009) o en la adaptación de la misma realizada por Bados (2015, cap. 8). También es posible utilizar los ejercicios e instrumentos para evaluar los valores presentados en Wilson y Luciano (2002, cap. 7) o el Cuestionario de Vida Valiosa (*Valued Living Questionnaire*; Wilson et al., 2010) para identificar áreas en las que la persona pueda estar restringiendo su vida debido a preocupaciones por consecuencias negativas.

## Cuestionarios sobre otros aspectos relacionados

**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). Rassin et al. (2007) han depurado la escala y han mantenido 11 de los 15 ítems eliminado el 4, 7, 13 y 14.

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

16 ítems. El instrumento puede consultarse en Corcoran y Fischer (2000).

**Escala de Evaluación de la Posposición — Estudiantes** (*Procrastination Assessment Scale—Students, PASS*; Solomon y Rothbaum, 1984, citado en Corcoran y Fischer, 2000). Evalúa la frecuencia de la posposición de tareas y el grado en que esta es un problema 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).

El **perfeccionismo disfuncional** es una característica que suele estar presente en muchos pacientes con TAG, aunque también en otros trastornos. El perfeccionismo disfuncional 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). Así pues, el perfeccionismo implica unas normas elevadas y una baja tolerancia al fracaso o a los errores. Una implicación importante de la anterior definición es que no basta con que haya normas personalmente exigentes para hablar de perfeccionismo disfuncional; una persona puede sentir satisfacción al trabajar por conseguir estas normas y permitirse ser flexible con sus objetivos cuando la situación lo requiere (Shafran, Cooper y Fairburn, 2002).

En consecuencia con lo anterior, 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. Así, de los dos cuestionarios MPS que se citan a continuación, sólo la subescala “perfeccionismo orientado a uno mismo” del cuestionario de Hewitt y Flett (1991, 2004) y las subescalas “normas personales elevadas” y algunos ítems de “preocupación por los errores” del cuestionario de Frost et al. (1990) se acercan a evaluar el constructo de perfeccionismo. La Escala Casi Perfecto – Revisada (Slaney et al., 2001) es también una buena medida ya que evalúa normas elevadas y la insatisfacción por no alcanzar las propias metas. Describiremos los cuestionarios a continuación.

**Escala Multidimensional de Perfeccionismo** (*Multidimensional Perfectionism Scale; MPS*; Hewitt y Flett, 1991, 2004). 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. El perfeccionismo socialmente orientado está asociado con afecto negativo y desajuste psicológico, mientras que el orientado a uno mismo está asociado tanto con aspectos positivos (orientación a la tarea, logro de metas, afecto positivo) como negativos (neuroticismo, rumiación, depresión). Un problema con el MPS es que las puntuaciones de las subescalas discriminan muy poco entre población clínica y comunitaria. 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 del MPS, con 12 y 10 ítems respectivamente. En población española, Lozano et al. (2012) han desarrollado el Inventario de Perfeccionismo Infantil.

**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 más importante: 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 y muchos han obtenido sólo cuatro (se fusionan las dimensiones Preocupación por errores y Dudas sobre acciones, por un lado, y Expectativas y Críticas paternas por otro). El instrumento ha sido adaptado al español por Carrasco, Belloch y Perpiñá (2010) y Gelabert et al. (2011) y puede consultarse en estas fuente; en inglés, en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

**Escala Casi Perfecto - Revisada** (*Almost Perfect Scale-Revised, APR-R*; Slaney et al., 2001). La APS-R es una medida de perfeccionismo de 23 ítems con tres subescalas: Normas elevadas (tendencia a fijarse normas elevadas; 7 ítems), Discrepancia (el grado de preocupación e insatisfacción por no alcanzar las propias metas; 12 ítems) y Orden (organización personal; 4 ítems). La persona valora cada ítem de 1 a 7 según el grado en que está de acuerdo con ellos. Puesto que el orden y la organización constituyen un factor separado de los dos anteriores y no representa una faceta nuclear del perfeccionismo, Stoeber, Harris y Moon (2007) han empleado una escala con sólo los dos primeros factores. Puntuaciones altas en la primera escala (42 o más) y bajas en la segunda (<42) indican un perfeccionismo sano, mientras que puntuaciones elevadas en ambas escalas (42 o más) sugieren perfeccionismo disfuncional. El cuestionario abreviado puede consultarse en Laber-Warren (2009).

**Inventario Multidimensional de Cogniciones Perfeccionistas** (*The Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory-English, MPCIE*; Stoeber, Kobori y Tanno, 2010). Evalúa la frecuencia durante la última semana de las cogniciones asociadas al perfeccionismo orientado a sí mismo. Así pues, a diferencia de los anteriores cuestionarios de perfeccionismo, el MPCIE evalúa aspectos más transitorios del perfeccionismo, pero complementa a las medidas de perfeccionismo más permanente; de hecho, explica varianza en afecto positivo y negativo por encima de la explicada por estas últimas. Consta de 15 ítems valorados en una escala de frecuencia de 1 a 4 y distribuidos en tres escalas de 5 ítems cada una: normas personales, búsqueda de perfección y preocupación por los errores. La primera correlaciona con afecto positivo y las otras dos, especialmente la segunda, con afecto negativo. Los ítems pueden consultarse en la fuente original.

Ruiz (2000) presenta otro 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 escalas de 0-5, 0-8 o 0-10 puntos para que la persona valore el grado de interferencia producido por sus problemas en su vida en general y en áreas más específicas tales como trabajo/estudios, amistades, relación de pareja, vida familiar, manejo de la casa, tiempo libre pasado con otros, tiempo libre pasado solo, economía y salud. Ejemplos de este cuestionario pueden verse en Bados (2000), 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 cinco 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 un autorregistro cuyo uso, si se desea, puede ser facilitado por un computador de bolsillo. El cliente registra **cuatro veces al día** (a las 8 h, 16 h, 20 h y al final del día) el porcentaje del tiempo que ha pasado preocupado, el número de episodios de ansiedad aguda (>50 sobre 100) y el nivel más alto de ansiedad (estos tres datos referidos a la última hora), así como el nivel actual de ansiedad (0-10). **Al final del día**, el cliente registra su nivel de ansiedad durante el día (0-10), el porcentaje del tiempo que ha pasado preocupado y el nivel de ansiedad más alto.

Un modelo de autorregistro que puede utilizarse antes del tratamiento y durante el mismo puede verse en la **tabla 2**. Naturalmente, los aspectos a registrar deben decidirse en función de las características de cada paciente. Craske y Tsao (1999) también indican aspectos que pueden registrarse. 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. Otro autorregistro, el Diario de los Resultados de las Preocupaciones, es descrito al describir la terapia cognitivo-conductual y se utiliza para que el cliente compruebe si sus predicciones son o no ciertas y cuestione la utilidad de preocuparse.

## 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 unas características nucleares que subyacen a todos los trastornos de ansiedad considerados por el DSM-IV-TR, el DSM-5 y la CIE-10. Dentro de estas características nucleares 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<sup>3</sup>. Estas características compartidas, 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. Incluso existe un protocolo para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales, incluida la depresión unipolar (Barlow et al., 2011a, 2011b).

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, exposición, prevención de recaídas) y elementos específicos (exposición interoceptiva, asertividad). Según el metaanálisis de Norton y Philipp (2008), estos programas han logrado en medidas de ansiedad o gravedad un alto tamaño del efecto pre-post (diferencia media tipificada [DMT] = 1,29) que ha sido significativamente mayor que el de los grupos control (DMT = 0,14); las mejoras se han mantenido en seguimientos de hasta 6 meses. Y en el metaanálisis de Reinholt y Krogh (2014) el tamaño del efecto fue bajo respecto al tratamiento habitual (DMT = 0,28) y alto respecto a la lista de espera (DMT = 1), aunque los estudios mostraron un alto sesgo que pudo sobrestimar este tamaño y este fue menor en personas de más edad o con trastorno depresivo comórbido. Por otra parte, hay datos preliminares de que los programas transdiagnósticos son más eficaces que la lista de espera cuando se aplican por internet (Titov et al., 2010), incluso cuando han ido dirigidos a trastornos de ansiedad y/o depresión (Titov et al., 2011). Y han sido más eficaces que el tratamiento usual cuando se han aplicado en atención primaria, combinados con medicación o no (Roy-Byrne et al., 2010). Además, en este último caso el programa transdiagnóstico fue más eficaz a corto plazo incluso en una medida específica de FS (Craske et al., 2011). Los programas

<sup>3</sup> 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.

transdiagnósticos también reducen en gran medida el porcentaje de pacientes con trastornos comórbidos de ansiedad y depresión, y esta reducción es mayor que la observada en la mayoría de estudios en que la TCC ha ido dirigida a trastornos específicos de ansiedad (Norton et al., 2013). 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, como sugieren los datos de Norton y Barrera (2012), se facilitaría la aplicación y propagación de la terapia cognitivo-conductual. Ejemplos de programas transdiagnósticos para adultos y niños pueden verse respectivamente en Barlow et al. (2011a, 2011b) y Ehrenreich-May y Bilek (2012).

## EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Los **dos focos principales del tratamiento** del TAG son las **preocupaciones excesivas e incontrolables y la sobreactivación** acompañante (especialmente, la ansiedad y la tensión). Para ello, se han empleado diversas intervenciones, que han sido revisadas por Barlow, Raffa y Cohen (2002), Brown, O'Leary y Barlow (2001), Capafons y Alarcón (2003), Durham y Allan (1993), Huppert y Sanderson (2002, 2010) y Öst y Breiholtz (2000). Además, diversos metaanálisis han sido realizados por Borkovec y Ruscio (2001), Chambless y Gillis (1993), Covin et al. (2008), Cuijpers et al. (2014), Gonçalves y Byrne (2012), Gould et al. (1997, 2004), Hunot et al. (2007), Mitte (2005), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2011), Siev y Chambless (2007) y Westen y Morrison (2001). Los tratamientos más investigados han sido la terapia cognitivo-conductual y la relajación aplicada. Estos tratamientos son recomendados por el NICE (2011) para el tratamiento del TAG.

La **relajación aplicada** y las **intervenciones cognitivo-conductuales** –que incluyen la terapia cognitiva tipo Beck, la TCC tradicional (combina la TC con relajación aplicada), la TCC de Dugas y la terapia metacognitiva– se han mostrado **más eficaces que los grupos de lista de espera en medidas de ansiedad, preocupación y depresión**. En estudios aislados estas terapias también han producido mejoras en calidad de vida, insomnio, pesadillas, consumo de ansiolíticos, pensamientos intrusos no deseados y asociaciones implícitas de miedo. Por otra parte, 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). La reducción se ha apreciado también a los 2 años en trastornos de ansiedad, aunque no en depresión mayor (Newman et al., 2010). Ahora bien, hay que tener en cuenta que en muchos ensayos clínicos se ha excluido a los pacientes con trastornos comórbidos de depresión mayor o de ansiedad (Hoertel et al., 2012).

El tamaño del efecto, calculado mediante la **diferencia de medias tipificada (DMT)**, nos permite saber la magnitud del cambio logrado, ya sea del pre al postratamiento o entre dos condiciones. Suele interpretarse que valores de 0,20, 0,50 y 0,80 constituyen los límites inferiores de lo que se considera respectivamente una magnitud baja, media y alta de una DMT. Se han realizado diversos metaanálisis para valorar la eficacia de las terapias anteriores. Sin embargo, algunos de estos metaanálisis (Borkovec y Ruscio, 2001; Cuijpers et al., 2014; Gould et al., 1997, 2004; Hunot et al., 2007; Mitte, 2005) han incluido estudios en los que los pacientes con TAG fueron diagnosticados según el DSM-III y, salvo excepciones, no serán considerados aquí. En efecto, en el DSM-III el TAG fue considerado como un trastorno de ansiedad residual que sólo era diagnosticado cuando no se cumplían los criterios de ningún otro trastorno del Eje I, en el cual se enfatizaban sus componentes somáticos de la ansiedad y en el que la preocupación excesiva no fue vista como característica principal.

Respecto a los **tamaños del efecto pre-post** de la TCC, TC o la terapia conductual, Norton y

Price (2007) dan respectivamente una DMT de 1,54, 2,06 y 1,72, considerando las medidas principales del trastorno y sin que las diferencias entre terapias sean significativas; para todas estas terapias consideradas conjuntamente, la DMT fue 1,80. Por lo que se refiere a la TCC de Dugas, los tamaños del efecto pre-post han sido: preocupación (1,1, 1,2, 1,6, 2,0), ansiedad general (0,8, 1,0, 1,2), gravedad del TAG (1,9, 2,3, 2,9), reacciones somáticas del TAG (0,8, 0,8, 1,3, 1,4), depresión (0,9, 1,0, 1,0, 1,2), ajuste social (1,0). El tamaño del efecto es menor con 12 sesiones (p.ej., 1,1 en preocupación) que con 16 (2,0 en preocupación). Respecto a la terapia metacognitiva de Wells, los tamaños del efecto pre-post han sido: preocupación (1,86, 2,39, 2,87), ansiedad general (1,23, 2,01, 2,24, 2,86); los valores más bajos corresponden a cuando la terapia fue grupal.

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

El metaanálisis más detallado de la eficacia de la TCC (incluye cualquier tipo de terapia cognitiva o cognitivo-conductual), la relajación aplicada y otras terapias respecto a la lista de espera ha sido llevado a cabo por el NICE (2011). En la siguiente tabla se resumen los resultados más importantes de este metaanálisis sobre la TCC y la relajación aplicada, al tiempo que se añaden datos por separado para la TCC de Dugas, la terapia metacognitiva de Wells y la TCC de Barlow, las cuales son explicadas en otros apartados. Siguiendo el método del NICE, las DMT están calculadas restando las puntuaciones postratamiento de los grupos comparados y dividiendo por la desviación típica conjunta en el postratamiento. Otra alternativa recomendada por otros autores es calcular la diferencia de cambio de medias tipificada (DCMT), esto es, la diferencia entre el cambio pre-post del grupo tratado y el cambio pre-post del grupo control y dividir el resultado por la desviación típica conjunta en el pretratamiento. Las DCMT son mostradas entre paréntesis en el cuadro para las terapias añadidas por separado por el autor; los resultados varían bastante según se emplee DMT o DCMT.

Tabla. Eficacia de diversas terapias en términos de diferencias medias tipificadas (DMT) respecto a un grupo control de lista de espera en el postratamiento.

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

*Nota.* *k* = número de estudios (puede ser menor según el aspecto considerado). NS = DMT no significativa. Los resultados entre paréntesis muestran diferencias tipificadas de cambio de medias.

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

En el metaanálisis de Hanrahan et al. (2013), realizado con adultos de 18-65 años, la DMT de la TCC respecto a la lista de espera fue de 1,81 en preocupación patológica, un valor claramente más alto que la mayoría de los de la tabla. Esto podría explicarse porque el NICE (2011) incluyó también a **personas mayores** y el tamaño del efecto en estas fue menor, aunque no significativamente, que en los adultos más jóvenes. En cambio, en el metaanálisis de Covin (2008), con estudios en parte diferentes, la DMT de la TCC en comparación con grupos control (lista de espera, terapia de apoyo) fue significativamente más alta en adultos (1,69) que en personas mayores (0,82) en la tendencia a preocuparse, aunque estas últimas fueron tratadas más frecuentemente en grupo y tendieron a seguir mejorando a los 12 meses. Según el metaanálisis de Gonçalves y Byrne (2012), la TCC tiene un tamaño del efecto grande (razón de posibilidades = 8,3) en comparación con la lista de espera en porcentaje de pacientes mayores mejorados y un tamaño del efecto moderado (4,2) respecto a grupos control activos (tratamiento habitual/contacto mínimo). Es posible que la eficacia de la TCC pueda ser incrementada con técnicas para mejorar la atención (Mohlman, 2008), el aprendizaje y la memoria y con tratamientos algo más largos, ya que las personas mayores necesitan más tiempo para aprender. Un manual para el tratamiento de personas mayores con TAG en atención primaria puede consultarse en Stanley, Diefenbach y Hopko (2004).

Por motivos éticos, no hay datos de seguimiento en comparación con el grupo de lista de espera. Sin embargo, según diversos estudios y los metaanálisis de Hanrahan et al. (2013) y Norton y Price (2007), en todas las terapias **las mejoras conseguidas se mantienen en seguimientos de hasta 2 años** de duración, aunque no han solido pasar del año. Sin embargo, el **20-40%** de los pacientes reciben **tratamiento adicional** (psicológico o farmacológico) para el TAG durante el seguimiento y los porcentajes más altos corresponden a los seguimientos más largos (varios años). Además, cabe la posibilidad de que los pacientes localizados para la evaluación en el seguimiento sean los que habían obtenido mejores resultados. Por otra parte, en la revisión de Fisher y Durham (1999) se halló que en la TCC, TC y relajación aplicada hubo un **8-11% de recaídas** y un **8-10% de clientes que se recuperaron durante el seguimiento a los 6 meses**.

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

- Según ocho estudios, **no ha habido diferencias** ni en el postratamiento ni en seguimientos de hasta 2 años **entre la TCC y la relajación aplicada**, aunque los tamaños del efecto favorecen a la primera. En el metaanálisis de Cuijpers et al. (2014) la TCC fue superior a la relajación aplicada a los 12 meses, aunque no a los 2 años.
- Según dos estudios, la **TCC ha sido más eficaz a corto plazo que la terapia psicodinámica** en ansiedad (DMT = 0,45) y depresión (DMT = 0,76). La terapia psicodinámica

no se ha diferenciado del entrenamiento conductual en manejo de la ansiedad y de la terapia no directiva. Según dos estudios (Durham et al., 1999; Salzer et al., 2011), la TCC ha sido superior a la terapia psicodinámica en el seguimiento al año en medidas de preocupación, ansiedad, porcentaje de pacientes mejorados y uso de medicación.

- **No es posible decir si la TCC es o no superior a la terapia no directiva** porque sólo hay dos estudios con poblaciones diferentes y con datos contradictorios, favorables en adultos y sin diferencias significativas en el caso de personas mayores. En el metaanálisis de Hanrahan et al. (2013), la DMT entre la TCC y otras terapias diferentes consideradas conjuntamente (relajación aplicada, terapia psicodinámica breve, terapia no directiva) fue de 0,63 en preocupación (0,45 al eliminar un estudio con un valor extremo).
- En un estudio (van der Heiden, Muris y van der Molen, 2012), la **terapia metacognitiva** ha sido **superior** en el postratamiento y seguimiento a los 6 meses a una **versión modificada de la TCC de Dugas** en preocupación, ansiedad y depresión, con un tamaño del efecto moderado. Asimismo, en otro estudio (Wells et al., 2010) ha sido más eficaz que la **relajación aplicada** en preocupación, ansiedad y depresión en el postratamiento (con un tamaño del efecto alto en las dos primeras y moderado en la tercera), y en preocupación y ansiedad a los 6 y 12 meses, con un tamaño de efecto alto. Ahora bien, en la condición de relajación aplicada hubo casos más graves y sus resultados estuvieron por debajo de lo que es habitual.
- En un estudio (Dugas et al., 2010) la **TCC de Dugas no se ha diferenciado de la relajación** aplicada en preocupación, ansiedad o depresión en el postratamiento, aunque fue mejor en calificación de mejora global. No hubo diferencias a los 6, 12 y 24 meses, aunque sólo la TCC produjo una mejora continuada durante el seguimiento.
- En un estudio (Rezvan et al., 2008) la integración de la TCC y la terapia interpersonal fue más eficaz que la TCC en el seguimiento al año, aunque los tratamientos aplicados no fueron los usuales.
- La relajación aplicada ha sido igual de eficaz a corto y medio plazo que la exposición a la preocupación combinada con la reducción de las conductas de evitación y de búsqueda de seguridad (Hoyer et al., 2009) y que la terapia conductual basada en la aceptación (Hayes-Skelton, Roemer y Orsillo, 2013).

La TCC de Dugas 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 un estudio con pacientes que deseaban dejar las benzodiacepinas, la TCC de Dugas más la discontinuación (gradual) de la medicación fue superior a la escucha activa (de las experiencias de la vida del paciente) más la discontinuación (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.

La **terapia metacognitiva** aplicada en grupos de 10-14 pacientes se ha mostrado eficaz, pero con menores tamaños del efecto, menor porcentaje de pacientes mejorados y recuperados y mayor porcentaje de abandonos (27%) en comparación con los estudios en que la terapia metacognitiva ha sido aplicada individualmente (van der Heiden, Melchior y Stitger, 2013).

En estudios aislados se ha hallado una superioridad respecto a la lista de espera de una TCC (relajación más exposición) aplicada mediante **realidad virtual** aumentada o no con biorretroalimentación (Repetto et al., 2012) y del **ejercicio** de resistencia (levantar pesas) o aeróbico (bicicleta) en mujeres sedentarias con TAG (Herring et al., 2012). También en un estudio el **entrenamiento computerizado en atención (ECA)** que redirige la atención fuera de la amenaza y hacia

estímulos neutrales ha sido más eficaz que un grupo placebo (Amir et al., 2009). El ECA también ha sido superior al placebo en niños que presentaban trastorno de ansiedad por separación, fobias específicas, fobia social o TAG (Eldar et al., 2012) y ha aumentado la eficacia de la TCC, aunque en este caso el ECA y el ECA placebo han funcionado de modo similar (Shechner et al., 2014). Se requieren nuevas investigaciones y que incluyan seguimiento.

Un estudio citado en NICE (2011) sugiere que la **hipnoterapia** es igual de eficaz que el alprazolam. En otro estudio, la TCC y la **terapia de aceptación y compromiso** (Avdagic, Morrissey y Boschen, 2015) funcionaron de modo similar y aunque la primera tuvo efectos más rápidos en algunas variables, los resultados se igualaron a los 3 meses. Por otra parte, un estudio realizado con pacientes con diversos trastornos de ansiedad sugiere que ambas terapias tienen, en general, una eficacia similar a corto y medio plazo (Arch et al., 2012). Los datos del metaanálisis de Vøllestad, Nielsen y Nielsen (2012) con pacientes con trastornos de ansiedad sugieren que las terapias basadas en la atención plena, especialmente cuando se combinan con TCC, y las basadas en la aceptación reducen sustancialmente la ansiedad y la depresión comórbida.

Vistos los resultados presentados hasta el momento, puede decirse que tanto la relajación aplicada como diversas modalidades de TCC son tratamientos eficaces y recomendables para el TAG, aunque la TCC ha sido la más ampliamente estudiada y la que se aplica con más frecuencia. Más adelante se exponen **varias intervenciones para adultos**: TCC de Borkovec, TCC de Barlow, TCC de Dugas y terapia metacognitiva de Wells. Estos programas se diferencian en la conceptualización del TAG y en diversos aspectos tales como el uso o no de la relajación aplicada y de otros componentes (resolución de problemas, organización del tiempo), el tipo de exposición empleada y el empleo de la reestructuración para modificar el contenido de las preocupaciones o el de las creencias negativas y positivas sobre las mismas o el de ambas. También se expondrá el **tratamiento cognitivo-conductual para niños** con TAG desarrollado por Kendall (1994; Kendall et al., 1997). Finalmente, se abordarán nuevas perspectivas de tratamiento desde el punto de vista psicológico y se darán datos sobre su eficacia.

Conviene señalar que ninguno de los programas de tratamiento existentes contempla todos los componentes que pueden ser necesarios en un caso determinado. Así pues, en función del análisis funcional realizado en cada caso, puede ser necesario considerar componentes no contemplados en la TCC que se esté utilizando, tales como la reestructuración de las creencias negativas sobre las preocupaciones y/o de las creencias perfeccionistas, el abordaje de dificultades interpersonales, la aplicación de técnicas específicas para el insomnio y la organización el tiempo. Lamentablemente, el tema de la **individualización del tratamiento** no ha sido investigado empíricamente. Eisen y Silverman (1993) han presentado datos preliminares con 4 niños que sugieren que la intervención es más eficaz si es adaptada al tipo de respuesta del cliente. En pacientes en los que predominan claramente las preocupaciones la terapia cognitiva sería preferible a la relajación, en los que predomina el componente somático sería más eficaz la relajación y en los que predominan ambos tipos de respuesta, habría que aplicar ambos componentes.

## Significación clínica 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 **11-16%** de los pacientes **abandonan** la intervención una vez iniciada (Covin et al., 2008; Hanrahan et al., 2013); el porcentaje es similar en la TCC de Dugas (12%), y en la de Barlow (10%), pero más alto en la terapia metacognitiva (23%).

Un instrumento para evaluar determinadas preocupaciones acerca del tratamiento que pueden favorecer el abandono del mismo es el **Cuestionario de Ambivalencia sobre el Tratamiento** (*Treatment Ambivalence Questionnaire*; Rowa et al, 2014). Para favorecer la aceptación y cumplimiento del tratamiento, es útil emplear las estrategias de la **entrevista motivacional** de Miller y Rollnick (1991/1999, 2002), ya sea previamente a la terapia o integrada en la misma (Westra y Dozois, 2006). Los datos de Westra, Arkowitz y Dozois (2009) sugieren que la aplicación previa de la entrevista motivacional lleva a una mayor reducción de las preocupaciones y a un mejor cumplimiento del tratamiento en los pacientes con tendencia más fuerte a la preocupación. Otra intervención más sencilla (10 minutos) consiste en pedir al paciente que imagine los eventos implicados en atender a las cuatro primeras sesiones de tratamiento y luego elegir de una lista las razones para mantenerse en terapia y escribir un párrafo en el que explica las características de sí mismo que explicarían su continuación en la terapia; esta intervención se ha mostrado más eficaz que una condición de información (Buckner et al., 2009).

El **65-75% de los pacientes tratados con relajación aplicada, TC o TCC presenciales mejoran significativamente**, consiguiendo reducciones medias del 25% en el Inventario de Rasgo de Ansiedad de Spielberger (STAI-T) y del 30% en el Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (PSWQ). Para estudiar esto, Fisher y Durham (1999) consideraron el criterio de lograr un cambio estadísticamente fiable en el STAI-T. Siguiendo este criterio en el STAI-T y en el PSWQ y considerando también los estudios publicados hasta 2014, en la siguiente tabla se presentan actualizados los porcentajes de clientes mejorados para distintos tipos de terapias. Hay que tener en cuenta que los datos basados en uno o dos estudios pueden ser muy pocos representativos.

Tabla. Pacientes mejorados en el STAI-T y el PSWQ con distintas terapias y en diferentes momentos.

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

Nota. k = número de estudios (puede ser menor en el seguimiento).

Considerando conjuntamente los diversos tipos de TCC (TC, TCC, TCC de Dugas, terapia metacognitiva), al menos el **71% y el 85%** de los pacientes mejoraron en el postratamiento y a los 6 meses en el STAI-T y el PSWQ, respectivamente. Estos resultados son parecidos a los de la relajación aplicada, salvo en el postratamiento en el PSWQ, aunque en este caso se basan en un solo estudio en el que la relajación aplicada funcionó por debajo de lo habitual. Por otra parte, los datos presentados, y resumidos en la tabla anterior, parecen indicar una similar eficacia de todas las terapias, aunque podría haber una cierta superioridad de la terapia metacognitiva (Wells et al., 2010; van der Heyden et al., 2012, 2013) y de la TCC de Dugas (van der Heiden, Muris y van der Molen, 2012). De todos modos, los resultados no se basan en comparaciones directas y, por tanto, las diferencias podrían ser debidas a otras variables distintas del tipo de tratamiento que han podido diferir entre los estudios.

Por otra parte, en el único estudio de la **TCC de Barlow** en el que se ha empleado el criterio

de cambio estadísticamente fiable (Zinbarg, Lee y Yoon, 2007), el porcentaje de pacientes mejorados en el postratamiento ha sido 43% y 53% en el Inventario de Ansiedad de Beck y el PSWQ respectivamente. Considerando los dos estudios realizados con este tipo de terapia, los cuales han empleado distintos criterios de mejora, el porcentaje de pacientes mejorados es 54%. Finalmente, de acuerdo con el metaanálisis de Gonçalves y Byrne (2012) y según criterios de respuesta que han variado según los estudios, el 51% de las personas mayores de 55 años mejoran con la TCC.

El **tipo de criterio** utilizado para definir la mejora afecta a los resultados. Si el criterio es conseguir un 20% o más mejora en el menos el 75% de las medidas, el porcentaje de pacientes mejorados es del 40% en la TCC y del 5% en la lista de espera; los resultados son prácticamente idénticos con la relajación aplicada (NICE, 2011). Asimismo, los porcentajes de pacientes mejorados con la TCC de Dugas bajan desde el 76%-83% empleando el criterio de cambio estadísticamente fiable al 62% en el postratamiento y al 60%, 64% y 72% en seguimientos a los 6, 12 y 24 meses cuando el criterio es la reducción del 20% o más en al menos el setenta por cien de las medidas (Dugas et al., 2003; Ladouceur et al., 2000).

En cuanto al porcentaje de pacientes con TAG que se **recuperan**, se sitúa alrededor de un **35-45%** en la relajación aplicada, la TC y la TCC, aunque es algo más alto en las nuevas terapias como la TCC de Dugas y la terapia metacognitiva. Para estudiar esta cuestión, Fisher (2006) siguió los criterios de lograr un cambio estadísticamente fiable y una mayor probabilidad de pertenecer a la población funcional que a la disfuncional en las medidas de interés (STAI-T y PSWQ) en los pacientes que habían completado el tratamiento. Siguiendo estos criterios y considerando también los estudios publicados hasta 2014, en la siguiente tabla se presenta actualizados los porcentajes de clientes recuperados en cada una de las dos medidas para distintos tipos de terapias.

Tabla. Pacientes recuperados con distintas terapias y en diferentes momentos.

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

*Nota.* k = número de estudios (puede ser menor en el seguimiento).

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

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

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

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

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

*Nota.* *k* = número de estudios (puede ser menor en el seguimiento).

En uno o dos estudios de la **TCC de Dugas** en el que se ha empleado el criterio de cambio estadísticamente fiable en el STAI-T y PSWQ y mayor probabilidad de pertenecer a la población funcional (Dugas et al. [2003, analizado en Fisher, 2006]; van der Heiden, Muris y van der Molen, 2012), el porcentaje de pacientes recuperados ha sido, como se indicó previamente, 60% y 48% en el STAI-T y PSWQ respectivamente en el postratamiento y 62% y 63% a los 6 meses. En otros dos estudios (Dugas et al., 2003; Ladouceur et al., 2000), el porcentaje de pacientes recuperados (reducción del 20% o más en al menos el setenta por cien de las medidas y estar dentro de una desviación típica de la media de la población normativa en las mismas) ha sido del 53% en el postratamiento y del 47%, 57% y 62% en seguimientos a los 6, 12 y 24 meses.

**El porcentaje de pacientes recuperados es menor cuantas más son las medidas en las que se exige que se alcance el punto de corte pertinente.** Logrando valores normativos en al menos 4 de 6 medidas, y sin considerar el criterio de cambio fiable, Borkovec et al. (2002) hallaron con TCC, TC o relajación aplicada un **52%** de pacientes recuperados en el postratamiento, y un **40%** y un **46%** en los seguimientos al año y dos años respectivamente; no hubo diferencias entre tratamientos. Cuando el criterio se elevó a 5 o más de las 6 medidas, los tres porcentajes anteriores fueron **33%**, **29%** y **22%**. 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.

Finalmente, en la siguiente tabla, basada en los estudios publicados hasta 2014, ya fueran controlados o no, se presenta el **porcentaje de pacientes que dejan de cumplir criterios diag-**

**nósticos de TAG** en función del tratamiento recibido.

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

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

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

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

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

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

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

## VARIABLES PREDICTORAS Y MEDIADORAS DE LOS RESULTADOS

Poco se sabe hasta el momento sobre las **variables predictoras** de los resultados del tratamiento del TAG y a ello no son ajenos una serie de problemas metodológicos: gama limitada de predictores, predictores que varían de estudio a estudio, poca potencia estadística, uso de predictores que tienen una baja amplitud de variación, análisis *post hoc* de los predictores, sin basarse en modelos teóricos, etc. (Durham, 2006).

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 del DSM-IV-TR, estar casados o vivir en pareja, tener una relación marital no conflictiva y no tener un bajo nivel

socioeconómico. Por otra parte, una buena alianza terapéutica (cuando esta fue calificada por observadores externos, pero no por el terapeuta o el paciente; Langhoff et al., 2008) y las ganancias repentinas (reducción grande y rápida de síntomas entre dos sesiones; Deschênes y Dugas, 2013) han predicho resultados más positivos. 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 resultados mejores y más duraderos. En personas adultas con diversos trastornos de ansiedad, la mayoría con TAG, una mayor dosis de tratamiento (asistir a más sesiones, cumplir con la exposición) y una mayor implicación en el mismo (cumplir con las actividades entre sesiones, compromiso con la TCC en las sesiones) predijeron mejores resultados en el postratamiento y a los 12 y 18 meses (Glenn et al., 2013).

**Predictores de peores resultados** han sido la toma de medicación ansiolítica, el estar sometido a factores estresantes crónicos, las dificultades de relación, el bajo nivel socioeconómico y la complejidad y gravedad de los problemas presentados (Durham y Allan, 1993; Fisher, 2009). Según la revisión de Bauer, Wilansky-Traynor y Rector (2012), los datos son inconsistentes sobre que los niveles elevados de depresión o la comorbilidad con trastornos de ansiedad o depresión mayor predigan peores resultados. 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. Sin embargo, esto no ha sido replicado en un estudio posterior.

En estudios aislados otros predictores de peores resultados han sido la larga duración del TAG, la resistencia durante la primera sesión, menores expectativas de mejora y credibilidad en el tratamiento, las reacciones emocionales negativas del terapeuta hacia los clientes (Newman et al., 2013). Zinbarg, Lee y Yoon (2007) hallaron 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 personas mayores, el cumplimiento de las actividades entre sesiones, la gravedad del TAG y la comorbilidad con otros trastornos han predicho un mayor cambio a los 6 meses con la TCC (Wetherell et al., 2005). Peores resultados a los 6 meses han sido predichos por la comisión de errores en el dominio de orientación espacial y temporal del Mini-Examen Cognoscitivo (Caudle et al., 2007); y mejores resultados han sido predichos por menores niveles iniciales de preocupación y ansiedad y mayor número de sesiones completadas (Hundt et al., 2014).

Por lo que se refiere a la predicción de los resultados tiempo después de acabado el tratamiento, Provencher, Ladouceur y Dugas (2006) hallaron que la presencia tanto de trastorno de pánico como de un mayor número de diagnósticos comórbidos estuvo asociada a peores resultados en el **seguimiento** a los 6 meses. Sin embargo, en contraste con este estudio y con el de Durham, Allan y Hackett (1997), Newman et al. (2010) encontraron que los pacientes con comorbilidad mejoraron, más en el postratamiento y que las ganancias se mantuvieron a los 2 años sin que hubiera diferencias en función de la presencia de comorbilidad. Las dificultades de relación, el bajo nivel socioeconómico y la complejidad y gravedad de los problemas presentados fueron predictoras de los resultados en el seguimiento a los 2-10 años (Durham y Allan, 1993; Fisher, 2009). El no recuperarse tras la terapia es también un predictor de peores resultados a largo plazo (Durham, 2006). Aunque no parece que los trastornos comórbidos de personalidad predigan un peor resultado, es más probable que faciliten el abandono del tratamiento cognitivo-conductual (Sanderson, Beck y McGinn, 1994).

Durham, Allan y Hackett (1997) hallaron los siguientes predictores de **recaídas**: presencia de trastornos comórbidos del Eje I, no tener pareja, tener una relación marital conflictiva, bajo nivel socioeconómico, puntuar alto en una escala de psicoticismo, ser varón, haber recibido tratamiento psiquiátrico previo y, en menor medida, tener bajas expectativas iniciales de mejora. En otro estudio, la ocurrencia de eventos estresantes ha predicho también la recaída (Francis et al., 2102). Altos niveles de evitación cognitiva y conductual y de conductas defensivas el final del tratamiento predicen peores resultados al año (Beesdo-Baum et al., 2012).

En cuanto al tema de las **variables mediadoras** de los resultados de la TCC, hay datos de que las mejoras en preocupación son precedidas por mejoras en la intolerancia a la incertidumbre (Goldman et al., 2007, citado en Behar et al., 2009). Por otra parte, Newman y Fisher (2010) han hallado que el cambio en las expectativas de mejora y la credibilidad en el tratamiento durante las primeras sesiones media la relación entre la gravedad del TAG en el pretratamiento y el cambio en el postratamiento; y por lo tanto es un posible mecanismo por el que la TCC influye en los resultados. Los cambios en el descentramiento (habilidad para observar los pensamientos y sentimientos como eventos de la mente en vez de identificarse personalmente con ellos) parece ser un mecanismo a través del cual la terapia conductual basada en la aceptación y la relajación aplicada consiguen los resultados (Hayes-Sketon et al., 2014).

## UTILIDAD CLÍNICA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

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

Los datos existentes apoyan la idea de que los **resultados de la TCC obtenidos en investigaciones controladas son bastante 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.

En pacientes con preocupaciones excesivas y difíciles de controlar (pero sin que tuvieran necesariamente TAG y con niveles de sintomatología que fueron, en general de leves a moderados), la TCC de Borkovec reducida a 8 sesiones y aplicada en clínicas comunitarias en condiciones reales produjo cambios en preocupaciones y depresión, pero con tamaños del efecto inferiores a los de las investigaciones; además, 21 de 29 pacientes abandonaron (Kehle, 2008). El **metaanálisis** de Stewart y Chambless (2009) **con 56 estudios sobre los trastornos de ansiedad** en la adultez indica que la TCC (incluyendo la TC, la relajación aplicada o ambas) es muy eficaz en la práctica clínica habitual y con resultados comparables a los de los estudios controlados. En el caso del TAG (11 estudios), el tamaño del efecto pre-post fue alto en medidas específicas del trastorno (DMT = 0,92) y en depresión (DMT = 0,89), aunque el primero de estos estuvo en el límite inferior del rango de tamaños obtenidos en las tres investigaciones de referencia y está también por debajo del observado en la TCC en el metaanálisis de Norton y Price (2007) con 17 estudios controlados (DMT = 1,80) y en la TCC de Dugas y en la terapia metacognitiva (van der Heiden,

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

Así pues, la eficacia de la TCC observada en las investigaciones controladas puede ser algo menor en la práctica clínica habitual. Esto puede ser debido, entre otros factores, a un menor entrenamiento de los terapeutas en TCC, a una mayor sobrecarga de trabajo de estos y a una mayor gravedad del trastorno o a una mayor comorbilidad en los pacientes vistos en la práctica habitual. Además, se ha dicho que el **porcentaje de abandonos** y la **duración del tratamiento** pueden ser **mayores** en el último caso. Así, el porcentaje de abandonos en los metaanálisis van Ingen, Freiheit y Vye (2009) y de Hans y Hiller (2013), realizados con diversos trastornos de ansiedad, fue del 26,8% en el primer caso y de 15% en el segundo (frente al 11-16% en las investigaciones). 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; esta duración fue similar a las 19,5 sesiones de media empleadas en una clínica universitaria (Bernaldo de Quirós et al., 2012) y superior a la media de 15 sesiones en las investigaciones (rango = 8-20) (Hanrahan et al., 2013; NICE, 2011). 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.

Por otra parte, al considerar conjuntamente diversos trastornos de ansiedad, el metaanálisis de Stewart y Chambles (2009) indicó que **los efectos de la TCC en la práctica clínica fueron significativamente menores cuando** los terapeutas no fueron entrenados, cuando no fueron supervisados y cuando no siguieron un manual. Y en el metaanálisis de Hans y Hiller (2013), también con diversos trastornos de ansiedad, el tamaño del efecto fue más bajo cuando hubo menos sesiones y hubo más abandonos en la TCC individual que en la grupal.

Los **resultados de la TCC en la práctica habitual tienden a mantenerse al año** según un estudio con pacientes que presentaban diversos trastornos de ansiedad (DiMauro et al., 2013). Sólo recayeron el 23% de los que habían mejorado y el 15% de los que se habían recuperado. Específicamente para el TAG, el tamaño del efecto del pretratamiento al seguimiento estuvo dentro del rango observado en los estudios de eficacia.

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

Respecto a los **programas de autoayuda pura**, Bowman et al. (1997) estudiaron la eficacia de un tratamiento para el TAG que incluyó un manual de autoayuda y algunos breves contactos telefónicos con el terapeuta (20 minutos en total) para clarificar cuestiones sobre la intervención. Esta incluyó la discriminación de si los problemas tenidos estaban relacionados o no con las cosas que importaban. Si no lo estaban, se dejaban a un lado y se pensaba en ellos de forma menos negativa. Si lo estaban, se ponía en marcha un proceso de **solución de problemas** y se aplicaban las soluciones. Si estas no existían o no funcionaban, se aceptaba la situación que no se podía cambiar. El tratamiento, de 1 mes de duración y aplicado con pacientes que se presentaron voluntarios, fue más eficaz que la lista de espera en ansiedad ( $DMT = 1,06$ ) 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.

Houghton (2008) estudió otro tratamiento autoadministrado a través de internet, la reducción del estrés a través de la **atención plena**. El tratamiento, de dos meses de duración, fue superior a la lista de espera en ansiedad (DMT = 0,61), pero el porcentaje de abandonos fue alto (28%). Estos estudios, considerados conjuntamente con otros realizados con diversos trastornos de ansiedad, indican que, en comparación con grupos control, los programas de autoayuda pura tienen un tamaño del efecto moderado en ansiedad y depresión, aunque se caracterizan por más abandonos (NICE, 2011).

Por otra parte la TCC autoadministrada a través de internet en **atención primaria bajo condiciones totalmente naturales y no asistida por el terapeuta** ha producido cambios significativos en medidas de TAG, malestar psicológico y calidad de vida. Sin embargo, el tamaño del efecto fue más bajo que en estudios controlados de autoayuda guiada y sólo el 55% de los pacientes completaron el tratamiento; de estos, sólo la mitad completaron tres o más de seis lecciones. Los abandonos se dieron entre los más jóvenes y los que vivían en zonas rurales (Mewton, Wong y Andrews, 2012).

Pasando ahora a los **programas de autoayuda guiada** aplicados a través de **internet** y con un apoyo limitado por parte del terapeuta vía correo electrónico y/o teléfono, se han llevado a cabo cuatro estudios, dos con TCC afín a la terapia metacognitiva (Titov et al., 2009; Robinson et al., 2010) y dos con TCC tradicional (Paxling et al., 2011; Andersson et al., 2012). La media de contacto no presencial con el terapeuta ha oscilado entre 75 y 130 minutos. La TCC por internet ha sido más eficaz que la lista de espera con un tamaño del efecto alto en preocupación (DMT = 0,89), ansiedad (DMT = 0,99) y depresión (DMT = 0,87) y con tamaño moderado en interferencia (DMT = 0,79) y bajo en calidad de vida (DMT = 0,47). El porcentaje de pacientes mejorados y recuperados también ha sido más alto en la TCC por internet que en la lista de espera, aunque los criterios han variado según los estudios y también respecto a los empleados en la TCC presencial. Los resultados se han mantenido en seguimientos de hasta 3 años de duración. El porcentaje de abandonos ha sido del 20%. Finalmente, no ha habido diferencias entre la TCC y la terapia psicodinámica por internet (Andersson et al., 2012).

En el metaanálisis de Mayo-Wilson y Montgomery (2013) los programas de autoayuda cognitivo-conductuales, tanto guiados como no, aplicados en pacientes con TAG fueron más eficaces que la lista de espera en medidas de ansiedad (DMT = 0,95), en otras medidas (DMT = 0,65) y en el porcentaje de pacientes que respondieron al tratamiento, esto es, mejorados (49% vs. 10%). La revisión de Talbot (2012) sugiere que el contacto con el terapeuta no tiene por qué implicar la guía en la aplicación de técnicas específicas, sino que puede bastar con contactos que alienten al paciente a cumplir con el tratamiento.

En el **metaanálisis** de Haug et al. (2012) con **diversos trastornos de ansiedad** y considerando las medidas principales, los programas de autoayuda fueron más eficaces que la lista de espera (DMT = 0,78), un poco menos eficaces que el tratamiento habitual presencial (-0,20; -0,24 en seguimiento a los 6 meses de media) y menos eficaces que la TCC presencial (-0,41). En comparación con la lista de espera, los tamaños del efecto fueron mayores cuando el programa de autoayuda a) se basó en internet/ordenador (0,89) en vez de en biblioterapia (0,60), b) implicó cierta guía por parte del terapeuta (0,85) en vez de ser puro (0,58)<sup>4</sup>, c) se aplicó con muestras comunitarias (0,88) en vez de clínicas (0,53) y d) se aplicó en pacientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia (0,83), fobia social (0,84) o trastorno de ansiedad generalizada (1,12) en vez de pacientes con trastorno por estrés postraumático (TEPT; 0,63) o fobia específica (0,58). Sin embargo, en el caso del TEPT, el tamaño del efecto es bueno cuando se aplica por internet, pero muy bajo en forma de biblioterapia. Y en el caso de las fobias específicas, los programas de autoayuda han

<sup>4</sup> Sin embargo, la tendencia sólo fue significativa; además, la cantidad del contacto con el terapeuta no se relacionó con los resultados cuando el programa de autoayuda se comparó con el tratamiento presencial.

sido más breves y con menos módulos. Una cuestión importante por investigar es hasta qué punto son comparables los pacientes que siguen programas de autoayuda y los que reciben tratamiento presencial.

La empresa española Amind Terapia Internet ([www.amindterapia.com/](http://www.amindterapia.com/)), en colaboración con la empresa sueca Livanda que desarrolló programas de TCC por internet, ofrece un programa de pago de TCC por internet para fobia social, pánico/agorafobia y ansiedad generalizada. Otro programa español para la ansiedad en general (no necesariamente TAG) es el de Venciendo la Ansiedad (<https://www.venciendolaansiedad.com/>). Una investigación no controlada de este programa en centros de atención primaria sugiere que es eficaz (Herrera-Mercadal et al., 2015), aunque el porcentaje de abandonos fue muy alto (87%).

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

En otro metaanálisis de Adelman et al. (2014), la **TCC computarizada** (aplicada vía internet o software de ordenador) para las fobias específicas fue más eficaz que la lista de espera (0,95), al igual que en la fobia social (0,91), el trastorno de ansiedad generalizada (1,06) y el trastorno de pánico (1,15). Considerando diversos trastornos de ansiedad, las mejoras se mantuvieron a los 3-12 meses y el tamaño del efecto fue mayor cuando la TCC computarizada se aplicó por teléfono o en persona (1,03) o por correo electrónico (0,89) que cuando no hubo contacto con el terapeuta (0,66). Por otra parte, la TCC computarizada fue igual de eficaz que la TCC presencial en estudios que las compararon directamente, excepto en el caso de las fobias específicas, en que fue peor. Hubo una tendencia significativa a que los abandonos fuesen más frecuentes en la TCC computarizada; dentro de esto, hubo más abandonos en ausencia de contacto con un terapeuta.

Con el fin de reducir la razón coste/eficacia del tratamiento, se ha buscado reducir el número de sesiones o sustituir algunas de estas por la ayuda proporcionada por un ordenador de bolsillo. 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.

Newman, Consoli y Taylor (1997) presentaron un programa de **terapia mediante ordenador de bolsillo** para el TAG. 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. En un estudio posterior con un tamaño muestral pequeño, Newman, Przeworski et al. (2014) compararon 6 sesiones de TCC grupal asistidas por un computador de bolsillo, 6 sesiones de la misma terapia pero sin ordenador y 12 sesiones de TCC grupal. El primer grupo fue superior al segundo e igual al tercero en

el postratamiento, aunque la primera diferencia no se mantuvo a los 6 y 12 meses. Estos resultados sugieren que la asistencia mediante ordenador puede ser prometedora.

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

El estudio de Heuzenroeder et al. (2004) indica que la TCC aplicada por psicólogos públicos tiene una mejor relación coste-beneficio en comparación con la terapia farmacológica. Finalmente, los datos sugieren que los pacientes con TAG prefieren la TCC porque no presenta los efectos secundarios de la farmacoterapia (NICE, 2011).

Finalmente, por lo que respecta a la **preferencia** del tratamiento, el metaanálisis de McHugh et al. (2013) puso de manifiesto que el 75% de los pacientes con trastornos de ansiedad o depresión prefieren el tratamiento psicológico al farmacológico. Esta preferencia fue más marcada en jóvenes y en mujeres, y algo menor en pacientes con depresión (69%) o en pacientes que no buscaban tratamiento (70%). La combinación de ambos tratamientos es la opción más preferida en algunos estudios, pero no en otros.

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).

## TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE BORKOVEC

Antes de exponer a continuación la TCC de Borkovec, el tratamiento del grupo de Barlow y la terapia del grupo de Dugas, conviene señalar algunos aspectos importantes. Primero, cuando el TAG sea **comórbido** con otros trastornos, hay que tratar en primer lugar el trastorno principal. Si ha dependencia o abuso nocivo de sustancias, debe tratarse primero, ya que esto puede llevar a una mejora significativa del TAG. Segundo, los pacientes no suelen distinguir muchas veces entre la preocupación productiva e improductiva (preocupación excesiva). Por ello, suele ser conveniente **hablar de preocupaciones excesivas** al referirse a las preocupaciones disfuncionales. Tercero, para contrarrestar los frecuentes **problemas de concentración durante las sesiones**, es útil revisar y repetir el material importante, emplear resúmenes y notas escritas, pedir al paciente que apunte cosas y dejarle grabaciones de la sesión para que las escuche en casa. Finalmente, los **problemas de sueño** pueden tener que ser abordados directamente mediante técnicas específicas para los mismos.

La **terapia cognitivo-conductual (TCC)** combina la terapia cognitiva de Beck con el entrenamiento en relajación aplicada e incluye los siguientes componentes:

- Entrenamiento para **darse cuenta de los estímulos internos (cogniciones, emociones, sensaciones) y eventos externos que producen ansiedad y de las reacciones a los mismos**. Esto se hace mediante autorregistros, imaginación en la consulta de los estímulos provocadores de ansiedad y petición al cliente de que comience a preocuparse en sesión sobre algo y que note las sensaciones, pensamientos e imágenes asociados. Todo esto permite que el cliente sea consciente de los factores que mantienen su ansiedad y que aprenda a identificar tempranamente los cambios que hacen que se ponga ansioso. Además, el terapeuta señala que la an-



siedad es generada por los pensamientos e imágenes del paciente dirigidos a un futuro no existente, pero que esta ansiedad no se produce si uno se centra en el momento presente.

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

Cuando a una persona le resulte difícil seguir el procedimiento tal cual, puede comenzar por un periodo y zona limitados para no preocuparse y luego ir ampliándolos progresivamente; de este modo irá aumentando el tiempo de posposición de las preocupaciones. La finalidad de la estrategia de control de estímulos es que el paciente adquiera inicialmente un cierto control sobre las preocupaciones, en vez de sentirse desbordado por ellas, pero se trata de una estrategia temporal, la cual se emplea hasta que se aprenden las habilidades de relajación y reestructuración para manejar la preocupación.

- **Relajación.** Se han empleado diversas técnicas: relajación progresiva, respiración lenta y regular, relajación imaginal y técnicas de meditación. Borkovec (2006) recomienda enseñar varias de estas técnicas, ya que su eficacia varía según los clientes. Diferentes métodos pueden ser más o menos útiles según las reacciones o circunstancias y el problema de la ansiedad inducida por la relajación es menos probable cuando se dispone de diversos métodos. Las técnicas enseñadas se aplican en situaciones de ansiedad durante la sesión y en la vida real.
- **Reestructuración cognitiva del contenido y utilidad de las preocupaciones.** Se identifican los pensamientos, imágenes y creencias asociados con la respuesta ansiosa y se utiliza el método socrático para examinar los datos a favor y en contra de los mismos, generar interpretaciones alternativas y descatastrofizar (suponer que es cierto lo que se piensa y luego: identificar qué pasaría y examinar las pruebas de esta nueva cognición; y buscar qué se podría hacer para afrontarlo). Además del contenido de las preocupaciones, se cuestiona su utilidad, tal como se explica un poco más adelante. Junto con la reestructuración verbal, se realizan experimentos conductuales para someter a prueba las viejas y nuevas perspectivas. El **Diario de los Resultados de las Preocupaciones** es una técnica muy útil para que un cliente compruebe si sus predicciones son o no ciertas y cuestione la utilidad de preocuparse. El paciente apunta cada preocupación, lo que teme que suceda y su habilidad percibida para afrontarlo. Al final del día considera las preocupaciones con resultados para ese día y valora si los resultados y su habilidad de afrontamiento fueron mejores, iguales o peores que los predichos (lo primero es lo habitual). Además, el paciente debe **imaginar vívidamente los resultados** ocurridos para procesar en su totalidad la información que la realidad proporciona.

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

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

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

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

En este caso, preocuparse conduce a hacer algo que será reforzado negativamente por la terminación del malestar emocional generado por el estado de preocupación. Una alternativa consiste en establecer contingencias de **reforzamiento positivo** para motivarse a realizar la acción, lo cual tiene la ventaja de no generar emociones aversivas. Además, muchos pacientes que mantienen esta creencia tienden a aplazar sus decisiones. El terapeuta debe señalar que aunque preocuparse puede tener a veces una función motivacional, no siempre es útil, puede interferir con otras conductas más adecuadas y existen métodos alternativos más eficaces de lograr el objetivo (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 discute con el cliente que esto puede ser cierto o no y además, muchas veces lo peor no sucede. Además, la posible reducción de la activación emocional futura se consigue al precio de **largos periodos de malestar**, trastornos asociados al **estrés** (p.ej., síndrome del colon irritable, síndrome de fatiga crónica, úlceras, diarrea, gases, dolores de cabeza, hipertensión esencial, trastorno cardiovascular, diabetes, insomnio, síndrome temporomandibular, cáncer), interferencia en la vida familiar, social y/o laboral y mantenimiento de las creencias en las consecuencias temidas.<sup>5</sup> 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 ha 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 re-**

---

<sup>5</sup> Además, las preocupaciones reducen la variabilidad de la tasa cardíaca, una medida del tono cardíaco vagal asociada con la actividad del sistema nervioso parasimpático.

**viva 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 esto no afecta negativamente a los resultados y que se sienten mejor cuando reducen la frecuencia de sus preocupaciones.

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

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

- **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 situaciones externas y eventos internos que les preocupan y cuando notan ansiedad, aplican relajación e imaginan los resultados más realistas y probables. Una descripción de los pasos a seguir puede verse en Borkovec (2006). El procedimiento se practica en la sesión y luego en casa. Posteriormente, se pide a los clientes que apliquen sus estrategias de afrontamiento en la vida real cuando noten que empiezan a preocuparse o ponerse ansiosos y antes, durante y después de eventos estresantes. Borkovec, Alcaine y Behar (2004) señalan que una parte importante del procedimiento es que, una vez que se sabe afrontar una imagen, se termine esta con la **imaginación del resultado más probable**, tanto en la consulta como en la vida real al detectar el surgimiento de una preocupación.

La TCC del grupo de Borkovec (Behar y Borkovec, 2005, 2010; Borkovec, 2006) incluye todos los elementos citados más los dos siguientes, los cuales se aplican una vez dominados los anteriores:

- **Minimizar las expectativas y predicciones negativas, dejarlas pasar cuando aparezcan y focalizar, en cambio, la atención en el momento presente.** La idea es vivir más el presente y no tener que intentar corregir continuamente las expectativas erróneas sobre los eventos futuros. Lo malo de hacer predicciones y de centrarse en el futuro es que se tiende a atender y a

interpretar la información de un modo que confirma las expectativas previas, lo que hace difícil percibir y procesar lo que realmente ocurre. Ante una predicción negativa, el paciente puede recordarse que **simplemente es un pensamiento** y pasar a centrarse en el presente, en lo que está sucediendo o se está haciendo o experimentando.

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

- **Vivir de acuerdo con los propios valores.** Una vez que la persona está viviendo más tiempo en el presente, se busca no sólo reducir la ansiedad y la preocupación, sino fomentar estados afectivos positivos. Para ello, se identifican los valores del paciente (familia extensa, pareja, hijos, amigos, trabajo, formación, ocio, espiritualidad, ciudadanía, cuidado físico) y se le ayuda a llevar a cabo actividades en el momento presente que le permitan alcanzarlos. Esto es reforzante por sí mismo y contribuye aún más a la reducción del problema. Algunos ejercicios e instrumentos para evaluar los valores pueden verse en Wilson y Luciano (2002, cap. 7). Wilson et al. (2010) presentan el Cuestionario de Vida Valiosa (*Valued Living Questionnaire*). En esta línea, Butler (1994) ya había señalado la importancia de planificar actividades agradables y placenteras, reducir la tendencia a retraerse que resulta de la fatiga asociada a las preocupaciones crónicas y a la mala calidad del sueño, recuperar aficiones, mantener los contactos con los amigos y crearse un repertorio de actividades relajantes y recreativas.

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. También puede verse Leahy y Holland (2000, cap. 4).

## 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 del contenido de las preocupaciones, exposición imaginal a los miedos que subyacen a la preocupación (con aplicación de estrategias tras la misma), prevención de las conductas de seguridad y organización del tiempo/resolución de problemas. Este tratamiento se presenta esquematizado en la **tabla 3** y se describe un poco más adelante 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 seguridad).

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 imaginal. 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 y los autorregistros (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 discontinuación de la medicación que el paciente pueda estar tomando, se comenta el progreso conseguido y cómo mantenerlo aún a pesar de la ocurrencia de eventos estresantes. Tras las 12-15 sesiones de tratamiento, se programan contactos al cabo de un mes y de varios meses para controlar el progreso y resolver posibles problemas o dificultades.

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.

Relacionado con lo anterior, Chambless (2012) ha propuesto que la **terapia centrada en la familia o pareja puede utilizarse como un módulo adjunto a la TCC** cuando el paciente vive con una persona que es hostil hacia él o está demasiado emocionalmente involucrado con él, se acomoda excesivamente a la ansiedad del paciente o es percibido por este como destructivamente crítico. Esta terapia es conducida en paralelo a la TCC individual e incluye la evaluación de estos aspectos en la pareja o familia, el examen del rol que el trastorno tiene en la familia, la comprensión empática de las reacciones de esta (sin culpabilizarla), la psicoeducación sobre el trastorno del paciente y el modelo de interacción entre estrés y vulnerabilidad a la ansiedad, el entrenamiento en mejorar la comunicación (incluyendo el aumento de la comunicación positiva, la escucha activa y la petición de un cambio positivo en el comportamiento y de una reducción en el comportamiento negativo), la solución de problemas y la preparación para intentar prevenir la exacerbación del problema de ansiedad. Además, hay un foco específico para reducir la excesiva acomodación a la ansiedad del paciente.<sup>6</sup> A medida que el paciente aprende habilidades de manejo de la ansiedad en la TCC o progresa a través de una jerarquía de exposición, el terapeuta ayuda al paciente y familia a negociar reducciones en la acomodación a un ritmo manejable para el paciente (véase Chambless, 2012).

## **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 las reacciones fisiológicas 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.

<sup>6</sup> Puede consultarse un cuestionario (R-RADS, *Relative's Responses to the Anxiety Disorder Scale*) para valorar esta acomodación en <http://www.psych.upenn.edu/~dchamb/questionnaires/R-RADS%20for%20web.pdf>

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 para que el cliente pueda practicar con el mismo 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 control de estímulos: **posponer las preocupaciones** para un momento y lugar específicos del día. Además, se alienta a los pacientes a que tan pronto como pospongan una preocupación o apliquen una respuesta de relajación, practiquen el **dirigir su atención a experiencias del momento presente** en vez de a los pensamientos acerca del pasado o futuro presentes en sus preocupaciones.

## Reestructuración cognitiva

Sigue los principios de Beck. Se explica el concepto de pensamientos negativos, la influencia de las situaciones en estos, el impacto de las interpretaciones y predicciones en lo que sentimos y hacemos, y la necesidad de identificar interpretaciones y predicciones específicas para poder cuestionarlas. Esto último se consigue mediante preguntas, imaginación o simulación de situaciones y, especialmente, un **autorregistro** en el que el cliente apunta cada vez que experimenta un episodio de ansiedad (incremento notable de la misma) lo siguiente: ansiedad máxima (0-100), reacciones experimentadas, evento desencadenante, pensamientos ansiosos y conductas ansiosas. Es **importante que las cogniciones identificadas sean específicas** (“mi hijo puede tener un accidente de coche y quedar paralítico” frente a “algo malo puede pasarle a mi hijo cuando sale fuera”).

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 seguridad 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**). Para cuestionar la sobrestimación de la probabilidad de un evento negativo se emplean estos tres medios con el fin de 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).

Cuando el cliente ha captado los fundamentos del cuestionamiento de sus cogniciones, **se añaden dos apartados a su autorregistro** habitual: interpretaciones alternativas y probabilidad

realista de que ocurra lo que se teme. 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.<sup>7</sup>

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. Todo este proceso de cuestionar las consecuencias catastróficas es precedido por el cuestionamiento de la sobrestimación de la probabilidad del pensamiento negativo, en el cual paciente genera **interpretaciones alternativas creíbles a lo que teme**; 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).<sup>8</sup>

## Exposición imaginal a los miedos que subyacen a la preocupación

Consiste en la exposición a las imágenes preocupantes incluyendo la **imaginación vívida de la peor consecuencia temida**. Esto último favorece una mayor activación emocional y la reducción de las preocupaciones. Además, la exposición incluye la imaginación final de alternativas a la peor consecuencia anticipada. La exposición imaginal 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). Además la exposición repetida a la misma imagen preocupante puede facilitar que el cliente desarrolle una perspectiva

<sup>7</sup> 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).

<sup>8</sup> En la versión inicial del programa se 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).

más objetiva sobre la preocupación. Finalmente, la exposición imaginal permite, tras la misma, 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, incluidas las peores) 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. 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 para que el paciente pueda practicar en casa.
- **Durante la exposición, el paciente no debe aplicar estrategias de afrontamiento** (reestructuración cognitiva, relajación) **ni intentar distraerse o huir de la imagen**. Esto puede reducir la ansiedad temporalmente, pero contribuye a mantenerla.
- Hacia el final de la exposición se puede pedir al paciente que imagine **cómo serán las cosas un tiempo más adelante** (1 día, 1 semana, 1 mes, 6 meses 1-2 años) para favorecer así un proceso de descatastrofización.
- Transcurrido el tiempo de exposición, y suponiendo que haya habido una habituación de la ansiedad, se 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, lo que parece más útil. También se puede pedir al paciente que diga e imagine **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, reacciones 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 imaginal:

- **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 o 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 temporalmente, contribuye a mantenerla. 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 imaginal 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 la TCC de Borkevec**. En esta 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. □

## Cambio de las conductas de seguridad o defensivas

Brown, O'Leary y Barlow (1993, 2001) entienden por conductas (motoras) de seguridad el **hacer** (evitación activa) o **no hacer** (evitación pasiva) **ciertas actividades con el fin de prevenir o minimizar los supuestos peligros anticipados y la ansiedad**. 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 seguridad 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 seguridad sirven para prevenir realmente consecuencias terribles; es decir se emplea la **técnica de prueba de hipótesis** o experimento conductual. El primer paso es elaborar con el cliente una **lista de las conductas de seguridad comunes y jerarquizarlas** según el grado de ansiedad que produciría cambiarlas. 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; tomar una decisión pequeña sin consultar a otros. Elaborada la jerarquía, se pide al cliente que **registre la frecuencia con la que ocurren las conductas de seguridad a lo largo de la semana**.

A continuación, se comienza por el nivel más bajo de la jerarquía y se pide al cliente que **realice la actividad evitada 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 prediccio-

nes de este último respecto a las consecuencias que tendrán dicha exposición y/o prevención. Realizadas estas, se discute con el cliente la **comparación de los resultados habidos con las predicciones previas** para comprobar si las conductas de seguridad están correlacionadas o no con una menor ocurrencia de eventos negativos futuros. Superado un ítem de la jerarquía (25 o menos en la escala 0-100) mediante el número de prácticas que sea necesario, se procede con el siguiente. Antes, durante y después de cada práctica el cliente puede manejar la ansiedad mediante **reestructuración cognitiva** y/o relajación.

Un tipo frecuente de conducta de seguridad es la **búsqueda repetida de tranquilización** por parte de otros para reducir la ansiedad (p.ej., preguntar a la pareja por si ciertos síntomas corporales indican una enfermedad grave). El terapeuta debe mostrar al paciente que el alivio producido por la tranquilización es transitorio y acordar el abandono de la búsqueda de tranquilización. Puede ser necesario trabajar con las **personas del entorno del cliente para que dejen de proporcionarle tranquilización**. Por ello, conviene preparar a todas las partes. Un medio útil es que ante las demandas de tranquilización, un familiar le pida al cliente que recuerde lo que ha discutido previamente con el terapeuta. Si a pesar de esto, insiste, el familiar puede responder con expresiones del tipo: “sé lo mal que te sientes, pero como acordamos todos con el terapeuta, no es conveniente que te responda a lo que me pides” o “sé lo mal que te sientes, pero no podemos conocer el futuro”; luego, podría pasar a hablar de otro tema.

## 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 a 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.** Implica estructurar las actividades diarias de modo 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. Es conveniente no pasar apresuradamente de una actividad a otra, sino planear **descansos** breves y momentos para relajarse.

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 normas demasiado elevadas, miedo a no tomar la decisión adecuada (miedo a cometer un error), búsqueda de mayor seguridad a la hora de decidir. Varias guías 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 (1993/2000) 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 posposición y del comenzar hoy. Es importante empezar por las ventajas de la posposición y las desventajas de comenzar a actuar; de este modo, el paciente toma conciencia de lo que le frena y puede aumentar su motivación para cambiar. 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) Adoptar un plan de acción que incluya comenzar a actuar aunque no haya una gran motivación, decidir cuándo se empezará, descomponer en pequeños pasos la actividad postergada y reforzarse por los progresos. Un buen libro de autoayuda sobre la posposición de decisiones y de su puesta en marcha es el de Wiegartz y Gyoerkoe (2013).

## 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 de la **lluvia de ideas** y la evaluación de las distintas soluciones generadas con el fin de seleccionar y poner en práctica aquella solución o combinación de soluciones considerada más apropiada.

**Dugas y Ladouceur** (1997) y **Dugas y Robichaud** (2007) han señalado que muchos 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; Butler, Fennell y Hackmann, 2008) 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 alguna preocupación** relativa al problema, entonces el cliente debe dejarla pasar, recordarse que no es el momento y/o que ya se ha decidido qué hacer, y dedicarse a lo que debería estar haciendo en ese momento o a algún tipo de actividad atrayente o que ocupe la atención (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; Robichaud, 2013) 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 a los miedos que subyacen a las preocupaciones sobre situaciones no resolubles y 6) prevención de recaídas. Al igual que en el tratamiento anterior, el mayor o menor énfasis en cada componente depende de las necesidades de cada paciente. El tratamiento se centra directamente en las preocupaciones disfuncionales y no en las reacciones

somáticas, aunque el cambio en las primeras lleva a la reducción de la ansiedad somática (Donegan y Dugas, 2012); **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) y un manual para el cliente en Ladouceur, Bélanger y Léger (2003/2009).

El tratamiento dura 14-16 sesiones de una hora (o más de 1 hora en las sesiones con prácticas de exposición). Con 16 sesiones, la frecuencia de las sesiones es de dos veces por semana para las ocho primeras y de una vez por semana para las ocho segundas, aunque las dos últimas pueden programarse dos y cuatro semanas más tarde. Además, hay tres sesiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. A continuación se describen los seis módulos del tratamiento.

## **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 reacciones que todo el mundo experimenta en diverso grado de cuando en cuando.

A continuación, se presenta al cliente 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), ¿y 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) o inmodificables.

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 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, y en el caso de preocupaciones difíciles de clasificar, puede sugerir que se consideren como preocupaciones sobre situaciones hipotéticas, ya que lo más frecuente es que los pacientes con TAG se preocupen por consecuencias que no ocurren. Una vez trabajado lo anterior, se alienta al paciente a tomar sus propias decisiones y a clasificar sus preocupaciones, aunque no esté seguro de cuál pueda ser la categoría adecuada; el terapeuta no proporciona tranquilización al respecto. Esta es también una forma de aprender a tolerar la incertidumbre.

## **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 que el cliente: a) comprenda el papel fundamental de la intolerancia a la incertidumbre en el desarrollo y mantenimiento de la preocupación y ansiedad excesivas, b) reconozca los diferentes modos en los que la intolerancia a la incertidumbre se manifiesta en su vida (cosas que hace y no hace para reducir la incertidumbre) y sea consciente de sus efectos, y c) aprenda gradualmente a tolerar la incertidumbre en su vida.

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

Esto se consigue mediante explicaciones y analogías. Se explica al paciente que la intolerancia a la incertidumbre es el factor que mejor explica la tendencia a preocuparse excesivamente. En efecto, la preocupación excesiva es un intento de reducir la incertidumbre considerando todos los posibles resultados que pueden darse en una situación con el fin de intentar minimizar la ocurrencia de eventos y emociones negativas. Sin embargo, las preocupaciones excesivas contribuyen a mantener las interpretaciones de amenaza, disminuyen el control percibido sobre las amenazas futuras y aumentan la ansiedad. Por el contrario, cuando una persona aprende a tolerar mejor la incertidumbre, no tiende a preocuparse en exceso.

Naturalmente, a casi nadie le gusta la incertidumbre, pero la intolerancia a la misma va más allá que esto. Para facilitar la comprensión de este concepto, pueden utilizarse analogías como la de la alergia al polvo o al polen, de modo que la intolerancia a la incertidumbre sería como una alergia psicológica. Al igual que persona con la alergia al polvo reacciona con estornudos, toses y/o lagrimeo ante pequeñas cantidades de esta sustancia, las personas con gran intolerancia a la incertidumbre reaccionan con preocupación y ansiedad excesivas ante pequeñas dosis de incertidumbre. Esto es, empiezan a plantearse preguntas del tipo “¿qué pasaría si...?”, las cuales conducen a la preocupación y a la ansiedad.

**Reconocer las manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre y ser consciente de sus efectos.** Se pregunta al paciente **qué hace en las situaciones de incertidumbre**. La respuesta más común es preocuparse, lo 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 o minimizar los posibles peligros y amenazas. 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 al hablar previamente de las conductas de seguridad), pedir al cliente que piense sobre ellas y que señale aquellas que hace. También se le puede pedir que proporcione ejemplos personales.

Aunque no señalado explícitamente por el grupo de Dugas, una vez identificadas las manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre, conviene **discutir su posible utilidad**, de modo que queden patentes sus desventajas; asimismo, se discuten las posibles ventajas de comportarse de otra manera. Preguntas que pueden hacerse al paciente en este proceso son:

1. ¿En qué medida han sido eficaces estas conductas (poner ejemplos de las conductas de evitación y de búsqueda de seguridad del paciente) para poner fin a sus preocupaciones a la larga?
2. ¿Le permiten estas conductas controlar sus preocupaciones?
3. ¿Qué otros efectos (negativos) tienen estas conductas?
4. ¿Es posible que esté utilizando estrategias inadecuadas?
5. ¿Se le ocurren otras cosas que podría hacer en lugar de las anteriores?
6. ¿Qué efectos cree que tendrían estas otras formas de comportarse?

Se busca así aumentar la motivación del paciente para ir abandonando sus conductas de evitación y defensivas y considerar formas alternativas de abordar la intolerancia a la incertidumbre.

**Aprender gradualmente a tolerar la incertidumbre.** De acuerdo con lo realizado hasta el momento, el siguiente paso es **discutir lo que se puede hacer para abordar la intolerancia a la incertidumbre**. Si la preocupación y la ansiedad son impulsadas por la intolerancia a la incertidumbre, hay dos posibles 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 misma, esto es dejando de hacer las conductas que se realizan para intentar eliminar la incertidumbre (estrategias de “aproximación” o de búsqueda de seguridad) y haciendo lo que se evita para intentar salvar la incertidumbre.

Esta exposición gradual toma la forma de **experimentos conductuales** (mínimo de uno a la semana, pero mejor tres o más) en los que el cliente registra lo que va a hacer (o lo que ha hecho, si el experimento no estaba planeado), lo que teme que ocurra (o temía que ocurriera), lo que ocurrió realmente, lo que hizo para afrontar un posible resultado negativo y las conclusiones extraídas.<sup>9</sup> A continuación se presenta un ejemplo del experimento registrado por un cliente:

- a. ¿Qué voy a hacer? “Comprar un regalo para mi sobrina sin mirar en más de dos tiendas.”
- b. Consecuencia temida. “No sabré que comprar. ¿Y si me equivoco y no le gusta?”
- c. ¿Qué pasó realmente? “Al final, le gustó el regalo.”
- d. Afrontamiento (de un improbable evento negativo). “No fue necesario.”
- e. Conclusión. “No pasó lo que yo temía. Quizá no merezca la pena dar tantas vueltas para comprar un regalo.”

Otro **ejemplo con afrontamiento** es el siguiente (adaptado de Robichaud, 2013):

- a. ¿Qué voy a hacer? “Ir a comprar sin una lista.”
- b. Consecuencia temida. “Se me olvidará algo importante y echaré a perder la cena”.
- c. ¿Qué pasó realmente? “Olvidé una cosa.”
- d. Afrontamiento. “Cuando me di cuenta del olvido, decidí hacer otra cosa. Resultó bien.”
- e. Conclusión. “Incluso si algo falla, puedo arreglarlo y no tiene por qué pasar lo peor.”

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 de poca importancia 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. Los **experimentos permiten** poner a prueba si lo que se teme es cierto, comprobar que la ansiedad se va reduciendo, valorar la propia capacidad de afrontamiento y aumentar la tolerancia a la incertidumbre.

Al principio hay que ayudar al paciente a idear los experimentos, pero este debe ir tomando progresivamente sus propias decisiones al respecto. Puesto que los experimentos serán relativa-

---

<sup>9</sup> Este registro se basa en Robichaud (2013). Dugas y Robichaud (2007) proponen que la persona registre lo que va a hacer, el malestar y pensamientos experimentados al hacerlo y lo que piensa después de haberlo hecho (conclusiones extraídas).

mente ansiógenos, conviene dar las siguientes **guías**: a) registrar el experimento según lo explicado antes, b) empezar por cosas pequeñas y realistas, c) esperar sentirse ansioso o nervioso, aunque la ansiedad irá disminuyendo con la práctica, 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 e ir aumentando en dificultad** (p.ej., realizar informes en el trabajo sin buscar seguridad por parte de otros, proponer un plan alternativo a unos amigos cuando se teme la reacción de estos, dejar de lavar cada día la ropa de los niños, aceptar la invitación a una fiesta sin poner excusas). Es importante señalar que **no se trabaja previamente con los pacientes para ayudarles a ver que lo que temen es altamente improbable**, ya que esto no permitiría abordar la intolerancia a la incertidumbre.

## 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 escriba en casa 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 primordial identificar las **creencias sobre la utilidad de cada preocupación específica (no de preocuparse en general)**. Esta vinculación a creencias específicas es importante porque a dos preocupaciones sobre la misma temática pueden subyacer diferentes creencias sobre su utilidad. Así, un paciente creía que preocuparse por su propia salud era útil porque ello le ayudaría a descubrir los primeros síntomas de la enfermedad y tratarla a tiempo. Al mismo tiempo, también valoraba como muy útiles sus preocupaciones sobre que un miembro de su familia cayese enfermo, pero la razón era que de este modo se sentiría menos culpable cuando un familiar enfermase (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 nega-

tivo. Se hace una **distinción entre preocuparse ocasionalmente y preocuparse excesivamente** y se remarca que se está hablando sobre la utilidad de la preocupación excesiva y de las conductas de evitación y búsqueda de seguridad que la acompañan. 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. Aunque estos últimos no son explicitados por el grupo de Dugas, pueden ser como los descritos en el apartado de la exposición conductual, pero poniendo énfasis en el cuestionamiento de que la preocupación es útil.

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, por tanto, no ayuda 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 temidas.

Aparte de todo esto, pueden considerarse también las ideas propuestas por Borkovec, Hazlett-Stevens y Diaz (1999), las cuales fueron expuestas al hablar de la TCC de Borkovec. Asimismo, pueden emplearse **experimentos conductuales**, tales como los experimentos de modulación de la preocupación propuestos en la terapia metacognitiva de Wells (véase más adelante), en la cual también se emplean los experimentos de discrepancia ya mencionados.

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 no resolubles. Estas alternativas serán consideradas en los dos módulos siguientes. Por otra parte, **para ocupar el tiempo dedicado hasta aquí 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. Finalmente, a diferencia de otros programas como la terapia metacognitiva de Wells explicada más adelante, el programa de Dugas no contempla explícitamente el tratamiento de las creencias negativas sobre las preocupaciones.

## Entrenamiento en resolución de problemas

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

**1. Orientación hacia los problemas.** El énfasis se pone en este componente que se refiere a las reacciones iniciales afectivas, cognitivas y conductuales del paciente a los problemas. Dentro de la orientación negativa se incluye no saber reconocer los problemas, hacer atribuciones inadecuadas sobre los mismos, valorarlos como amenazas y sentirse frustrado y perturbado al encontrarse con problemas, no creer en la propia capacidad para resolverlos y mantener un punto de

vista pesimista sobre los resultados.

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 a) ver los problemas como amenazas, b) dudar de la propia capacidad para resolverlos y c) creer que no se solucionarán aunque se intente. Si el cliente se ve reflejado, se le pregunta secuencialmente por las **consecuencias** emocionales (frustración, irritación, ansiedad, bajo estado de ánimo), conductuales (evitación, posposición, pedir a otros que resuelvan los problemas) y cognitivas (preocupaciones, nuevos problemas) que cree que tiene dicha actitud. Por ejemplo, “¿cómo cree que afecta esta actitud a sus pensamientos?, ¿piensa que le hará preocuparse más o menos?, ¿por qué cree que ocurre esto?”. Finalmente, 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 cuyos resultados son 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 y apoyo social** para reforzar la dedicación a la resolución de los problemas (véase D’Zurilla, 1986/1993; D’Zurilla y Nezu, 1999, 2007). 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 retos y no sólo como amenazas.** Se trata de alentar al paciente a ver qué retos u oportunidades existen en resolver los problemas en vez de centrarse únicamente en los aspectos negativos. Se explica que en vez de ver el problema como algo completamente negativo (amenaza) o positivo (oportunidad), puede contemplarse en un **continuo de amenaza-reto**; esto permite valorar los problemas de forma menos amenazante. Para ver esto de modo más claro, se utilizan **ejemplos** que permitan apreciar cómo una valoración inicial de amenaza puede transformarse a un punto de vista más dimensional en el que también se reconozca el reto u oportunidad existente para aprender algo nuevo, cambiar para mejor o sentirse mejor con uno mismo. Un ejemplo referido a una entrevista de trabajo es el siguiente (Dugas y Robichaud, 2007, pág. 142):

“Odio las entrevistas. ¿Por qué tengo que 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 el siguiente: “Estoy realmente nervioso antes de ir a una entrevista. ¿Cuál es la amenaza en esta situación? Bien, puedo no hacerlo bien durante la entrevista y no conseguir el trabajo. Incluso puedo quedar en ridículo. ¿Cuál es el 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 o retos existentes en situaciones que sólo se veían como amenazantes. También pueden emplearse **ejemplos en los que sólo aparezca la interpretación amenazante** y que sea el cliente el que deba apreciar la oportunidad existente. Otro medio útil, como actividad entre sesiones, es pedir al paciente que revise su autorregistro de preocupaciones, que **identifique problemas actuales no resueltos que llevan a preocuparse y que piense y registre los retos 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 dicha orientación sea abordada en general**, tal como se ha visto en este apartado, **y también en el contexto de cada habilidad de solución de problemas**, cuando sea necesario. Estas habilidades se exponen a continuación.

## 2. Habilidades de solución de problemas

Los **objetivos** de esta fase son refinar las habilidades de resolución de problemas y alentar a los pacientes a tolerar la incertidumbre siguiendo adelante con el proceso de resolución de problemas a pesar de la incertidumbre inherente en cada uno de sus pasos: a) definición y formulación del problema 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, al menos al principio, los resultados de cada paso en un autorregistro.

La resolución de problemas no se presenta como el aprendizaje de nuevas habilidades (las cuales ya suelen tenerse en mayor o menor grado), sino que el énfasis se 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 a los miedos que subyacen a la preocupación

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

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?” o “¿qué sería lo más angustiante?”). Respuesta X. “Y si X fuera cierto, ¿qué pasaría?”. El proceso se sigue hasta que el cliente es incapaz de dar una nueva respuesta o no cree en la que da. **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, aunque puede comenzarse a hacer esto en la sesión** para asegurarse de que ha entendido cómo proceder. Hay que proporcionar verbalmente y por escrito **guías** sobre el contenido y la forma de la imagen. 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 proveniente de 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 adelante). 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 cómo se aplica la exposición imaginal prolongada en la TCC de Barlow para el TAG o en la TCC para otros trastornos (fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo).
- c) El **paciente graba la imagen en audio** mientras lee el texto lentamente, con las pausas pertinentes y con emoción. De no ser así, la grabación debe repetirse hasta conseguir la velocidad y emoción adecuadas. Aunque el empleo de una grabación no es necesario, especialmente conforme el paciente va dominando la exposición, se piensa que las sesiones son más fáciles con la ayuda de dichas grabaciones que pidiendo simplemente al cliente que imagine la escena o la lea para sí mismo o la relate en voz alta antes de imaginarla.

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 que quede espacio para el miedo. De todos modos, está por demostrar la importancia de esta forma de proceder. Además, existen otras posibilidades; por ejemplo, la esce-

na 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 la primera sesión no es realizar una exposición exitosa, sino comenzar a aprender la habilidad de exposición. También se le avisa de que le resultará difícil permanecer centrado en el tema de exposición, pero que lo que debe hacer cuando su mente divague, es volver a la imagen. Finalmente se le informa de las **características** de la exposición: duración aproximada, continuar hasta que la ansiedad retorne más o menos al nivel de línea base o hasta que llegue al 50% del nivel máximo experimentado, mantener la imagen sin bloquearla ni distorsionarla, no emplear conductas tranquilizadoras e informar del nivel de ansiedad/malestar tras cada minuto (esto parece muy frecuente; cada 5 minutos podría ser suficiente).

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 grabación de modo continuo a través de auriculares al tiempo que intenta mantener la imagen y no emplear estrategias** para reducir la ansiedad. **Tras cada minuto de exposición, el terapeuta pide al cliente que informe de su nivel de ansiedad** de 0 a 10. La sesión continúa hasta que la ansiedad vuelve más o menos al nivel de línea base o hasta que alcanza el 50% de la ansiedad máxima experimentada; conviene no basarse 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. 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**, se indaga si el paciente ha empleado conductas defensivas para neutralizar la imagen o reducir la ansiedad –y, de ser así, cuáles han sido y si se ha vuelto a exponer a la imagen– y se le pide que describa sus reacciones a la experiencia. Además, el terapeuta elabora un gráfico para mostrar al paciente la evolución de su ansiedad durante la exposición.

Cuando la exposición a una imagen funciona en la consulta, se manda como **tarea para casa** una vez al día y con las mismas características que cuando se realizaba en la consulta. Para cada exposición entre sesiones, el cliente apunta en un **autorregistro** su nivel de malestar justo antes de la exposición e inmediatamente después, el nivel máximo experimentado durante la exposición y el posible empleo de conductas de neutralización. Esto permite controlar el progreso. Una vez que el paciente es capaz de imaginar la escena sin ansiedad significativa, se pasa a abordar el siguiente miedo nuclear y se sigue este proceso hasta trabajar los miedos que se hayan identificado. El estudio de Fracalanza, Koerner y Antony (2104) indica que es más eficaz abordar el mismo miedo nuclear en distintas sesiones hasta que es superado que ir variando dicho miedo entre sesiones.

Cabe señalar, finalmente, que **otros autores** han abordado las preocupaciones sobre situaciones hipotéticas (p.ej., “Mi hijo puede tener un accidente de coche y quedar parálítico”) mediante **reestructuración cognitiva, aplicación de la reestructuración** durante la exposición a situaciones y estímulos internos suscitadores de ansiedad (TCC tradicional) o tras la exposición imaginal a los miedos que subyacen a la preocupación (TCC de Barlow) y **eliminación de las conductas defensivas** (p.ej., llamar frecuentemente para ver si está bien o llamar a hospitales si no contesta y se retrasa). Si la preocupación tiende a reaparecer, hay que dejarla pasar y dedicarse a algún tipo de actividad atrayente o que ocupe la atención.

Dugas y Ladouceur (1997) afirman que no deben emplearse durante la exposición a las preocupaciones sobre situaciones inmodificables o muy improbables estrategias como la reestructuración, ya que esto podría reducir los efectos de la exposición al neutralizar la imagen de temor. Por otra parte, se ha dicho que la utilización de la reestructuración cognitiva puede hacer las cosas más fáciles para el cliente y que no hay datos de cuál de estas dos formas de proceder es más eficaz. De hecho, en una versión previa de su programa, el grupo de Dugas había distinguido tres tipos de preocupación y seguía las siguientes pautas. 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 relajación, respiración, meditación, imaginación positiva, reestructuración cognitiva 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. Sea como sea, si la aplicación de la reestructuración durante la exposición no funcionase, podría aplicarse la exposición imaginal sin estrategias de afrontamiento.

### 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 de preocupación y ansiedad 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**.

### TERAPIA METACOGNITIVA DE WELLS

Wells (1995, 1997, 1999, 2007, 2009) ha sugerido, acorde con su **modelo metacognitivo**, que el tratamiento del TAG debe centrarse en el **cuestionamiento de las metapreocupaciones** en vez de en las preocupaciones 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 moti-

varle a hacer esto, se emplea un experimento sobre los resultados de intentar suprimir un pensamiento (p.ej., intentar no pensar en un conejo azul). Así pues, no se emplean estrategias cognitivas para abordar las distorsiones en el contenido de las preocupaciones.

El **tratamiento incluye** la formulación individualizada del caso (análisis funcional), la educación sobre el tratamiento (compartir el modelo explicativo y orientar hacia el tratamiento que se seguirá), la identificación de dos tipos de creencias (creencias negativas sobre las preocupaciones y creencias disfuncionales sobre la utilidad de estas últimas), el desafío de estas creencias mediante reestructuración verbal y experimentos conductuales, y la eliminación de las estrategias desadaptativas (intentos de control del pensamiento, conductas defensivas y de evitación) que interfieren con el proceso de autorregulación y contribuyen a mantener el TAG. De los dos tipos de creencias, se tratan primero las creencias negativas sobre las preocupaciones, empezando por la creencia de que las preocupaciones son incontrolables y siguiendo con la creencia de que son peligrosas.

## Cuestionamiento de las creencias de incontrolabilidad

En primer lugar se emplea el **método socrático** para debilitar las creencias de que las preocupaciones son incontrolables. Preguntas típicas son “¿qué sucede si está preocupándose por algo y tiene que contestar al teléfono (atender a un cliente, etc.)?, ¿qué sucede con su preocupación?”, “si la preocupación es incontrolable, ¿cómo llega a parar?”. La idea es que el paciente vea que tiene al menos un cierto control. Es muy importante aquí hacer la distinción entre el control de las preocupaciones y la supresión de pensamientos. Hay que explicar al paciente que muchas veces no es posible controlar los pensamientos que disparan la preocupación (p.ej., ¿Y si mi hijo hubiera tenido un accidente?), pero es posible decidir no implicarse en el proceso de preocupación subsecuente. Para ello se emplea la **conciencia plena objetiva**. Esta implica, por una parte, ser consciente de los pensamientos y creencias; y por otra, dos factores adicionales:

1. No responder al pensamiento de modo conceptual o conductual (p.ej., analizándolo, interpretándolo, elaborándolo, valorándolo, preocupándose sobre él, suprimiéndolo, minimizando la amenaza, buscando tranquilización o evitando actividades)
2. Ser consciente de que se está percibiendo un pensamiento que es algo separado del sí mismo. Es decir, en vez de no distinguir los pensamientos de las experiencias directas del sí mismo y del mundo, se trata de ver los pensamientos como simples eventos de la mente, representaciones internas independientes del sí mismo y del mundo real que tienen diversos grados de precisión.

Antes de presentar la conciencia plena objetiva, se empieza con un **experimento de supresión de un pensamiento neutral**. Se explica al paciente que algunas estrategias para controlar los pensamientos pueden ser ineficaces o incluso contraproducentes. Se le dice que se imagine que se preocupa por los conejos azules y que durante los siguientes 3 minutos no piense de ningún modo en conejos azules. Luego, se le pregunta que ha sucedido (lo usual es que hayan surgido los pensamientos prohibidos) y la respuesta se emplea para ilustrar que intentar suprimir la preocupación no es muy eficaz. En el caso de que un paciente dijese que ha logrado no tener los pensamientos, se le pregunta si puede conseguir lo mismo con los disparadores de sus preocupaciones; lo usual es que no. A partir del experimento anterior y/o de la ineficacia de las estrategias de control que el paciente ha utilizado hasta el momento, se le hace ver cómo el intento de controlar los disparadores iniciales de la preocupación (p.ej., ¿y si tuviera un cáncer?) no ha funcionado para superar el problema. A partir de aquí se le pregunta si ha considerado no preocuparse en respuesta al pensamiento disparador o si podría ver este cómo un simple evento que pasa por su cabeza. Esto permite introducir la conciencia plena objetiva, la cual es practicada primero en la sesión con pensa-

mientos neutrales y después con pensamientos que disparan habitualmente la preocupación.

Se explica al paciente que como intentar controlar los pensamientos no funciona a largo plazo, se le va a proponer una nueva forma de relacionarse con sus pensamientos que se denomina **conciencia plena objetiva**. Pueden emplearse las siguientes instrucciones:

“Voy a pedirle que tenga un pensamiento sobre un tigre y que permita que el pensamiento tenga su propio espacio en su mente. Quiero que se fije en su pensamiento y que no haga nada para controlarlo o influir sobre él. ¿Puede tener el pensamiento ya? Justo mire el tigre. Puede notar que se mueve, pero haga nada para que se mueva. Puede que el pensamiento se desvanezca, pero haga nada para que se desvanezca. Puede darse cuenta de otros pensamientos, pero no los produzca deliberadamente. Simplemente, fíjese en su pensamiento de modo objetivo.” (Wells, 2009, pág. 107).

Tras dos minutos, se comprueba si el paciente ha sido capaz de realizar la tarea. En caso contrario, se corrigen las posibles dificultades. A continuación, se repite la tarea o se emplea una estrategia alternativa de conciencia plena (véase Wells, 2009) hasta que la persona domina la técnica. Finalmente, se identifica un pensamiento reciente disparador de preocupación y se le pide que aplique la técnica igual que lo ha hecho anteriormente, permitiendo que el disparador se mantenga en su mente, pero sin hacer nada con él. Se explica al paciente que haciendo esto, el pensamiento se irá viendo desprovisto de su influencia, ya que la recuperación emocional es un proceso natural que ocurre espontáneamente si no se ve interferido por ciertas respuestas contraproducentes ante los pensamientos y emociones.

El siguiente paso es introducir la **posposición del proceso de preocupación** que sigue a los pensamientos disparadores como un medio de aumentar la conciencia plena y de cuestionar la creencia de que la preocupación es incontrolable. Esto se presenta como un experimento para realizar diariamente durante la siguiente semana. La explicación que se da al paciente incluye los siguientes puntos:

1. Se le propone que aplique la conciencia plena objetiva tras cada pensamiento disparador.
2. Tras hacer lo anterior, debe posponer cualquier preocupación hasta un momento posterior del día. Como ayuda, puede recordarse que es sólo un pensamiento y que no necesita darle vueltas y preocuparse hasta más adelante. Además, debe centrarse en el presente, en lo que está sucediendo o en lo que está haciendo.
3. Se le dice que más tarde en el día busque un rato en el que, si lo desea, pueda preocuparse sobre el pensamiento tenido. Este periodo no debe durar más de 10 minutos y no debe ser antes de irse a dormir. Conviene enfatizar que este tiempo de preocupación *no* es obligatorio y que muchas personas deciden no llevarlo a cabo o lo olvidan.
4. Se le explica que posponer la preocupación le permitirá poner a prueba cuán incontrolable es la preocupación.
5. Finalmente, se destaca de nuevo la diferencia entre suprimir un pensamiento y posponer la preocupación. No se trata de suprimir el pensamiento que dispara la preocupación, sino dejar que siga ahí, diciéndose a sí mismo que sólo es un pensamiento, y decidir no hacer nada con él (no intentar cambiarlo o suprimirlo) ni empezar el habitual proceso de preocupación. Más tarde en el día podrá ocuparse de él si lo desea.

Tras comprobar que el paciente entiende la actividad, puede obtenerse el grado en el que cree en la controlabilidad de sus preocupaciones, lo cual se hará también al inicio de la próxima sesión, tras la realización del experimento. Alternativamente, este cambio también puede ser evaluado a partir de la Escala Revisada sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Para facilitar el experimento de posponer la preocupación en el entorno habitual, puede llevarse a cabo inicialmente dentro de la sesión. En este caso, se pide al paciente que piense en un pensamiento disparador y

que inicie su proceso de preocupación. Luego se le dice que posponga sus preocupaciones durante 10 minutos para ver lo que sucede. Durante este tiempo, la terapia se centra en un tema diferente. Transcurridos los 10 minutos, se pregunta al paciente si se ha preocupado. En caso negativo, se le hace ver que tiene control sobre sus preocupaciones sin intentar deshacerse activamente de las mismas.

En la siguiente sesión se revisa el experimento de posposición de la preocupación y se siguen buscando pruebas contrarias a la incontrolabilidad de la preocupación. Así, se pregunta al paciente qué sucede con sus preocupaciones cuando debe realizar una tarea urgente o su hijo requiere una atención inmediata. La idea es que vea que la preocupación es desplazada por otros requerimientos y que, por lo tanto, responde a lo que hace y a sus prioridades. El siguiente paso para reducir la creencia en la incontrolabilidad de la preocupación lo constituyen los **experimentos sobre la pérdida de control**. El objetivo de estos experimentos es que el paciente compruebe que la preocupación no se convierte en incontrolable aunque intente perder el control. El primer experimento debe llevarse a cabo **en la sesión**. Esto reduce su miedo a llevarlo a cabo como actividad entre sesiones y facilita, por tanto, su realización.

En primer lugar, se recuerda al paciente que sus preocupaciones no son incontrolables, tal como ha podido comprobar con el experimento de posponer la preocupación. Sin embargo, puede persistir la creencia de que se perdería el control en el caso de tener una gran preocupación. Una forma de asegurarse de que esto no es así es intentar preocuparse tan intensamente como sea posible para ver qué sucede. A continuación, se invita al paciente a que piense en una preocupación actual o reciente y se le explica que se le va a pedir que empiece a darle vueltas y vueltas para iniciar el proceso de preocupación. La idea es preocuparse todo lo que se pueda, pensar en lo peor que puede suceder e intentar perder el control de la actividad. El paciente practica el experimento y se discute si ha habido o no una pérdida de control. El siguiente paso es establecer la realización del experimento como **actividad entre sesiones** en dos momentos diferentes y en el siguiente orden: a) durante un periodo de posposición de la preocupación y b) en el momento en que se tenga un disparador de preocupación. Junto con los experimentos de pérdida de control, se pide al paciente que continúe con la posposición de la preocupación.

## **Eliminación de las conductas de búsqueda de seguridad y de evitación**

Una vez reducida suficientemente la creencia en la incontrolabilidad de las preocupaciones, se inicia la intervención para ir eliminando las conductas de búsqueda de seguridad y de evitación, ya que contribuyen a mantener la ansiedad y las preocupaciones. Al igual que se señaló en el tratamiento de Dugas, se discuten las ventajas y desventajas de estas conductas y una vez que quedan patentes sus desventajas, se pide al paciente que vaya dejando de hacerlas.

## **Cuestionamiento de las creencias de peligrosidad**

El siguiente paso es desafiar las creencias de que las preocupaciones son **peligrosas**. Se utilizan estrategias verbales y experimentos conductuales. Entre las primeras, a) acentuar la disonancia entre las creencias de que preocuparse es positivo y las creencias de que es peligroso, b) cuestionar las pruebas de que preocuparse es peligroso, c) buscar pruebas en contra de la peligrosidad de la preocupación, d) cuestionar el mecanismo por el que la preocupación produce consecuencias peligrosas, y e) proporcionar información del valor adaptativo de la respuesta de ansiedad.

Las técnicas anteriores pueden resultar útiles para debilitar las creencias sobre la peligrosidad de la preocupación, pero son insuficientes. Es necesario complementarlas seguidamente con **ex-**

**perimentos conductuales.** Los más usuales son los siguientes:

1. **Mini-encuestas.** 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, si les produce malestar y si han tenido alguna vez dificultades para controlar su preocupación.
2. **Experimentos de volverse loco o de dañar el cuerpo a través de la preocupación.** Se pide al cliente que intente producir los resultados negativos intensificando periódicamente durante un cierto tiempo el proceso de preocuparse. Un ejemplo es el de una persona que pensaba que su preocupación podía producirle un ataque cardíaco. Tras comprobar que estaba físicamente sano, se le pidió que se preocupara mientras hacía *footing* alrededor de la clínica.
3. **Evaluar los efectos de la preocupación en el cuerpo.** A un paciente que temía que al preocuparse podía aumentar su ritmo cardíaco, se le tomó el pulso bajo tres condiciones diferentes: a) ejercicio ligero, b) sentado en una silla pensando en cosas neutrales, y c) sentado en una silla preocupándose. El ritmo cardíaco aumentó durante el ejercicio en comparación con tener pensamientos neutrales, pero la diferencia fue pequeña respecto a la condición de preocuparse. Se obtuvo así un dato contrario a que la preocupación tiene fuertes efectos corporales. Wells (2009) refinó el experimento preguntando al paciente que sucedería con su ritmo cardíaco si se preocupara mientras hacía ejercicio en comparación con hacer ejercicio sin preocuparse. La predicción es que sería bastante más alto bajo la primera condición. Para someter esto a prueba, se pidió al paciente que subiera escalones, primero preocupándose y luego sin preocuparse. El ritmo cardíaco fue similar en las dos condiciones.

Finalmente, hay un aspecto que no es señalado por Wells y que puede ser importante. Este aspecto hace referencia a que **aunque preocuparse puede no ser peligroso en sí mismo** (en el sentido de volverse loco, dejar de funcionar o tener un infarto), la **preocupación excesiva** y no controlada **puede estar asociada con una diversidad de problemas**: deterioro de la ejecución de tareas (especialmente de tareas cognitivas complejas), problemas de concentración, perturbaciones del sueño, fatigabilidad, irritabilidad, síndrome del colon irritable, síndrome de fatiga crónica, úlceras, diarrea, gases, dolores de cabeza, hipertensión esencial, trastorno cardiovascular, diabetes, insomnio y síndrome temporomandibular. Si bien es difícil establecer relaciones causa-efecto, la existencia de algunas consecuencias negativas en un paciente puede ser utilizada como estrategia motivacional para que en vez de implicarse en un proceso de preocupación tras un estímulo disparador, aprenda a utilizar otras estrategias más útiles, tales como conciencia plena, resolución de problemas y centrarse en el presente (en lo que está sucediendo o en lo que está haciendo).

## **Cuestionamiento de la utilidad de la preocupación**

Primero **se revisan las pruebas a favor y en contra** de que preocuparse ayuda a afrontar las cosas. Algunos ejemplos de preguntas son: “¿Qué pruebas tiene de que preocuparse es útil?”. “¿A través de qué mecanismo resulta útil la preocupación?”. “¿Ha hecho cosas sin preocuparse?; ¿cuál ha sido el resultado?”. “¿Qué sucede con su concentración cuando se preocupa?; ¿cómo casa esto con que preocuparse es útil?”. “¿Qué sucede con su estado de ánimo cuando se preocupa?; así, ¿cuán útil es preocuparse?”. “Si preocuparse es eficaz para resolver problemas, esto implicaría que la gente que se preocupa frecuentemente debería tener menos problemas; ¿es esto cierto?”. “¿Con qué frecuencia resultan las situaciones tal como parecen en sus preocupaciones?; así pues, si preocuparse exagera la realidad, ¿en qué medida puede resultar útil?”. “¿Le lleva la preocupa-

ción a mirar las cosas desde todos los ángulos, incluidos los positivos?; ¿si no es así, en qué medida le ayuda?”.

Las estrategias verbales anteriores son seguidas por dos tipos de **experimentos**:

- **Experimentos de discrepancia.** Van dirigidos a comprobar si el contenido de una preocupación (lo que se piensa que pasará) se ajusta a lo que realmente sucede. Aunque esto implica un cuestionamiento del contenido de la preocupación, el fin principal es desafiar la validez de la creencia de que la preocupación es útil. Para llevar a cabo el experimento, se acuerda una actividad que genera preocupación (p.ej., asistir a una cena con colegas) y el paciente escribe en la sesión aquello que cree que sucederá, esto es, el contenido de los pasos en el proceso de preocupación (p.ej., ponerse tan ansioso que los demás lo notarán, mantener una conversación sosa, ser dejado de lado). Posteriormente, el paciente lleva a cabo la actividad en su entorno, apunta lo que realmente sucedió y lo trae a la siguiente sesión. En esta sesión, se completan estos apuntes con el paciente, en caso necesario, y se le pide que juzgue el grado de acuerdo entre lo realmente sucedido y las predicciones previas. Hay que enfatizar la discrepancia que existe y terminar preguntando: “si la preocupación no se ajusta mucho a lo que realmente ocurre, ¿en qué medida resulta útil?”. (La estrategia de la discrepancia puede ser utilizada también retrospectivamente, aunque entonces ya no se trata realmente de un experimento. El proceso es similar al descrito, pero centrado en una situación reciente en la que también se identifica lo que el paciente creía que iba a ocurrir y lo que realmente sucedió.)
- **Experimentos de modulación de la preocupación.** Se basan en la idea de que si la preocupación es útil, los aumentos y disminuciones de la misma deben afectar a los resultados. Así pues, se plantea un experimento en el cual se aumentará y disminuirá la preocupación con el fin de observar los efectos que esto tiene en el manejo de las cosas de la vida diaria, en el rendimiento laboral, en las relaciones sociales, etc. De este modo, para someter a prueba la creencia de que preocuparse mejora el rendimiento laboral, se puede pedir al paciente que se preocupe más en un día laboral, que no lo haga al día siguiente, que registre los resultados y que compruebe si hay alguna diferencia en su desempeño. Todo esto se discute en la siguiente sesión. Si la actuación no cambia o empeora cuando se intensifica la preocupación, esto contradice la creencia de que preocuparse es útil. Es importante que previamente terapeuta y paciente hayan acordado los indicadores observables de que preocuparse ha sido útil y no preocuparse, poco útil. También se puede pedir al paciente que se preocupe sobre las consecuencias de ciertos eventos y que no se preocupe por las consecuencias de otros. Al registrar los resultados de todos los eventos, el paciente puede poner a prueba su hipótesis de que preocuparse es útil.

## Consolidación de nuevos planes de acción

A partir de este momento, se sigue trabajando para modificar las posibles creencias negativas y positivas sobre preocuparse que puedan quedar, y para terminar de eliminar las conductas residuales de evitación y de búsqueda de seguridad. Se trata de consolidar y fortalecer **estrategias alternativas** para controlar las respuestas a los pensamientos disparadores y al estrés, lo cual requiere práctica repetida. Algunas de estas estrategias son: a) Ante un pensamiento disparador, dejarlo a su aire para ver qué sucede en vez de intentar manejarlo o controlarlo. El paciente puede decirse “es sólo un pensamiento”. b) Ante un pensamiento amenazante, considerar también resultados más positivos en vez de preocuparse sobre lo que puede suceder para no ser tomado por sorpresa. c) Si aparecen emociones negativas, dejarlas que sigan su curso en vez de intentar comprenderlas. d) Caso de estar preocupado por algo, no buscar seguridad por parte de otros ni tomar

alcohol o tranquilizantes. e) Hacer cosas que se habían evitado hasta el momento en vez de evitarlas por lo que pudiera suceder. f) Hacer cosas nuevas para romper la rutina, sin pensarlo mucho ni anticipar problemas antes de llevarlas a cabo.

## Prevención de recaídas

Se revisa si todavía están presentes aquellas **variables que constituyen factores de vulnerabilidad** para el TAG: creencias negativas y positivas sobre las preocupaciones, uso continuado de la preocupación como estrategia de afrontamiento y conductas de evitación y de búsqueda de seguridad. Para ello, pueden examinarse las puntuaciones en cuestionarios como la Escala Revisada sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Cuestionario de Meta-Cogniciones y el Cuestionario de Meta-Preocupación. Si persisten las variables mencionadas, deben intentarse modificarlas volviendo a aplicar las estrategias ya enseñadas o variantes o refinamiento de las mismas.

Finalmente, terapeuta y paciente escriben una **proyecto de terapia** que contiene un resumen de la información sobre el TAG y la preocupación, la formulación individualizada del caso (modelo explicativo), los resultados de los experimentos conductuales empleados para someter a prueba las creencias negativas y positivas sobre las preocupaciones, y un proyecto terapéutico que sintetiza las estrategias que el paciente ha encontrado útiles a lo largo del tratamiento (plan nuevo) en contraposición con la forma en que actuaba anteriormente ante los disparadores de sus preocupaciones (plan antiguo). En la **tabla 11** puede verse un ejemplo de proyecto terapéutico de acción. Se anima al paciente a seguir practicando las nuevas estrategias y se programan sesiones de apoyo a los 3 y 6 meses para comprobar cómo se va desarrollando el paciente, reforzar los progresos y solucionar posibles dificultades.

## PROPUESTA DE UN TRATAMIENTO MODULAR INTEGRADOR

Bados (2015) ha presentado en detalle el protocolo de intervención correspondiente a un tratamiento modular integrador que se basa en los programas conductuales y cognitivo-conductuales que se han mostrado eficaces y que incluye los siguientes módulos según el orden en el que podrían ser aplicados. También se indica el número de sesiones de cada módulo, aunque este número es sólo orientativo y debe ajustarse, al igual que los módulos que se aplicarán, en función de cada paciente.

1. Conceptualización compartida (1-2 sesiones).
2. Entrenamiento en relajación aplicada (siete semanas de entrenamiento que es conducido en paralelo a otros módulos).
3. Reevaluación de que las preocupaciones son incontrolables (2 sesiones).
4. Exposición conductual, que implica la eliminación de las conductas de evitación y de búsqueda de seguridad (4 sesiones, aunque se sigue trabajando este aspecto a lo largo del tratamiento).
5. Reevaluación de que las preocupaciones son peligrosas (2 sesiones).
6. Reevaluación de la utilidad de la preocupación (2 sesiones).
7. Entrenamiento en solución de problemas (3 sesiones).
8. Exposición en la imaginación a los peores miedos que subyacen a las preocupaciones sobre situaciones no resolubles (3 sesiones).
9. Mantenimiento de logros y prevención de recaídas (2 sesiones).

En la siguiente tabla se establece cuáles de los módulos son propios de cada una de las terapias consideradas, aunque el contenido y el orden exacto de los mismos puede variar según el

programa considerado.

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

	Relajación aplicada	TCC de Borkovec	TCC de Barlow	TCC de Dugas	Terapia metacognitiva de Wells
Conceptualización compartida (psicoeducación)	X	X	X	X	X
Relajación aplicada	X	X	X		
Cuestionamiento de que las preocupaciones son incontrolables		X			X
Exposición conductual	X	X	X	X	X
Cuestionamiento de que las preocupaciones son peligrosas					X
Cuestionamiento de la utilidad de la preocupación		X		X	X
Solución de problemas		X	X	X	
Exposición en la imaginación a los peores miedos			X	X	
Mantenimiento de los logros y prevención de recaídas	X	X	X	X	X

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

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

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

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

## TRATAMIENTO DEL PERFECCIONISMO DISFUNCIONAL

El perfeccionismo disfuncional 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 disfuncional 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). Así pues, el perfeccionismo implica unas normas elevadas y una baja tolerancia al fracaso o a los errores.

Algunas **pautas útiles para combatir el perfeccionismo disfuncional** 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 autocrítica, 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 sopesa las ventajas y desventajas de querer hacer las cosas perfectamente.** Posibles ejemplos de ventajas y desventajas son:
  - # **Ventajas:** me motiva a esforzarme para hacer bien las cosas, hago un buen trabajo a veces y me siento satisfecho por ello; se me valora el buen trabajo que hago; me siento protegido de la crítica, el fracaso o la desaprobación si las cosas salen bien.
  - # **Desventajas:** siento una gran ansiedad que me impide muchas veces hacer las cosas tan bien como puedo; evito hacer cosas para no correr riesgos, con lo que pierdo oportunidades y no cometo errores necesarios para aprender; evito la crítica de los demás, la cual ayuda a mejorar; invierto demasiado tiempo; otros que no son tan perfeccionistas son igual de valorados que yo; soy tan autocrítico que no puedo admitir mis éxitos ni disfrutar de lo que hago bien; los errores me hacen sentir sin valor; me deprimó al no poder alcanzar la perfección; me fijo mucho en los defectos en la gente, por lo que no consigo que me caigan bien y esto me hace estar más solo; tengo problemas con amigos y compañeros por mi exigencia y las críticas que les hago; la mayoría de las personas se sienten incómodas con la gente “perfecta”.

Las conclusiones extraídas pueden escribirse en **tarjetas** para consultarlas en las situaciones pertinentes. Recordarse que el perfeccionismo está asociado a la ansiedad, depresión, falta de disfrute y problemas con otros es útil para aquellos que ligan perfec-

cionismo y felicidad. Otro ejercicio que puede ayudar es anotar las actividades realizadas, el grado de eficacia (de 0% a 100%) con que se realizó cada una y cuán satisfactoria fue (de 0% a 100%). Esto permite descubrir que actividades realizadas con poca perfección o consideradas poco importantes (p.ej., hablar con alguien, pasear) pueden ser más satisfactorias que otras más perfectas (véase Burns, 1989/1990, cap. 14).

- **Consulte a familiares y amigos** lo que opinan sobre sus conductas perfeccionistas y de exigencia.
- **Cuestione** a través de la reestructuración cognitiva sus:
  - # **Reglas dicotómicas**; por ejemplo, si la casa no está totalmente limpia, es una porquería.
  - # **Pensamientos autocríticos**; por ejemplo, “he tomado una decisión equivocada, soy un fracaso”. Una buena pregunta aquí es si el paciente consideraría un fracaso a una persona conocida que cometiera la misma equivocación.
  - # **Creencias perfeccionistas**: a) La perfección es posible (“la perfección es un ideal inalcanzable”, “lo que para uno es perfecto para otro puede que no”). b) Lo que valgo está determinado por mis logros (“se puede ser feliz y llevarse bien con los demás con logros más pequeños”; conviene pensar en alguna persona conocida con muchos logros, pero que inspira poco respeto y en otra menos ambiciosa, pero a la que se tiene en consideración). c) Los errores son terribles (“la mayoría de los errores tienen consecuencias negativas mínimas; además, sirven para aprender”, “muchas cosas bien hechas tienen errores, lo importante es el resultado global”). d) Si no soy perfecto, los demás no me querrán o aprobarán (“bien al contrario, a los demás no suele gustarle la gente perfeccionista”).
- **Preste atención no sólo a sus errores al actuar, sino también a todo lo que hace bien**, y sepa valorar su actuación situando ambas cosas en perspectiva: un error (que, además, puede ser percibido, en vez de real), o incluso varios, no hundan necesariamente una actuación. En el caso de **errores importantes**, el cliente debe aprender a valorarlos en su justa medida, analizarlos y pensar en **soluciones** para corregirlos, si es posible, o para reducir la probabilidad de que se repitan.
- Se acostumbre a identificar, registrar y **valorar los aspectos positivos** de las actividades que realiza y las cosas que hace bien cada día. Lo mismo puede decirse respecto a sus cualidades positivas. También pueden discutirse con el cliente las pruebas a favor y en contra de aquellas cualidades personales que percibe como negativas. Esto contribuye a combatir los problemas de autoestima.
- **Contrarreste la tendencia a anular lo positivo con un “pero”** (“el examen me fue muy bien, pero fallé una pregunta fácil”) invirtiendo el orden de sus pensamientos o verbalizaciones (“fallé una pregunta fácil, pero el examen me fue muy bien”) o eliminando la parte negativa (“el examen me fue muy bien”). Esto último puede resultar, 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.

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.

Un libro muy útil de autoayuda para superar el perfeccionismo es el de Shafran, Egan y Wade (2010). En pacientes con trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o alimentación, el programa de estos autores ha sido superior a la lista de espera en perfeccionismo y otras medidas (síntomas de los trastornos antes mencionados, autoestima, calidad de vida) y las mejoras se han mantenido a los 6 meses (Handley et al., 2015).

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

## TRATAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

**Eficacia del tratamiento.** Hasta el momento, hay muy pocos estudios (que, además, son no controlados y con muestras pequeñas) sobre los efectos de la TCC en niños (Clementi y Alfano, 2014; Leger et al., 2003), adolescentes (Waters, Donaldson y Zimmer-Gemback, 2008) o niños y adolescentes (Payne, Bolton y Perrin, 2011) con TAG. Los estudios de Leger et al. (2003) y Payne, Bolton y Perrin (2011) han empleado la TCC de Dugas o una adaptación de la misma y sus resultados sugieren que es eficaz. Sin embargo, los resultados parecen mejores cuando la TCC se adapta al lenguaje de los niños y adolescentes y las actividades psicoeducativas y didácticas se transforman en ejercicios experienciales. También se han observado mejoras con la TCC tradicional combinada con un componente de habilidades interpersonales (Waters, Donaldson y Zimmer-Gemback, 2008) y la terapia conductual dirigida (Clementi y Alfano, 2014), la cual incluye un componente para mejorar el sueño.

En un estudio controlado, Eisen y Silverman (1993) aplicaron un diseño de línea base múltiple con 4 niños y sus datos sugirieron que la terapia cognitiva, la relajación aplicada y su combinación fueron eficaces, pero que las intervenciones funcionaron mejor cuando se adaptaron al tipo de síntomas predominante (cognitivo, somático o ambos). En otro **estudio controlado** (Holmes et al., 2014), el programa “Sin preocupaciones” (una terapia dirigida a la intolerancia a la incerti-

dumbre, creencias negativas sobre las preocupaciones, orientación negativa hacia los problemas y evitación cognitiva) fue superior a la lista de espera en porcentaje de niños sin diagnóstico de TAG, número de diagnósticos comórbidos, preocupación excesiva y calidad de vida y los resultados se mantuvieron a los tres meses. El programa se aplica en grupo e incluye 10 sesiones para los niños y 7 para los padres, todas de 90 minutos y seguidas de dos sesiones de apoyo.

Por otro lado, están los programas dirigidos a los trastornos de ansiedad en general, incluido el TAG. Silverman, Pina y Viswesvaran (2008, pág. 126) dan las referencias de diversos manuales donde se describen detalladamente algunos tratamientos. Entre estos, Kendall ha propuesto e investigado un tratamiento cognitivo-conductual (programa *Coping Cat* [Gato Valiente]) dirigido a los trastornos de ansiedad en general (Flannery-Schoeder y Kendall, 2000; Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Kendall, Brady y Verduin, 2001), aunque ha sido aplicado especialmente en niños con TAG. Este tratamiento puede consultarse en Kendall y Hedtke (2006a, 2006b) para niños de 8-13 años (hay traducción al español en Kendall, 2010) y en Kendall et al. (2002a, 2002b) para adolescentes de 14-17 años.

El programa *Coping Cat* se aplica individualmente, aunque también puede hacerse en grupo. El número de sesiones oscila entre 16 y 20, duran 50-60 minutos y su periodicidad es semanal. De todos modos, para facilitar su aplicación en contextos comunitarios existe una versión breve de 8 sesiones (Crawley et al., 2013). El programa está adaptado al desarrollo evolutivo del niño y se apoya en un material escrito, variado y entretenido, que facilita el interés y la implicación en el tratamiento. Se utilizan fichas o puntos para reforzar las tareas entre sesiones. En las ocho primeras sesiones, resumidas en la siguiente tabla, se presentan los conceptos básicos y se practican y refuerzan las habilidades enseñadas. Además, se introduce progresivamente un **acrónimo (FEAR [MIEDO]** en inglés) que recuerda al niño los pasos a seguir.

Sesión 1. Establecer una buena **relación** con el niño, informarle sobre el tratamiento, alentar su participación, enseñarle a registrar una actividad en la que se sintió bien y lo que pensó, y terminar con una actividad divertida.

Sesión 2. Revisar la actividad asignada, enseñar a distinguir varios **tipos de emociones**, normalizar la experiencia de miedo, empezar a construir una jerarquía de situaciones ansiógenas y asignar actividades. (La asignación y revisión de actividades es común a todas las sesiones.)

Sesión 3. Enseñar a identificar las propias **respuestas somáticas de ansiedad**, introducir el primer paso del acrónimo (¿asustado? [sensaciones de ansiedad]) y hablar con el niño sobre la siguiente sesión con los padres.

Sesión 4. Encuentro con los **padres** para darles información adicional sobre el tratamiento y las metas del mismo, discutir sus preocupaciones, recoger información sobre las situaciones ansiógenas para el niño y alentar la cooperación en el tratamiento.

Sesión 5. Entrenar en **respiración** profunda y **relajación** muscular progresiva, hacer que el niño la practique con sus padres y entregar una grabación de audio personalizada para practicar en casa.

Sesión 6. Identificar los **pensamientos** en situaciones ansiógenas, diferenciarlos de los pensamientos de afrontamiento, introducir el segundo paso del acrónimo (¿espero cosas malas?), desafiar los pensamientos negativos y elaborar pensamientos de afrontamiento.<sup>10</sup>

Sesión 7. Revisar los dos primeros pasos del acrónimo e introducir el tercero (actitudes y acciones que ayudan). Enseñar **resolución de problemas** para seleccionar estrategias que permitan afrontar la ansiedad y aplicar el procedimiento con ejemplos de situaciones cada vez más

<sup>10</sup> La reestructuración cognitiva implicada en el *Coping Cat* está adaptada, como el resto de componentes, al desarrollo evolutivo del niño. Se presentan unas tarjetas con dibujos en el cual un personaje encuentra situaciones potencialmente ansiógenas. En estas tarjetas aparecen globos de pensamiento en blanco y el terapeuta le pregunta al niño qué podría decir o pensar el personaje en la situación. Esto sirve tanto para identificar pensamientos como para elaborar pensamientos alternativos.

ansiógenas.

Sesión 8. Introducir el cuarto paso del acrónimo (resultados y recompensas). Enseñar **auto-evaluación y autorrecompensa**. Revisar el plan FEAR y aplicarlo en sesión. Revisar la jerarquía y planificar la primera exposición.

*Nota.* Elaborado a partir de Kendall y Hedtke (2006a).

Este primer bloque de sesiones no parece dar lugar por sí solo a resultados positivos en comparación con la lista de espera. Durante el segundo bloque de ocho sesiones el niño practica las nuevas habilidades por medio de **experiencias imaginales, simuladas 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 hay una nueva reunión con los padres para informarles sobre la segunda parte del tratamiento, darles la oportunidad de discutir sus preocupaciones, obtener más información sobre las situaciones ansiógenas para el niño y ofrecerles modos específicos de implicarse en la segunda parte del tratamiento. En las sesiones 10 y 11 se trabaja con situaciones de baja ansiedad. En las sesiones 10-13 aumenta el nivel de ansiedad de las situaciones. Y en las sesiones 14-16 se practica en situaciones muy ansiógenas. Además, a partir de la sesión 14, los niños comienzan a preparar en casa un **breve proyecto divertido** (canción, anuncio de TV, espacio radiofónico, dibujo, poema, etc.) dirigido a enseñar a otros niños cómo afrontar la ansiedad perturbadora. Durante la última sesión (la 16) se graba y mira el proyecto (el niño recibe una copia), se revisa con el niños y los padres el progreso conseguido y se alienta a seguir practicando. Existen datos que sugieren que este segundo bloque, al menos cuando sigue al primero, es un componente activo a la hora de producir cambios significativos. En un estudio reciente (Peris et al., 2014), la reestructuración cognitiva y la exposición fueron componentes del tratamiento que contribuyeron a la mejora conseguida.

El programa *Coping Cat* 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 tratamiento, ya fuera aplicado individualmente o en familia, ha resultado superior a un programa de educación y apoyo basado en la familia (Kendall et al., 2008). La intervención grupal del *Coping Cat*, con sesiones de 90 minutos, en un estudio en el que los padres participaron en varias sesiones, fue tan eficaz como la intervención individual y también superior a la lista de espera (Flannery-Schroeder y Kendall, 2000). En el seguimiento al año, siguió sin haber diferencias entre ambas condiciones (Flannery-Schroeder, Choudbury y Kendall, 2005). En otro estudio, en el que se aplicó el *Coping Koala* sin la intervención de los padres, ambos tipos de intervención fueron también igual de eficaces a nivel estadístico y clínico (Muris et al., 2001). En cambio, con una adaptación abreviada del *Coping Cat*, Manassis et al. (2002) hallaron que el programa individual fue mejor en un par de medidas y también con los niños que presentaban una elevada ansiedad social.

La eficacia del *Coping Cat* no ha variado a corto y medio plazo en función de que los niños presentaran otros trastornos comórbidos, ya fueran de tipo ansioso o exteriorizado (Kendall, Brady y Verduin, 2001); además, el tratamiento redujo el porcentaje de niños que presentaban trastornos comórbidos, tanto los de tipo ansioso como los del tipo exteriorizado. La eficacia del programa tampoco ha variado a largo plazo (7 años) según los niños presentaran o no trastornos comórbidos de tipo exteriorizado (Flannery-Schroeder et al., 2004). Sin embargo, en estos estudios hubo pocos niños con trastornos del estado de ánimo y Berman et al. (2000) han hallado que la comorbilidad con depresión predice peores resultados.

Una adaptación de la TCC de Kendall ha sido superior al **placebo farmacológico** (Walkup et al., 2008). En un seguimiento realizado a los 6 años de media, el 69,9% seguía libre del TAG, aunque sólo el 45,8% seguía libre de los tres trastornos de ansiedad considerados para entrar en el estudio y el 62,7% había recibido terapia farmacológica o psicológica adicional (Ginsburg et al., 2014). Otra adaptación del programa de Kendall (el *Coping Koala* de Barrett et al., 1996) también se ha mostrado más eficaz que un **placebo psicológico** en niños que presentaban distintos trastornos de ansiedad. 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).

En un estudio realizado en centros públicos de salud mental (Southam-Gerow et al., 2010), el programa *Coping Cat* no se diferenció del tratamiento usual (de tipo ecléctico) en medidas de sintomatología y diagnóstico, aunque en el segundo hubo una mayor proporción de niños que requirieron servicios adicionales de salud mental (41% vs. 0%). Además, la dosis del programa *Coping Cat* no fue la óptima, ya que el 42% de los niños no recibieron ninguna sesión de exposición. En otro estudio realizado también en centros públicos de salud mental (Barrington et al., 2005), una TCC basada en el programa *Coping Cat* y otros programas similares tampoco se diferenció del tratamiento usual (psicoterapia infantil, terapia familiar, tratamientos eclécticos).

Los **resultados del programa *Coping Cat* se han mantenido** en seguimientos de 1 año y en otros tres de 3, 7 y 16 años de media, y no se han visto afectados por la presencia de comorbilidad. Además, a diferencia de los niños no recuperados, los que se recuperaron de su trastorno no presentaron 16 años más tarde un riesgo más elevado de padecer trastornos de ansiedad o abuso/dependencia de sustancias que un grupo normativo, con la excepción del TAG y la dependencia de la nicotina (Benjamin et al., 2013). Sin embargo, aunque en el seguimiento a los 7 años el 81% seguía libre del TAG, el 50% de los participantes había recibido tratamiento adicional (Kendall y Southam-Gerow, 1996; Kendall et al., 2004). La implicación de los niños durante las sesiones de tratamiento ha correlacionado positivamente con las mejoras conseguidas (Chu y Kendall, 2004) al igual que lo ha hecho la implicación de padres y madres cuando han participado como co-clientes (Podell y Kendall, 2011). 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).

En un interesante estudio con niños que presentaban trastornos de ansiedad, depresión o trastorno de conducta como diagnóstico principal y uno o más de los otros como diagnóstico comórbido, Weisz et al. (2012) hallaron que el **tratamiento modular** (aquel que empieza por el módulo centrado en el trastorno principal, por ejemplo, el *Coping Cat*, pero que cambia a un módulo centrado en otro trastorno si este comienza a interferir) fue más eficaz que el tratamiento centrado en trastorno principal o el tratamiento habitual de cada clínico.

Una cuestión importante es si los resultados del tratamiento mejorarían si los **padres participan en el mismo como co-clientes y no como simples colaboradores** que proporcionan información y ayudan en la aplicación de la intervención; en el primer caso, se ayuda también a los padres a manejar su propia ansiedad y a trabajar en equipo. Nauta et al. (2003) hallaron con niños de 7 a 18 años ( $M = 11$ ) y una versión abreviada del *Coping Cat* que los grupos con padres como co-clientes y los grupos sin padres fueron igualmente eficaces y superiores al no tratamiento. En el estudio de Kendall et al., (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 en el seguimiento al año cuando ambos progenitores o las madres tuvieron un trastorno de ansiedad.

El papel de la participación de los padres ha sido también estudiado mediante una adaptación del programa *Coping Cat*, realizada por Barrett y llamada *Coping Koala*. Los estudios de Barrett et al. (1996), Bernstein et al. (2005) y, en cierta medida, el de Barrett (1998) indican que esta participación mejora los resultados al emplear un enfoque en que terapeuta, padres e hijos funcionan como un equipo a la hora de trabajar; ahora bien, en el primer estudio la mejora sólo se produjo con **niños menores de 11 años**, aunque no con niños mayores. En cambio, con un programa para padres dirigido a **incrementar la autonomía de los niños** y a reducir el entrometimiento parental, Wood et al. (2009) hallaron que en el seguimiento al año la TCC familiar fue más eficaz que la TCC en niños de 10-13 años, pero no de 6-9 años. Por otra parte, la participación de los padres como co-clientes fue también más beneficiosa a corto plazo cuando los niños tuvieron uno o ambos **padres ansiosos** (Cobham et al., 1998), aunque fue también más eficaz para los niños sin padres ansiosos en el seguimiento a los 3 años (Cobham et al., 2010). 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). Bernstein et al. (2008) tampoco hallaron diferencias entre los grupos en los seguimientos a los 6 y 12 meses.

El programa *Coping Koala* tiene **tres componentes para los padres**, 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. Además se incluye una psicoeducación sobre la etiología de los trastornos de ansiedad con énfasis en el papel de la familia.
- 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 último lugar, se entrena brevemente a los **padres en habilidades de comunicación y resolución de problemas** con el fin de que sean más capaces de trabajar en equipo para resolver futuros problemas y mantener las mejoras terapéuticas una vez acabado el tratamiento. Este tercer componente implica lo siguiente: a) entrenar en habilidades para reducir la escalada del conflicto entre los padres sobre la educación del niño y para que los padres sean congruentes en el manejo de las respuestas ansiosas del niño; b) alentar a los padres a reservar un tiempo para discusiones regulares sobre el día que ha tenido cada uno y entrenar en habilidades de escucha para que estas discusiones sean más eficaces; c) entrenar en habilidades de solución de problemas y alentar a los padres a programar discusiones semanales de resolución de problemas para manejar los problemas del niño y de la familia.

**Otros componentes** que han sido considerados en otros programas para padres han sido: entrenamiento para reducir la conducta sobreprotectora y aumentar la autonomía de los niños, entrenar a los padres para alentar y reforzar ciertas conductas de sus hijos (autocontrol, cumplimiento de actividades entre sesiones, participación en actividades sociales, aumento de la actividad) y abordar pensamientos y sentimientos de los padres sobre una posible recaída. Es plausible pensar que los componentes concretos a trabajar dependerán de los aspectos problemáticos detectados en cada familia (sobrepotección, rechazo, etc.).

La participación de los padres como co-clientes en el tratamiento cognitivo-conductual ha sido revisada por Barmish y Kendall (2005), Breinholst et al. (2012), Rapee, Schniering y Hudson (2009) y Thulin et al. (2014). El primer aspecto a señalar es que los programas presentan similitudes en su contenido, pero también diferencias importantes. Por ejemplo, no todos los programas enseñan a los padres a manejar sus emociones, a modelar conductas apropiadas o a comunicarse o resolver problemas más eficazmente. Los programas han sido aplicados en grupo o individualmente y, en ocasiones, ha habido terapeutas distintos para padres y para niños. Por lo general, el número de sesiones ha oscilado entre 10 y 12 y han sido conducidas bien con niños y padres por separado bien con otros formatos: padres y niños conjuntamente en el 100% de cada sesión, en parte de cada sesión (20-33%) o en un porcentaje de las sesiones (40-90%). Muchos estudios no especifican si son los padres, madres o ambos los que acuden a la terapia, pero parece haber un predominio de las madres.

Los resultados sobre la utilidad de incluir a los padres como co-clientes han sido discordantes y es prematuro extraer conclusiones definitivas. La potencia estadística de muchos estudios ha sido insuficiente para detectar cambios de magnitud baja a moderada. Por lo general, no se han hallado diferencias en cuestionarios y esto ha sido confirmado en diversos metaanálisis, aunque las comparaciones en estos han sido indirectas (In-Albon y Schneider, 2007; James et al. 2013; Reynolds et al., 2012; Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008; Thulin et al., 2014). Por otra parte, según el metaanálisis de Manassis et al. (2014), la TCC es igual de eficaz a corto plazo con o sin implicación activa de los padres (más o menos de la mitad de las sesiones), pero la que mantuvo mejor los resultados al año, o incluso los mejoró en la proporción de niños que dejaron de presentar diagnóstico de ansiedad, fue aquella en la que los padres se implicaron y en la que se enfatizó el manejo de contingencias o la transferencia de control del terapeuta a los padres.

Thulin et al. (2014) ha propuesto varias posibles explicaciones de por qué la TCC que incluye a los padres no ha sido más eficaz: a) Los programas no han incluido aquellas conductas de los padres que están asociadas con la ansiedad infantil. b) El tratamiento consume mucho tiempo, exige mucho de los padres y supone una sobrecarga de información. c) Los padres con trastornos psicológicos pueden ser incapaces de ayudar a sus hijos.

Es posible que la TCC con los padres deba variar en función de las dificultades o trastornos que estos presenten. También es posible que la **TCC con padres sea más eficaz con niños menores de 11 años y que tienen padres ansiosos**. Bodden et al. (2008) no confirmaron estos resultados obtenidos en otros estudios e incluso hallaron que la TCC sin padres fue mejor que la TCC con padres en el postratamiento, tanto en general como cuando los padres presentaban trastornos de ansiedad. Posibles explicaciones son que se confió mucho en los padres para enseñar a los niños (sólo hubo tres sesiones con estos solos) y que se trabajó con diferentes grupos en diferentes sesiones (niños, padres, padres y niños, padres, niños y hermanos), lo que pudo dificultar la implicación de todos los miembros a lo largo de la terapia. Hudson et al. (2014) no hallaron que la TCC familiar (*Cool Kids*) más cinco sesiones de manejo de la ansiedad parental fuera más eficaz que la TCC familiar. Los niños con padres ansiosos mejoraron menos en ambos grupos.

Por otra parte, Wood et al. (2006) han señalado que incluir a los padres como co-clientes puede ser más eficaz si el tratamiento les ayuda a **incrementar la autonomía de los niños** y a reducir el entrometimiento parental. Este tipo de terapia familiar fue más eficaz que la TCC centrada en el niño, tanto en el postratamiento como al año, aunque en este último caso sólo en niños de 10-13 años, pero no de 6-9 años (Wood et al., 2009). En otro 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 resultó superior a la TCC sola. El estudio de Legerstee et al. (2009) sugiere que con niños que tienen una gran atención hacia la amenaza puede ser necesario alargar el tratamiento (programa FRIENDS) y/o implicar más a los padres en el

mismo.

**Un problema con muchos estudios sobre padres es que no se han evaluado los cambios producidos en estos por el tratamiento y el grado en que estos cambios están asociados con los resultados conseguidos por los niños** (Ginsburg et al., 2004). En un estudio preliminar, Khanna y Kendall (2009) hallaron que de cuatro componentes del entrenamiento de padres (transferencia de control del terapeuta a los padres, manejo de la ansiedad parental, entrenamiento en habilidades de comunicación y manejo de contingencias) los dos primeros estuvieron asociados significativamente con la mejora del funcionamiento global del niño según los padres y el clínico, aunque no con la mejora en autoinformes de ansiedad infantil o informes de los padres y del niño sobre el funcionamiento familiar.

Thienemann et al. (2006) han informado en un estudio no controlado con niños y adolescentes de la eficacia de un programa (*Cool Kids*) **dirigido sólo a los padres**, aunque los resultados parecen inferiores a los de los programas centrados en los niños con o sin sus padres como co-clientes. Cartwright-Hatton et al. (2011) hallaron que una TCC para padres de niños de 3 a 9 años con trastornos de ansiedad (la inmensa mayoría con fobias específicas o fobia social) fue más eficaz que la lista de espera y que las mejoras se mantuvieron al año. En el estudio de Smith et al. (2014) la TCC dirigida sólo a padres de niños de 7-13 años con diversos trastornos de ansiedad fue más más eficaz que la lista de espera. Mendlowitz et al. (1999) hallaron que una TCC grupal dirigida sólo a padres fue menos eficaz que una TCC con participación de los padres en el uso de estrategias de afrontamiento por parte de los niños y en la mejora informada por los padres. Waters et al. (2009) no encontraron diferencias entre una TCC grupal aplicada sólo con padres y la misma TCC aplicada con padres y niños. Hay que tener en cuenta que los niños fueron pequeños (4-8 años), sin comorbilidad no ansiosa y con predominio de diagnóstico de fobia específica; además, el porcentaje de abandonos tendió a ser mayor en la TCC sólo con padres.

Otra cuestión importante es **si es necesario enseñar primero las habilidades de autocontrol** (autoobservación, cambio de pensamientos, autoevaluación, autorreforzamiento) o si puede empezarse primero con exposición más manejo de contingencias por parte de los padres. No existen comparaciones directas al respecto, pero un programa con el orden señalado en este párrafo ha sido superior a corto y medio plazo a la lista de espera (Silverman et al., 1999). Además, una adaptación de este programa para adolescentes afroamericanos aplicada en la escuela ha sido superior a un grupo control de atención/apoyo (compartir y discutir experiencias de miedo), aunque la muestra fue muy pequeña (Ginsburg y Drake, 2002).

El programa *Coping Koala*, adaptado del *Coping Cat*, fue refinado por Barrett en 1998 y convertido en el **programa FRIENDS [AMIGOS]**. Este es similar a la TCC grupal con participación de padres de Barrett (1998), pero con algunas diferencias: se aplica en 10 sesiones más 2 de refuerzo, el programa con los padres se lleva a cabo en 4 sesiones de 1,5 horas (véase la **tabla 12**) o en 10 sesiones de unos 40 minutos, se enfatizan redes de apoyo entre los padres y entre los niños, e incluye versiones para niños de 7-11 años (Barrett, 2004a, 2004b) y adolescentes de 12-16 años (Barrett, 2005a, 2005b). Posteriormente, el programa fue adaptado para ser aplicado en la escuela con fines preventivos y ha recibido el nombre de *FRIENDS for Life*. Además se ha desarrollado una versión para preescolares (Barret, 2007). El programa FRIENDS ha resultado superior a la lista de espera y sus resultados se mantienen a medio plazo (Shortt, Barrett y Fox, 2001); además, es 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).

El programa FRIENDS aplicado en la **escuela** con niños de 7 a 11 años ha resultado superior

al no tratamiento, tanto en el post como en los seguimientos a los 6 y 12 meses, aunque en los seguimientos esto sólo se observó en medidas de padres, pero no en las del niño o en el estatus diagnóstico (Bernstein et al., 2005; 2008). Finalmente, el programa FRIENDS ha sido utilizado también con éxito en la escuela para la **prevención** de los trastornos de ansiedad, tanto universal (dirigida a los niños en general) como indicada (dirigida a niños con manifestaciones leves) (Neil y Christensen, 2009). En este caso tiene 10 sesiones con los participantes, más 2 de refuerzo, y 2 sesiones informativas opcionales con los padres.

Otro programa derivado de los anteriores es el *Cool Kids* (Chicos Tranquilos) de Rapee et al. (2009a, 2009b), el cual tiene una versión para niños y otra para adolescentes (<http://www.psy.mq.edu.au/CEH/index.html>). El programa incluye reconocimiento de emociones, reestructuración cognitiva, manejo de contingencias, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad y exposición gradual. El programa se aplica en grupo durante 10 sesiones de 2 horas y el terapeuta dedica más o menos el mismo tiempo en cada sesión a niños, padres, y padres y niños juntos. El programa ha sido más eficaz que un grupo placebo de apoyo y atención en el que se ayudó a los participantes a comprender y expresar emociones (Hudson et al., 2009). Las mejoras con el programa *Cool Kids* son algo menores cuando los niños presentan comorbilidad con otros trastornos de ansiedad o trastornos externalizados y bastante menores cuando hay comorbilidad con trastornos depresivos (Rapee et al., 2012). También el perfeccionismo orientado hacia sí mismo, pero no el socialmente prescrito, ha predicho peores resultados (Mitchell et al., 2013).

Según el metaanálisis de In-Albon y Schneider (2007), con 24 estudios y realizado con medidas de autoinforme de niños y adolescentes que presentaban diversos trastornos de ansiedad, el **tamaño del efecto pre-post** de la TCC fue 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<sup>11</sup> y 0,13 en la lista de espera). En su metaanálisis de 20 estudios, Ishikawa et al. (2007) obtuvieron los siguientes tamaños del efecto **pre-post** de la TCC: 0,74 en ansiedad, 0,63 en depresión y 1,06 en medidas contestadas por los padres. Los resultados se mantuvieron en seguimientos de hasta 2 años.

El metaanálisis más reciente sobre la eficacia de la TCC para trastornos de ansiedad en niños y adolescentes es el de James et al. (2013), con 41 estudios. De estos, 31 incluyeron distintos trastornos de ansiedad (excepto trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés postraumático), de los cuales seis fueron con niños con trastornos del espectro autista, pero sin limitaciones intelectuales; otros 9 estudios se centraron en la fobia social y 1 en el trastorno de ansiedad por separación. El **tamaño del efecto en el postratamiento de la TCC respecto a la lista de espera en medidas de ansiedad generalmente contestadas por los niños fue alto** (DMT = 0,98). En el metaanálisis de Silverman, Pina y Viswesvaran (2008), con 19 estudios, la TCC fue moderadamente más eficaz que la lista de espera en autoinformes de niños e informes de padres sobre a) reacciones de ansiedad y b) otros aspectos considerados conjuntamente: depresión, miedo, problemas interiorizados (retraimiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión) y problemas exteriorizados (conducta delincuente y conducta agresiva). Los tamaños del efecto (DCMT) en comparación con la lista de espera para estos dos tipos de medidas fueron 0,44 y 0,41 en el caso de los niños y más altos (0,91 y 0,63) en el caso de los informes de los padres. Considerando todas las medidas conjuntamente, Ishikawa et al. (2007) obtuvieron un tamaño del efecto de 0,68 respecto a la lista de espera. Finalmente, según la revisión de Vasa et al. (2014), la TCC ha resultado más eficaz que la lista de espera para los trastornos de ansiedad en niños con trastornos del espectro autista y elevado nivel de funcionamiento.

En comparación con controles activos (placebo psicológico: psicoeducación, biblioterapia,

<sup>11</sup> Este tamaño se redujo a 0,36 cuando de los cuatro estudios se eliminaron dos en que el “placebo” fue psicoeducación sobre la ansiedad y su tratamiento.

etc.), el tamaño del efecto de la TCC ha sido moderado ( $DMT = 0,50$ ), pero no significativo, en el metaanálisis de James et al. (2013). La TCC tampoco se ha diferenciado ( $DMT = 0,19$ ) del tratamiento habitual (terapia familiar, de apoyo, psicodinámica, ecléctica), aunque sólo hubo tres estudios; esto último concuerda con el metaanálisis de Ishikawa et al. (2007). En resumen, la TCC para trastornos de ansiedad en niños y adolescentes es claramente más eficaz que el no tratamiento, con un tamaño del efecto de moderado a grande, según las medidas e informantes considerados. Sin embargo, no ha demostrado ser más eficaz que el placebo u otros tratamientos. Según el metaanálisis de Ishikawa et al. (2007), las mejoras conseguidas con la TCC se mantienen en seguimientos de hasta 2 años (en comparación conl pretratamiento) y la revisión de Nevo y Manassis (2009) indica que este es también el caso en seguimientos largos de hasta 7 años. Sin embargo, en un seguimiento a los 8 años en un estudio no aleatorizado (Nevo et al., 2014), no hubo diferencias entre los que habían recibido TCC y los que habían recibido otros tratamientos (terapia de apoyo, guía espiritual y/o medicación).

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

Tabla. Niños y adolescentes que dejan de presentar su trastorno de ansiedad principal bajo distintas condiciones en el postratamiento.

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

*Nota.*  $k$  = número de estudios.

El porcentaje de niños y adolescentes que dejan de presentar su trastorno principal aumenta en **seguimientos** de hasta 2 años e incluso a los 3-7 años, en cuyo caso ha oscilado generalmente entre el 70% y el 90% (Nevo y Manassis, 2009). Sin embargo, esta mejora puede ser debida en parte a efectos de maduración o la administración de tratamiento adicional (presente entre el 30% y el 63% de los casos) (Ginsburg et al., 2014; Kendall et al., 2004; Manassis et al., 2004). Además, el porcentaje de los que siguen libres de otros trastornos de ansiedad en seguimientos de 6 o 9 años de media es más bajo (46% o menos a partir de los datos de Ginsburg et al., 2014, aunque Saavedra et al [2010) hallaron un 87%). En seguimientos de 6 años de media, terminan por recuperarse el 60% de los no recuperados inicialmente, pero un 14-27% de los que los que habían respondido inicialmente al tratamiento recaen en su trastorno principal (Barret et al., 2001; Ginsburg et al., 2014).

En comparaciones indirectas realizadas en los metaanálisis anteriores (In-Albon y Schneider, 2007; Ishikawa et al., 2007; James et al., 2013; Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008), **no se han hallado diferencias entre la TCC individual y la TCC grupal** ni entre la TCC con o sin participación de los padres, aunque en alguna medida el tamaño del efecto fue mayor en la TCC grupal (James et al., 2013) o en la TCC con padres (James et al., 2013; Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008). En general, no ha habido diferencias, ni en tamaño del efecto ni en porcentaje de pacientes recuperados, en función de que el tratamiento haya sido aplicado de forma individual o grupal (incluyera padres o no) o de que se centrara en el niño o en la familia (de forma individual o grupal). Ahora bien, en estos metaanálisis, no se ha estudiado el impacto de las variables que pueden

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

**VARIABLES PREDICTORAS DE LOS RESULTADOS DE LA TCC.** Según dos estudios con participación de los padres (en los que se enseñó a estos a ayudar a sus hijos a manejar la ansiedad, pero no a manejar sus propias alteraciones emocionales), predictores de peores resultados pueden ser: nivel de depresión y rasgo de ansiedad informados por el niño, comorbilidad con depresión en el niño, nivel de depresión, ansiedad, miedo y psicopatología general en los progenitores, percepción del niño de la disfunción familiar y de la frustración de sus progenitores con él, percepción de padres y madres de la disfunción familiar y percepción materna del estrés parental (Berman et al., 2000; Crawford y Manassis, 2001). Es posible que los trastornos de los padres sean más problemáticos al tratar niños pequeños y al aplicar la terapia individualmente en vez de en grupo (Berman et al., 2000). La influencia negativa de la ansiedad de uno o ambos progenitores ha sido observada en varios estudios, aunque no en todos.

Con el programa *Coping Cat*, variables predictoras de peores resultados han sido una mayor problemática interiorizada (retraimiento, ansiedad, depresión) en el niño informada por otros, mayor nivel de depresión informado por el niño, más reacciones depresivas en la madre y mayor edad del niño (O'Neil y Kendall, 2012; Southam-Gerow, Kendall y Weersing, 2001). Ahora bien, la psicopatología de los padres no predice peores resultados cuando aquellos participan como co-clientes (Podell y Kendall, 2011). A la inversa, ciertas características del terapeuta (estilo colaborador, empatía, adaptación al desarrollo evolutivo del niño, mayor experiencia clínica) han predicho mejores resultados (Podell et al., 2013).

Con el programa FRIENDS, altos niveles de rechazo y de reacciones de ansiedad y depresión por parte del padre y, sorprendentemente, un alto nivel de calidez emocional materna informada por el niño han estado asociados a peores resultados (Liber, van Widenfelt, Goedhart et al., 2008). Asimismo, la gravedad de los problemas ha predicho una mayor mejora, pero una menor recuperación (en términos de seguir cumpliendo o no el diagnóstico). La comorbilidad también predijo, más modestamente, una menor recuperación (Liber et al., 2010). Victor et al. (2007) hallaron que una mayor cohesión familiar predijo mejores resultados sólo en la TCC en que participaron los padres. El estrés parental o la psicopatología de los padres no fueron predictores, lo cual difiere de otros estudios, pero concuerda con Crawford y Manassis (2001), los cuales también utilizaron el Brief Symptom Inventory, a diferencia de otros trabajos. Rapee (2000) no halló que la satisfacción marital, la depresión de los padres, o la ansiedad materna afectaran a los resultados, pero sí la ansiedad del padre. Finalmente, con el programa de TCC *Worry Warriors*, la implicación en la primera mitad del tratamiento ha predicho una mayor reducción de la ansiedad en el postratamiento, aunque no a los 4 meses (Tobon et al., 2011).

VARIABLES NO PREDICTORAS DE LOS RESULTADOS han sido las características demográficas, el tipo y gravedad del trastorno de ansiedad y el número de trastornos de ansiedad comórbidos. Sin embargo, algunos estudios han hallado una menor mejora en los niños mayores (Bodden et al., 2008; Southam-Gerow, Kendall y Weersing, 2001). **VARIABLES QUE PODRÍAN PREDICIR EL ABANDONO** de la terapia son una menor sintomatología ansiosa, pertenecer a una minoría étnica y vivir con un solo progenitor (Kendall y Sugarman, 1997). Pina et al. (2003) no han confirmado estos resultados y Rapee, Abbott y Lyneham (2006) hallaron un mayor nivel de ansiedad y de otras medidas de psicopatología y un mayor número de trastornos comórbidos entre los que abandonaron. No se

han estudiado hasta el momento otras variables que pueden ser más importantes, tales como relación terapéutica, falta de motivación, insatisfacción con el tratamiento e impedimentos ambientales (p.ej., económicos, horarios, etc.).

Kendall y Treadwell (2007) estudiaron el **papel mediador de las cogniciones** en la TCC de los trastornos de ansiedad en niños. Estos autores hallaron que los cambios en los pensamientos ansiosos, pero no en los positivos o neutrales, mediaron las mejoras conseguidas con la TCC en autoinformes de ansiedad y depresión. Limitaciones de este trabajo es que la variable mediadora no fue medida antes que las variables dependientes (no se estableció la precedencia temporal) y que no se exploraron otros mediadores potenciales (p.ej., autoeficacia, reducción de la conducta de evitación). Hogendoorn et al. (2014) hallaron que un cambio en los pensamientos positivos, pero no en los negativos, y un aumento de diversas estrategias de afrontamiento (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, búsqueda de distracción) precedieron a la reducción de los síntomas de ansiedad.

**Utilidad clínica de la TCC.** Se considerarán aquí aspectos como la generalización a la práctica clínica habitual, viabilidad y eficiencia. Varios estudios han mostrado que la TCC dirigida a diversos trastornos de ansiedad es eficaz cuando se aplica en la **clínica habitual** y claramente superior a la lista de espera (Bodden et al., 2008; Lau et al., 2010; Nauta et al., 2003; Wergeland et al., 2014), aunque no se ha diferenciado del tratamiento habitual (terapia familiar, de juego, de apoyo, psicodinámica, centrada en el cliente o ecléctica) (Barrington et al., 2005; Southam-Gerow et al., 2010). Los resultados se han mantenido e incluso mejorado en seguimientos de hasta 12 meses. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que dejan de presentar su principal trastorno de ansiedad (35-52%) es más bajo que el observado en el marco de investigación (62%), aunque claramente superior al 5-10% observado en la lista de espera. Esto va en la línea del hallazgo del metaanálisis de Ishikawa et al. (2007), según el cual el tamaño del efecto fue menor en los estudios conducidos en otros centros en comparación con clínicas universitarias. Finalmente, según dos estudios (Bodden et al., 2008; Wergeland et al., 2014), sólo el 23-34% de los niños tratados en la clínica habitual se ven libres de cualquier trastorno de ansiedad.

Algunos estudios han ido dirigidos a lograr una TCC para niños ansiosos **más viable y más eficiente**. Así, Rapee (2000) halló que una versión abreviada (13,5 vs. 18 horas) del *Coping Koala* en grupo y con padres fue más eficaz que la lista de espera y los resultados se mantuvieron o incluso mejoraron al año. Los resultados fueron similares a los obtenidos con tratamientos más largos. Este programa abreviado no incluyó entrenamiento en comunicación y resolución de problemas para los padres ni relajación para los niños/adolescentes, aunque sí entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. La eficacia del programa no se ha visto afectada en el postratamiento por la presencia de comorbilidad, aunque en el seguimiento al año hubo un peor resultado en algunas medidas de los padres en los niños con trastornos comórbidos (Rapee, 2003).

Siguiendo en la línea de buscar programas más viables y eficientes, se ha visto que la **biblioterapia pura para padres** (sin intervención del terapeuta) ha sido algo mejor que la lista de espera para aquellos que la completan, pero mucho menos eficaz que la TCC grupal con la participación de los padres y con el doble de abandonos (32% vs. 16%) (Rapee, Abbott y Lyneham, 2006). La biblioterapia es claramente más eficaz que la lista de espera cuando es **apoyada por contactos telefónicos** o correos electrónicos iniciados por el terapeuta o por contactos iniciados por los padres (telefónica o electrónicamente). De estos tres tratamientos mediante biblioterapia, aquel con apoyo telefónico (9 llamadas de 24,5 minutos de media cada una) fue claramente el más eficaz, fue seguido por la inmensa mayoría de los padres (a diferencia de los otros dos programas), sólo requirió 6 horas de media por parte del terapeuta (incluida la evaluación) y puede ser especialmente útil cuando no se tiene fácil acceso a los servicios cara a cara (Lyneham y Rapee, 2006). Los resultados de Leong et al. (2009) también sugieren la eficacia de una biblioterapia para padres apoyada telefónicamente.

Los autores anteriores han investigado también el programa *Cool Teens (Adolescentes Tranquilos) aplicado mediante CD-ROM*. Este programa autoaplicado durante 12 semanas y con el apoyo de ocho breves llamadas por parte del terapeuta ha funcionado mejor que la lista de espera (Wuthrich et al., 2012). Por otra parte, el programa *Coping Cat* asistido por ordenador (y con la mitad de dedicación por parte del terapeuta) ha sido igual de eficaz que el *Coping Cat* tradicional y ambos han sido superiores a un grupo de educación, apoyo y atención asistidas por ordenador (Khanna y Kendall, 2010).

Spence et al. (2006) comprobaron que la eficacia de la TCC aplicada en grupo y con la participación de los padres fue similar a corto y medio plazo cuando la mitad de las sesiones (tanto de los niños como de los padres) se hicieron a través de **internet**. Ambos tratamientos fueron mejores que la lista de espera y las mejoras se mantuvieron al año. El tratamiento parcial a través de internet fue considerado satisfactorio y fue seguido por la inmensa mayoría de niños y padres. En un estudio posterior, la TCC aplicada íntegramente por internet y con un contacto mínimo con el terapeuta (dos llamadas telefónicas y correos electrónicos) fue superior a la lista de espera en el postratamiento, aunque los resultados parecieron más débiles que los obtenidos en otros estudios con TCC presencial. En cambio, las mejoras aumentaron a los 6 meses, de modo que los resultados fueron comparables a los de la TCC presencial en estudios anteriores (March, Spence y Donovan, 2009). En otro estudio con adolescentes (Spence et al., 2011), la TCC presencial y la TCC por internet fueron superiores a la lista de espera y no difirieron prácticamente entre ellas a corto y medio plazo. La TCC por internet comentada hasta aquí también ha resultado más eficaz que la lista de espera cuando ha sido aplicada con padres de niños de 3 a 6 años (Donovan y March, 2014). Sin embargo, muchos de estos estudios tienen un alto riesgo de sesgo según el metaanálisis de Arnberg et al. (2014).

Por lo que se refiere a un último aspecto de la utilidad clínica, la **satisfacción con la TCC**, esta ha sido evaluada en diversos estudios y ha sido elevada. Un ejemplo es el estudio antes citado sobre el programa FRIENDS (Barret, Shortt y Wescombe, 2001).

En otro orden de cosas, los estudios comentados hasta aquí han trabajado con niños mayores de 6 años, y en general, la media de edad ha sido de 10 o más años. Algunos autores han desarrollado **tratamientos para niños más pequeños**. Así, Cartwright-Hatton et al. (2011) hallaron que una TCC para padres de niños de 3 a 9 años con trastornos de ansiedad (la inmensa mayoría con fobias específicas o fobia social) fue más eficaz que la lista de espera y que las mejoras se mantuvieron al año. Monga et al. (2009) han elaborado una TCC grupal para niños de 5 a 7 años y con sesiones separadas para los padres. Mezclando niños con diversos trastornos de ansiedad, la TCC fue más eficaz que la lista de espera. Hirshfeld-Becker et al. (2010) hallaron que el Programa *Being Brave*, adaptado laxamente del *Coping Cat* para niños de 4-7 años y con intervención de los padres como co-clientes, fue más eficaz que la lista de espera para los trastornos de ansiedad en general y para el trastorno de ansiedad por separación, la fobia específica y la fobia social en particular; pero no para el TAG o la agorafobia. Las mejoras se mantuvieron al año. Más información puede verse en Puliafico et al. (2012).

Finalmente conviene mencionar los **programas de prevención** de los trastornos de ansiedad. La eficacia del programa FRIENDS, antes mencionado, ha sido superior a la de otros programas según el metaanálisis de Fisak, Richard y Mann (2011), aunque también hay un estudio en el que no ha sido superior a una condición de control de atención (Miller et al., 2011).<sup>12</sup> Ginsburg (2009) presenta el programa de afrontamiento y promoción de la fortaleza (CAPS), el cual se ha mostra-

---

<sup>12</sup> Existen también programas de prevención selectiva aplicados con padres de niños de preescolar que presentaban inhibición conductual y que han sido más eficaces que una condición control a los 3 años (Rapee et al., 2010).

do más eficaz que la lista de espera para prevenir los trastornos de ansiedad en el seguimiento al año (0% vs. 30%); la mayoría de los padres presentaban TAG. El programa va dirigido tanto a los niños (manejo de la ansiedad, reestructuración cognitiva, resolución de problemas) como a sus padres (manejo de la ansiedad, manejo de contingencias para reducir la sobreprotección y el control, habilidades de comunicación y resolución de problemas para reducir la crítica y el conflicto).

Según el metaanálisis de Teubart y Pinquart (2011), los programas de prevención de la ansiedad tienen un efecto significativo en los aspectos y diagnóstico de ansiedad, depresión y autoestima tanto en el postest como en seguimientos de 8 meses de media. Los efectos en competencia social se dieron sólo en el postratamiento. Los programas de prevención selectiva produjeron un mayor tamaño del efecto que los programas de prevención universal. Según el metaanálisis de Corrieri et al. (2014), el 73% de los programas de prevención aplicados en la escuela han resultado eficaces, aunque el tamaño del efecto en síntomas de ansiedad fue bajo, especialmente a largo plazo. Este tamaño del efecto fue mayor en programas de prevención indicada que universal.

Simon et al. (2012) han estudiado el coste/beneficio de un programa de prevención centrado en el niño o en los padres. En primer lugar, resultó más beneficioso realizar un programa de prevención que no hacerlo. El programa centrado en los padres fue el mejor cuando los padres fueron ansiosos. El programa centrado en el niño tuvo una mejor relación coste/beneficio cuando fue analizado desde una perspectiva sanitaria (costes directos) en vez de social (incluye también los costes indirectos), para los varones y para los niños de 10-12 años. Para algunos subgrupos (padres no ansiosos, niñas, niños de 8 a 10 años), la no intervención tuvo una mejor relación coste/beneficio.

## 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; y 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.

Para intentar aumentar la eficacia de las intervenciones existentes, han comenzado a aparecer nuevas ideas y aproximaciones que se expondrán a continuación. Así, **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. Desde un punto de vista terapéutico, Newman et al. (2004, 2008) han desarrollado una terapia que integra la TCC y técnicas interpersonales y que es presentada un poco más adelante. Similarmente, Rezvan et al. (2008) hallaron que la integración de la TCC y la terapia interpersonal fue más eficaz que la TCC en el seguimiento al año, aunque los tratamientos aplicados no fueron los típicos.

Koszycski et al. (2010) estudiaron la eficacia de una **intervención espiritual** válida para múltiples confesiones religiosas y que incluye elementos como meditación, conciencia y regulación emocional, el poder del perdón, la atención plena, la visión espiritual, la motivación altruista, la vida ética y la autoaceptación. Esta intervención fue tan eficaz como la TCC de Barlow en el postratamiento y a los 6 meses, aunque el estudio adolece de falta de potencia estadística. En un estudio posterior, la intervención espiritual mencionada fue más eficaz que la psicoterapia de apoyo en el postratamiento y a los 3 meses, con tamaños del efecto grandes en preocupación y ansiedad (Koszycski et al., 2014).

Aparte de todas estas iniciativas y de las intervenciones para el TAG en adultos ya explicadas (Barlow, Dugas, Wells), se han desarrollado otras nuevas orientaciones que serán expuestas en los siguientes apartados: la terapia integradora de Newman, la terapia de regulación de las emociones de Mennin y la terapia conductual basada en la aceptación de Roemer y Orsillo.

## TERAPIA INTEGRADORA DE NEWMAN

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. Ayu-

da 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 incómodo. Sin embargo, no contestar a mis preguntas me hace sentir como si lo que le pregunto no es importante”). Asimismo, el terapeuta debe facilitar que el paciente vea el vínculo entre los modos de comportarse en la sesión y los modos actuales y pasados de comportarse fuera de la misma.

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

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

- **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 expe-

riencia emocional, se le invita a centrarse en sus experiencias inmediatas. Es importante que el paciente vea la emoción como una fuente importante de información de lo que necesita en su vida.

Además de los marcadores de emociones subyacentes, el terapeuta está atento a los marcadores de **conflictos internos** (se usa la técnica de las dos sillas), **asuntos no resueltos** con otra persona (se emplea la técnica de la silla vacía) y **reacciones problemáticas** (sorpresa, confusión y ambivalencia ante las propias reacciones; se usa el despliegue evocador sistemático: imaginarse vívidamente en la situación y expresar en detalle lo sucedido y los propios sentimientos). Así pues, se utilizan técnicas de la terapia experiencial centrada en las emociones (Greenberg, Rice y Elliot, 1993/1996).

Como puede verse el abordaje de la evitación emocional es uno de los pilares de la terapia integradora de Newman. Otras ideas interesantes pueden consultarse en el capítulo 7 de Butler, Fennell y Hackmann (2008).

Los datos de un estudio no controlado sugieren la eficacia de la terapia integradora de Newman a corto y medio plazo (Newman et al., 2008). Sin embargo, en otro estudio (Newman et al., 2011) la adición de técnicas de procesamiento emocional e interpersonal a la TCC no aumentó la eficacia de esta ni en el postratamiento ni a los 2 años. Es posible que la terapia integradora sólo sea útil para aquellos pacientes que muestran en un grado suficiente determinados tipos de problemas interpersonales.

Por otra parte, Newman y Llera (2011) y Newman et al. (2013) han señalado que si una función de las preocupaciones es evitar el contraste emocional negativo (pasar de un estado emocional neutral o positivo a uno negativo o experimentar un incremento intenso en afecto negativo), las TCC actuales intentarían dismantelar la defensa cognitiva sin tratar los miedos subyacentes. Por ello, proponen **abordar la evitación del contraste emocional negativo mediante una exposición al mismo**. Esto puede conseguirse induciendo primero un estado de relajación y luego pidiendo al paciente que imagine situaciones gradualmente más perturbadoras con las correspondientes consecuencias temidas y que se fije en sus respuestas fisiológicas y afectivas para exponerse al contraste emocional negativo (véase Newman, Llera et al., 2014). El tratamiento podría incluir también la exposición a imágenes emocionalmente evocativas de tipo agradable y desagradable. Asimismo, dado que los pacientes podrían comportarse con otras personas de modo frío o sumiso para evitar contrastes emocionales negativos (p.ej., no son cordiales para evitar el contraste con un posible rechazo posterior), debería explorarse la posible existencia de estos patrones de comportamiento y de su función para poder generar adecuadas situaciones de exposición o de resolución de problemas.

## TERAPIA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES

Mennin (2004) ha propuesto la **terapia de regulación de las emociones** basándose en que las personas con TAG experimentan emociones negativas de modo más fácil e intenso, 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). De todos modos, no está claro que la desregulación emocional sea específica del TAG, ya que podría estar presente en muchos trastornos. 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 buscar 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.

La terapia de regulación de las emociones se ha mostrado eficaz en un estudio no controlado y también en un ensayo controlado en el que fue superior a una condición control de atención en una amplia variedad de medidas (preocupaciones, ansiedad, depresión) con tamaños del efecto de moderados a grandes. Los resultados se mantuvieron a los 9 meses y fueron igualmente positivos en pacientes que presentaban depresión mayor comórbida (Mennin et al., 2012).

## TERAPIA CONDUCTUAL BASADA EN LA ACEPTACIÓN

Según el modelo de Roemer y Orsillo (2009; véase también Behar et al., 2009), las personas con TAG tienen una **relación problemática con sus experiencias internas** (pensamientos, emociones y sensaciones corporales). Dentro de este componente se distinguen dos aspectos, la reacción negativa a las experiencias internas y la fusión o sobreidentificación con las mismas. La reacción negativa incluye pensamientos negativos (p. ej., ver las respuestas emocionales como indeseables o amenazantes) y metaemociones (p. ej., miedo a las emociones negativas) que suscitan dificultades para observar y aceptar las experiencias internas. La fusión con las experiencias internas implica verlas como mucho más indicativas de la realidad de lo que son, lo que incluye considerar que un pensamiento negativo transitorio (p. ej., “no puedo soportar la ansiedad, soy débil”) constituye una característica definitoria de la persona. La reacción problemática con las experiencias internas da lugar a la **evitación experiencial**. Esta consiste en la evitación deliberada o automática de las experiencias internas percibidas como amenazantes (p. ej., preocuparse para evitar experiencias más perturbadoras). Esta evitación reduce el malestar, pero sólo temporalmente, y contribuye a mantener la relación problemática con las experiencias internas. Además, facilita la aparición de la **restricción conductual**; la persona se ocupa menos en actividades valiosas o significativas o bien es menos consciente de las mismas cuando las realiza. Esta restricción conductual aumenta el malestar, con lo que se generan más experiencias negativas internas y el ciclo se perpetúa.

Teniendo en cuenta lo anterior, Roemer y Orsillo (2007, 2009) han propuesto la **terapia conductual basada en la aceptación (TCBA)**. Esta terapia integra las aproximaciones de atención plena (*mindfulness*) y la aceptación de las propias experiencias con los principios conductuales de aprender y practicar nuevas habilidades. Concretamente, se enfatiza: 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. El tratamiento no se centra primariamente en reducir las preocupaciones, sino en cambiar cómo uno responde ante las mismas.

En la TCBA se comienza explicando y demostrando un modelo del TAG en que se resalta el papel de la evitación experiencial y se conecta este modelo con el tratamiento a seguir. Luego, se enseñan una variedad de técnicas de atención plena, centradas primero en la respiración y sensaciones y luego en las emociones y pensamientos. A lo largo del tratamiento se ayuda a los clientes a: a) romper la fusión entre la percepción de sí mismos y las experiencias internas (p.ej., etiquetando estas últimas: “estoy teniendo la emoción de tristeza”, “estoy teniendo el pensamiento de que soy incapaz”); b) identificar las actividades que valoran en su vida (en el área interpersonal, laboral/educativa e intereses personales); y c) vivir la vida que deseen dejando de centrarse en cambiar sus experiencias internas y centrándose, en cambio, en las acciones que pueden llevar a cabo para cambiar su experiencia externa; y esto último a pesar de los pensamientos y sentimientos dolorosos que pueden surgir. Puede verse un ejemplo detallado en Hayes-Skelton, Orsillo y Roemer (2013).

La TCBA 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. Además, el aumento tanto de la aceptación de las experiencias internas como de la ocupación en actividades valiosas predijeron, por encima del cambio en la tendencia a preocuparse, la pertenencia al grupo de los que habían respondido al tratamiento (Hayes, Orsillo y Roemer, 2010). La TCBA también produce cambios en variables clave propuestas por otros modelos teóricos, tales como dificultades para regular la emoción, miedo a las respuestas emocionales, intolerancia a la incertidumbre y bajo control percibido (Treanor et al., 2011). Por último, la TCBA ha producido mejoras significativas a corto y medio plazo en preocupaciones, ansiedad, humor deprimido, calidad de vida y número de diagnósticos comórbidos, pero no se ha diferenciado de la relajación aplicada (Hayes-Skelton, Roemer y Orsillo, 2013).

Relacionada con el grupo de terapias a la que pertenece la TCBA, se encuentra la terapia cognitiva basada en la atención plena. Dos estudios no controlados (Craigie et al., 2008; Evans et al., 2008) sugieren la eficacia de este tipo de terapia, aunque los resultados parecen inferiores a los de otros tratamientos que incluyen estrategias conductuales. Similarmente, Hoge et al. (2013) hallaron que el programa de reducción del estrés basado en la atención plena fue más eficaz que un grupo de control de atención (educación en el manejo del estrés) en ansiedad y en reactividad al estrés inducido en laboratorio.

## TRATAMIENTO MÉDICO

Los fármacos más investigados han sido los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de la serotonina y de la noradrenalina (IRSN), las benzodiacepinas, la pregabalina, la buspirona, la hidroxicina y la quetiapina. Lo que se expone a continuación está basado en las revisiones realizadas por Baldwin et al. (2011), Bobes et al. (2002), Davidson et al. (2010), Gale et al. (2012), Hidalgo, Tupler y Davidson (2007), Mavranzouli et al. (2013), Mitte et al. (2005), NICE (2011) y Schmitt et al. (2005). Revisiones específicas con niños pueden verse en Compton, Kratochwill y March (2007) y Reinblatt y Riddle (2007).

En la siguiente tabla se presentan datos de eficacia de los siguientes fármacos: a) ISRS: paroxetina, escitalopram y sertralina; b) IRSN: venlafaxina y duloxetina; c) benzodiacepinas: diazepam, alprazolam y lorazepam; d) pregabalina, un agente anticonvulsivo que actúa como ansiolí-

tico; e) buspirona, una azapirona; y f) hidroxicina, una difenilpiperazina empleada como antihistamínico y ansiolítico (NICE, 2011).

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

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

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

Las **DMT en la HARS** de los distintos fármacos respecto al placebo son significativas, pero de magnitud entre baja y moderada; sin embargo, no pueden compararse con las vistas previamente para la TCC porque el grupo de comparación es más potente: placebo en vez de lista de espera. Tampoco pueden compararse los porcentajes de pacientes mejorados y recuperados, ya que los criterios empleados son diferentes de los utilizados en la TCC. El porcentaje de **pacientes mejorados** ha oscilado entre el 41% y el 58%, 10-15 puntos más alto que con el placebo (28%-46%). Las diferencias son significativas en todos los casos, salvo para algunas benzodiazepinas (alprazolam, lorazepam), la buspirona y la hidroxicina, quizá por falta de potencia estadística; de todos modos, el tamaño del efecto es bajo. Por lo que se refiere al porcentaje de **pacientes recuperados**, ha ido del 25% al 34% en los fármacos estudiados, 7-13 puntos más alto que el placebo (16%-26%). Las diferencias son significativas en todos los casos, salvo para las benzodiazepinas y el escitalopram, aunque el tamaño del efecto es bajo.

Dentro de los antidepresivos (ISRS, IRSN) y la pregabalina, la duloxetina es el fármaco más eficaz, pero también el que más abandonos produce. La **sertralina es el segundo más eficaz, el mejor tolerado y el que tiene una mejor relación coste/eficacia**, aunque esto se basa sólo en dos estudios (Mavranouzouli et al., 2013; NICE, 2011). La pregabalina es relativamente eficaz y tiene pocos efectos colaterales. Los efectos de las diversas benzodiazepinas han sido inconsistentes y su uso prolongado está asociado a un elevado riesgo de dependencia. La buspirona y la hidroxicina no cuentan aún con suficientes datos sobre su eficacia. Hay muy pocos estudios que hayan comparado distintos fármacos entre sí. En general, no hay diferencias entre ellos, aunque el escitalopram ha sido superior a la paroxetina; la pregabalina y el diazepam han sido mejor tolerados que la venlafaxina (y que el lorazepam en el caso de la pregabalina); y la quetiapina ha dado lugar a más abandonos que la paroxetina y el escitalopram (NICE, 2011).

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

Además, los efectos colaterales negativos de la quetiapina son notables (sedación, efectos extrapiramidales, ganancia de peso) y llevan a un mayor abandono del tratamiento en comparación con el placebo.

**Otros fármacos** que han sido investigados en algún estudio y que han sido más eficaces que el placebo son la fluoxetina, el citalopram, la imipramina, la agomelatina (25-50 mg; agonista melatoninérgico y antagonista selectivo de los receptores serotoninérgicos), la encipracina, el opi-pramol, el valproato (un antiepiléptico), el DN-2327 (un derivado de la isoindolina), el deramciclano (un antagonista de los receptores de la serotonina) y el ocinaplón (un modulador alostérico de los receptores GABA). El extracto especial de Ginkgo biloba EGb 761 (un fármaco anti-demensia) ha sido superior al placebo en un estudio. El extracto de manzanilla también ha sido más eficaz que el placebo en pacientes con TAG de leve a moderado.

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 de la vortioxetina (un antidepresivo multimodal), del Lu AA21004 y 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.

Por lo que se refiere a las **personas mayores**, hay muy pocos estudios, pero los serotoninérgicos y la bupiriona se han mostrado más eficaces que el placebo y han sido bien tolerados (Mokhber et al., 2010). En el metaanálisis de Gonçalves y Byrne (2012) tanto las benzodiacepinas como los antidepresivos (ISRS, IRSN) han sido superiores al placebo, con un tamaño del efecto grande en el primer caso y pequeño en el segundo.

**Con niños y adolescentes**, la sertralina (50 mg/día) ha sido más eficaz que el placebo en un estudio (Rynn, Siqueland y Rickels, 2001) y lo mismo puede decirse de la venlafaxina de liberación prolongada (Rynn et al., 2007), aunque el tamaño del efecto fue alto en el primer caso y moderado en el segundo. En niños y adolescentes con TAG, trastorno de ansiedad por separación o fobia social, la sertralina, la fluvoxamina y la fluoxetina han sido superiores al placebo, con un tamaño del efecto alto en las dos primeras y moderado en la segunda. Además, con los ISRS y la venlafaxina, el porcentaje de pacientes mejorados (64%) es mayor que con el placebo (34%), aunque también el abandono por efectos adversos. No hay estudios controlados que indiquen que las benzodiacepinas y la bupiriona son eficaces en niños con trastornos de ansiedad (Compton, Kratochvil y March, 2007; Ipser et al., 2009; Reinblatt y Riddle, 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, aunque en el primer caso sólo hubo dos estudios.

En resumen, el tratamiento farmacológico del TAG supone, a corto plazo, un beneficio de bajo a moderado para reducir los síntomas de ansiedad y aumenta hasta cierto punto la probabilidad de mejorar o recuperarse tras el mismo. Al mismo tiempo, presenta varias **limitaciones**: a) Su eficacia es limitada, no parece tener un efecto significativo en las preocupaciones (Anderson y Palm, 2006) y no se sabe si, aparte de los antidepresivos, los otros fármacos serían eficaces en pacientes con trastornos comórbidos de ansiedad o depresión. b) No hay estudios sistemáticos sobre el mantenimiento de los resultados a corto y largo plazo una vez acabado el tratamiento, aunque hay datos de que una gran mayoría de pacientes (60%-80%) recaen en el año siguiente tras un tratamiento breve. En consecuencia, se ha sugerido continuar el tratamiento durante 6-12 meses; esto es más eficaz que seguir tomando placebo, pero no se ha estudiado qué ocurre después al retirar el fármaco. c) La mayoría de fármacos tienen importantes o molestos efectos adversos que son más frecuentes que en el caso del placebo. La sertralina y la pregabalina se cuentan entre los que menos efectos adversos tienen. d) Como consecuencia de lo anterior, el porcentaje de pacien-

tes que abandonan el tratamiento es significativamente mayor con muchos fármacos (ISRS, IRSN, lorazepam, buspirona, quetiapina) que con el placebo o con la TCC.

A partir de los datos disponibles, el NICE (2011) **recomienda** que el tratamiento farmacológico sea reservado para las personas que no han respondido a la terapia psicológica, a no ser que estas elijan lo contrario. Dentro de los fármacos, la buspirona y la hidroxicina no cuentan con suficientes datos sobre su eficacia, el uso prolongado de benzodiacepinas (más de 3 meses) no es aconsejable por el riesgo de dependencia y los antipsicóticos (p. ej., quetiapina) no son recomendables debido a sus efectos adversos. Dentro de los antidepresivos (ISRS, IRSN) y la pregabalina, la sertralina es el fármaco más aconsejable, ya que es el segundo más eficaz, el mejor tolerado y el que tiene una mejor relación coste/eficacia.

A continuación se ofrece más información sobre la eficacia y efectos colaterales de cada grupo de fármacos. 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 náuseas, insomnio, disfunción sexual, fatiga, molestias gástricas, diarrea, vómitos, inquietud, sudoración, aumento de peso a largo plazo y mayor riesgo de hemorragias gastrointestinales, especialmente si se combinan con el uso de antiinflamatorios no esteroideos. Estos efectos producen más abandonos del tratamiento en comparación con placebo. Además, hay una tendencia a que se produzca un síndrome de abstinencia al discontinuar abruptamente un ISRS (especialmente la paroxetina) y un mayor riesgo de conducta e ideación suicida en una minoría de personas menores de 25 años que toman ISRS.

Los efectos de los **IRSN** son de aparición más rápida que los de los ISRS. La aplicación de venlafaxina 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. Entre los efectos secundarios de los IRSN se cuentan las náuseas, vómitos, insomnio, disfunción sexual, inquietud, sequedad de boca, mareos, sudoración, estreñimiento y anorexia. También hay una tendencia a que se produzca un síndrome de abstinencia al retirar abruptamente el fármaco y un mayor riesgo de conducta e ideación suicida en una minoría de personas menores de 25 años. Además, presentan efectos adversos en ciertos parámetros biológicos (colesterol, presión sanguínea, ritmo cardíaco, peso y, el caso de los niños, altura).

La **pregabalina** 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 (el mareo es el principal, junto a somnolencia, dolor de cabeza y fatiga), tiene un comienzo de acción más rápido (1 semana) que estos últimos y que la venlafaxina, y es más eficaz que el placebo para el tratamiento del TAG refractario.

Las **benzodiacepinas** (diazepam, lorazepam, alprazolam) son mejores que el placebo a corto plazo, aunque más en las reacciones somáticas de ansiedad que en las psíquicas. 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, empeoramiento de la atención y memoria, debilidad muscular, ataxia, dificultades en el habla). Además, el porcentaje de recaídas al discontinuar las benzodiacepinas es muy alto (63-81%) y su uso prolongado puede llevar a la reaparición de la ansiedad o a su agravamiento. 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 agrava-

mientos 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 ansiolíticos se limite a un **máximo de 3 meses**, incluido el mes de retirada.

La **buspirona** (20-60 mg/día), una azapirona, no siempre ha resultado superior al placebo y no parece tan eficaz como las benzodiacepinas. Tarda más que las benzodiacepinas en hacer efecto (2-4 semanas contra 1), pero tiene menos efectos secundarios (náuseas, mareo, dolor de cabeza, generalmente débiles) y, en especial, no parece producir sedación ni dependencia; tampoco altera las funciones cognitivas ni interactúa con el alcohol. Por otra parte, requiere varias tomas diarias, no está claro que los pacientes estén muy satisfechos con ella en la práctica clínica cotidiana y, al igual que las benzodiacepinas, no es eficaz contra los trastornos comórbidos. Las azapironas son más eficaces con las respuestas cognitivas que con las somáticas. 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.

Respecto a la **hidroxicina**, su efecto colateral más notable es la sedación.

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, diazepam), aunque tiene un mayor efecto que estas últimas sobre la ansiedad psíquica y quizá un menor efecto sobre la ansiedad somática. Los antidepresivos tricíclicos son de efectos más lentos (3-4 semanas frente a 1) y peor tolerados que las benzodiacepinas y azapironas, por lo que dan lugar a más abandonos del tratamiento debido a sus efectos secundarios (sobrestimulación, 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 lo que respecta a la **eficacia relativa del tratamiento psicológico y farmacológico en el postratamiento**, en el metaanálisis de Mitte (2005) no se hallaron diferencias en ansiedad 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 –basado en comparaciones indirectas y sujeto, por tanto, a la influencia de variables de confusión– 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. Sin embargo, este metaanálisis sólo incluyó seis estudios, en la mayoría de estos se emplearon benzodiacepinas y en la mitad los pacientes fueron diagnosticados según el DSM-III. Con limitaciones similares y basándose en comparaciones directas en cuatro estudios, el metaanálisis de Cuijpers et al. (2014) no halló diferencias entre la TCC y la farmacoterapia en medidas de ansiedad. En un par de estudios se ha hallado que la TCC es más eficaz que la farmacoterapia para reducir las distorsiones cognitivas y las actitudes disfuncionales (Bakhshani et al., 2007; Biswas et al., 1995). En personas mayores, el metaanálisis de Gonçalves y Byrne (2012) indica que la TCC y la terapia farmacológica alcanzan tamaños del efecto similares en comparación con condiciones control, aunque no hubo comparaciones directas entre terapias.

En cuanto a la combinación de **tratamiento psicológico y farmacológico**, la TCC más buspirona no ha sido mejor que la TCC más placebo (Bond et al., 2002). Zhang et al. (2002) compararon psicoterapia cognitiva (mezclada con elementos de filosofía taoísta), benzodiacepinas y su combinación. En el postratamiento la medicación y el tratamiento combinado fueron más eficaces en una medida de psicopatología general, pero a los 6 meses, el tratamiento combinado y la psicoterapia cognitiva fueron superiores a las benzodiacepinas. Por otra parte, en personas tratadas con venlafaxina XR, la adición de TCC no supuso mayores mejoras que seguir con la medicación (Crits-Christoph et al., 2011). Y en personas mayores que habían comenzado tomando escitalopram durante 12 semanas, añadir TCC produjo, en comparación con seguir con el fármaco, una

mayor mejora en la tendencia a preocuparse, aunque no en la ansiedad calificada por un evaluador. Además, tanto seguir tomando escitalopram como recibir TCC (sin necesidad de seguir tomando el fármaco) redujeron considerablemente la tasa de recaídas en comparación con seguir tomado placebo (Wetherell et al., 2013).

Con 488 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. En un seguimiento realizado a los 6 años de media no hubo diferencias entre los tres tratamientos; el 46,5% de la muestra seguía libre de los tres trastornos de ansiedad inicialmente considerados y el 64,9%, libre de su trastorno de ansiedad primario. Estos porcentajes fueron más altos entre los que habían respondido inicialmente al tratamiento que entre los que no lo habían hecho (52% vs. 37,6% y 72,6% vs. 52,3%, respectivamente). Ahora bien, esto implica que el 48% de los que respondieron inicialmente presentaban alguno de los tres trastornos de ansiedad inicialmente considerados y que el 27,4% habían recaído en su trastorno de ansiedad original. Además, el 46,9% de toda la muestra había recibido terapia farmacológica o psicológica, el 14,9% sólo medicación y el 9% sólo terapia (Ginsburg et al., 2014).

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

Por otra parte, en un estudio con pacientes con TAG que deseaban dejar las benzodiacepinas, la TCC de Dugas más la discontinuación (gradual) de la medicación fue superior a la escucha activa (de las experiencias de la vida del paciente) más la discontinuación (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. En el polo opuesto, hay datos preliminares que sugieren que la toma de anti-depresivos serotonérgicos en personas que no han respondido del todo a la TCC produce mejoras adicionales.

En pacientes con TAG, diversas **terapias alternativas** han sido investigadas en estudios aislados, por lo que es difícil extraer conclusiones. La **manzanilla**, el **ginkgo biloba**, y los extractos combinados de varias plantas (crataegus oxyacantha, eschscholzia californica y magnesium) han sido algo mejores que el placebo en un estudio cada uno, con un tamaño del efecto moderado en los dos primeros casos y pequeño en el tercero. La valeriana no se ha diferenciado del placebo en otro estudio. El extracto de **Galphimia glauca** y las cápsulas de aceite de **lavanda** han sido igual de eficaces que el lorazepam en un estudio en cada caso. La valeriana no ha diferido del diazepam en un estudio y la **flor de la pasión** no lo ha hecho del oxacepam en otro, aunque los tamaños muestrales fueron pequeños. En varios estudios que han seguido la clasificación china de los trastornos mentales, la **acupuntura** ha sido igual de eficaz que la medicación, aunque algunos de los fármacos empleados han sido de eficacia incierta; en otro estudio, la combinación de acupuntura y desensibilización sistemática fue más eficaz que cada componente por separado (NICE, 2011). La homeopatía clásica no ha resultado más eficaz que el placebo en un estudio (Bonne et al. [2003], citado en Hidalgo, Tupler y Davidson, 2007). El **kava** o kava-kava ha sido inferior al placebo en un estudio (Connor y Davidson [2002], citado en Hidalgo, Tupler y Davidson, 2007), pero mejor en otro (Sarris et al., 2013). Sin embargo, esta planta puede producir daño hepático grave e incluso mortal. El **masaje** terapéutico produce mejoras, pero no más que otras condiciones control:

termoterapia (aplicación de calor y fresco en diversas zonas del cuerpo) y escuchar música en una habitación relajante (Sherman et al., 2010).

Finalmente, se ha señalado la posible eficacia de terapias alternativas para problemas de ansiedad (no necesariamente trastornos). El kava es más eficaz que el placebo para la ansiedad de leve a moderada. 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).

## **TABLAS**

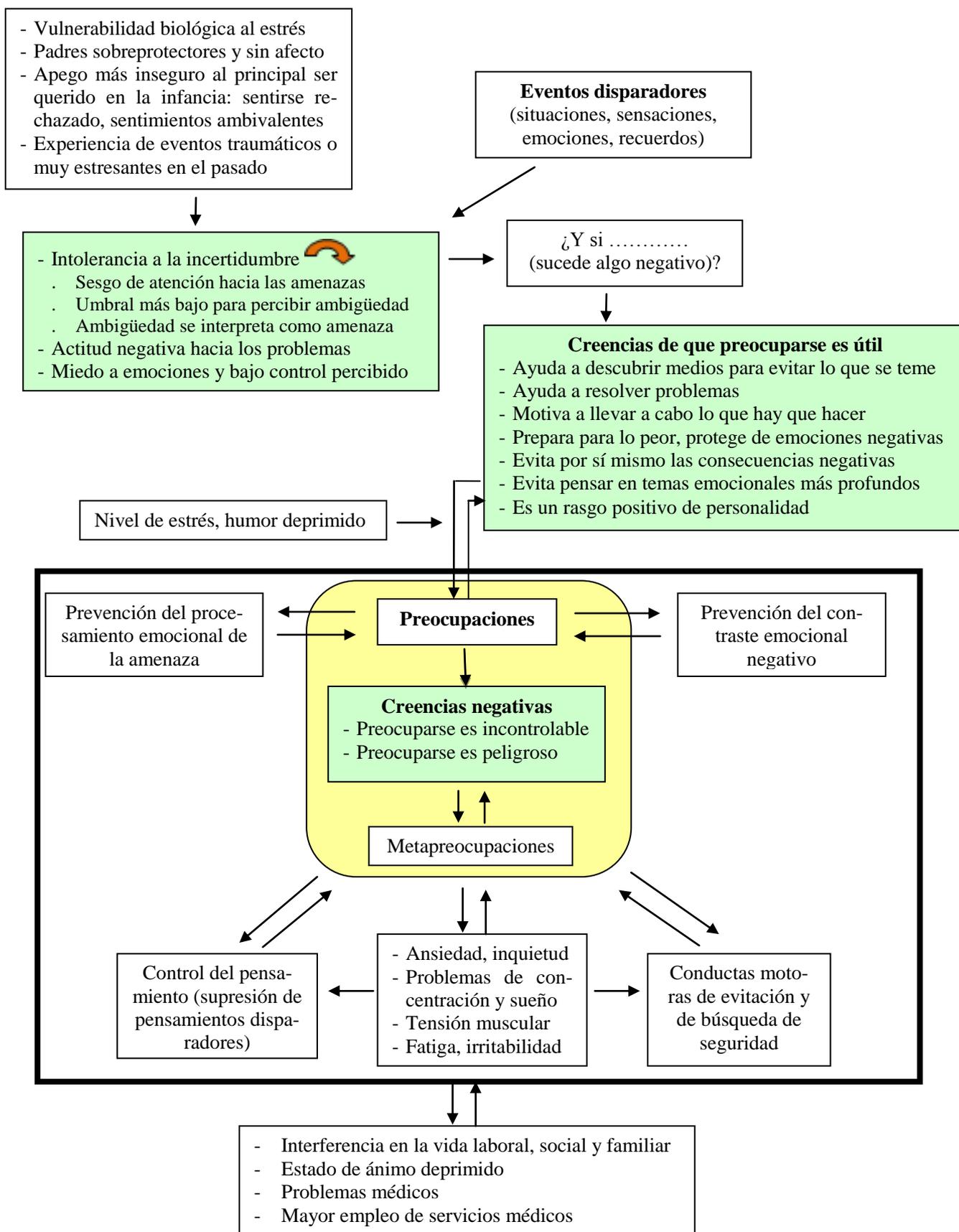


Figura 1. Modelo explicativo del trastorno de ansiedad generalizada. (\*) Uso limitado.

Tabla 1. Escala sobre el trastorno de ansiedad generalizada.

1. ¿En qué medida han sido molestas o incapacitantes sus preocupaciones durante la última semana? (Rodee un número debajo.)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada en absoluto					Moderadamente					Extremadamente
2. ¿Cuánto tiempo ha estado preocupándose durante la última semana? (Rodee un número debajo.)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca					La mitad del tiempo					Siempre
3. ¿Con qué frecuencia ha hecho cada una de las siguientes cosas para manejar su preocupación durante la última semana? (Ponga a la derecha de cada una un número de la siguiente escala.)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca					La mitad del tiempo					Siempre
Intenté suprimir los pensamientos inquietantes .....										
Intenté distraerme .....										
Pedí opiniones tranquilizadoras .....										
.....										
.....										
4. ¿Con qué frecuencia ha evitado durante la última semana lo siguiente para prevenir preocuparse? (Ponga un número de la escala a la derecha de cada elemento.)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca					La mitad del tiempo					Siempre
Escuchar noticias desagradables .....										
Tomar decisiones .....										
Participar en situaciones sociales .....										
.....										
.....										
5. Aquí debajo hay creencias que las personas tienen sobre sus preocupaciones. Indique cuánto cree en cada una poniendo un número de la escala a su derecha.)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada en absoluto										Totalmente
No puedo dejar de preocuparme .....										
Voy a enfermar de tanto preocuparme .....										
.....										
.....										
Preocuparme me motiva a actuar .....										
Preocupándome evito que suceda algo malo .....										
.....										
.....										

Nota. Tomado de Bados (2015). (\*) Uso limitado.



Tabla 3. Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada de Brown, O'Leary y Barlow (2001).

**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 la misma 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 imaginal a los miedos que subyacen a la preocupación (p.ej., entrenamiento en imaginación, jerarquía de campos de preocupación, exposición imaginal 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 imaginal.
- Introducir relajación mediante recuerdo.
- Revisar la justificación para la exposición imaginal.
- Llevar a cabo la exposición imaginal en la sesión.
- Actividades entre sesiones: autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), exposición imaginal, relajación mediante recuerdo.

**Sesión 9**

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

**Sesión 10**

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

**Sesión 11**

- Revisar autorregistros, cuestionamiento cognitivo, exposición imaginal, prevención de conductas de seguridad 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 imaginal, prevención de conductas de seguridad, relajación suscitada por señal.

**Sesión 12**

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

**Sesión 13**

- Revisar autorregistros, cuestionamiento cognitivo, exposición imaginal, prevención de conductas de seguridad, 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). Véase el texto para algunos cambios introducidos en la versión más reciente de Zinbarg, Craske y Barlow (2006). (\*) 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 parálítico a raíz de una lesión en un partido de rugby son mucho más altas que las de los demás. Para contrarrestar esta tendencia, recuerde que sus probabilidades de una lesión grave son las mismas que las del resto del equipo, cada día. Además, preocuparse sobre un evento futuro no cambia para nada su probabilidad de ocurrencia. Lo que la preocupación conseguirá, sin embargo, es hacerle sentir más ansiosa y perturbada a la vez que le proporcionará una falsa sensación de control sobre el futuro.

---

Nota. Tomado de Brown, O'Leary y Barlow (2001, págs. 193-195). (\*) 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 frente a 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. También puede llevarse a cabo, como en el ejemplo anterior, un experimento por fases.

- *Persona que es perfeccionista en la limpieza de su casa, porque piensa que si no, sus amigos le visitarán con menos frecuencia.* Se le pide que reduzca el tiempo dedicado a la limpieza y que observe si esto tiene algún efecto en la frecuencia de visitas por parte de sus amigos.

- *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 convengo de esto? No creo que pueda afrontar el perder a mi hijo o a mi marido. Me aterroriza tanto que me desagrada incluso hablar de ello.
- T Es por esto que debemos probablemente discutir sobre sus miedos, ya que la mayoría de sus preocupaciones se centran en la seguridad de su marido e hijo. ¿Qué sucedería si perdiera a su hijo?
- P Sería devastador, sería realmente terrible. Nunca lo superaría. Quizá sufriría una crisis nerviosa y me internarían en el psiquiátrico o algo similar. No sé, pero sería grave.
- T ¿Cómo sabe que sería grave? ¿Qué datos puede dar que apoyen su creencia de que nunca superaría la muerte de su hijo?
- P Bien, ninguna, pero los hijos no deben morir antes que sus padres. Tengo ya los nervios tan destrozados que esto me pondría al borde del abismo.
- T Una vez más usted está empleando sus sentimientos de ansiedad como prueba de su creencia. Nosotros llamamos a esto “razonamiento emocional”. Dígame algunas alternativas a sufrir una crisis nerviosa o ser ingresado en un hospital.
- P Lo afrontaría, creo, pero realmente no puedo ver cómo lo haría.
- T ¿Ha muerto alguien en su vida?
- P Sí. Cuando tenía 17 años, mi novio murió en un accidente de moto. fue muy duro para mí. En cierto sentido, nunca lo he superado. A veces, sueño con él. Era un gran chico y su pobre madre sufrió muchísimo cuando él murió. Nunca quiero experimentar lo que ella pasó.
- T Debe haber sido un periodo muy duro para usted. No es usual que una persona de 17 años tenga una experiencia como esa. Es bastante natural soñar con personas queridas que han muerto, especialmente cuando la muerte es de naturaleza violenta. Cuénteme algo sobre las emociones que tuvo en ese periodo.
- P Pasé por una gama total de emociones: rabia, incredulidad, ansiedad, soledad, dolor. Fue una época dura para mí. 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 y Barlow, 2006, págs. 89-91)*

- T Usted dijo antes que a veces se preocupa una y otra vez sobre el efecto que su muerte esto tendría 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 sin saber qué hacer.
- T Este tipo de pensamientos son obviamente muy angustiantes para usted. Evaluémoslos. Primero, consideremos la posibilidad de sobrestimar el riesgo. ¿Tiene alguna razón para pensar que morirá inesperadamente o 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 Ninguno, 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 menos de un 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, después de su muerte.
- P Supongo que finalmente las cosas se normalizarían, aunque no del mismo modo que si yo estuviese aquí. 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 o que usted deba pensar sobre ello con una actitud despreocupada. Sin embargo, comprendiendo esto, a pesar de lo negativa que su pérdida sería para sus hijos, estos serían capaces de sobrevivir y continuar sin usted. Este es un modo muy diferente de ver las cosas. ¿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 concédalas 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 táchel las 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, atégase 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.

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

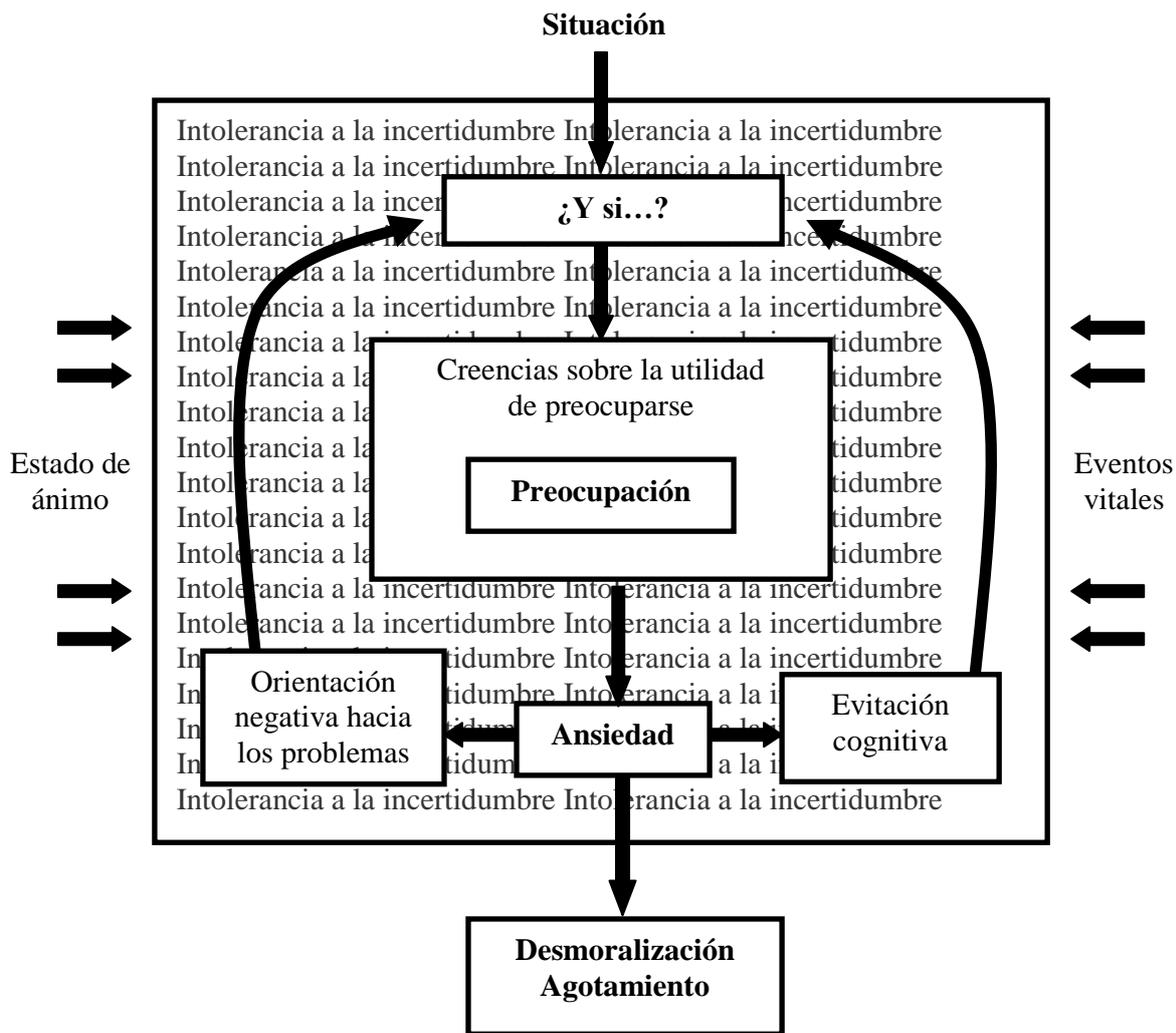


Figura 2. Modelo explicativo del TAG según Dugas y Robichaud (2007, pág. 178). (\*) Uso limitado.

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

---

**Estrategias de “aproximación” (de búsqueda de seguridad)**

1. Querer hacerlo todo usted mismo y no delegar tareas en nadie más.  
Ejemplo: hacer todas las tareas de casa usted solo porque si no, no puede estar seguro de que estén bien hechas.
2. Buscar una gran cantidad de información antes de proceder con algo.  
Ejemplos: leer gran cantidad de documentación sobre un tema; pedir la misma información a un cierto número de personas; mirar muchas tiendas antes de elegir un regalo para alguien.
3. Poner en duda una decisión que ya había tomado porque ya no está seguro de que sea la mejor decisión.  
[Ejemplos: replantease un cambio de lugar de trabajo o de domicilio; volver a pensar si se ha elegido bien el sitio de vacaciones.]
4. Buscar tranquilización preguntando a otros.  
[Ejemplos: consultar frecuentemente al médico por síntomas propios o de familiares cuya importancia se magnifica; pedir tranquilización a los amigos sobre estos síntomas; recabar con frecuencia opinión de colegas sobre si un trabajo está bien hecho; consultar a la pareja para confirmar la toma de decisiones; llamar frecuentemente a los seres queridos para comprobar que están bien; llamar a los hospitales cuando un hijo que viaja en moto se retrasa.]
5. [Buscar tranquilización mediante otras acciones.  
Ejemplos: tomar medicación tranquilizante; llegar con antelación a las citas; levantarse inmediatamente cuando el niño llora por la noche; limpiar la casa diariamente por si alguien viene inesperadamente de visita.]
6. Volver a comprobar y hacer las cosas otra vez por no estar seguro de haberlas hecho bien.  
Ejemplos: [reparar un trabajo una y otra vez,] volver a leer varias veces los correos electrónicos antes de enviarlos para asegurarse de que no hay errores.
7. Sobreproteger a otros (p.ej., familiares, niños) haciendo cosas por ellos.  
[Ejemplo: ayudar más de la cuenta a los hijos a hacer los deberes; hacerle cosas a un progenitor mayor que este es capaz de hacer.]

**Estrategias de “evitación”**

1. [Evitar situaciones que generan incertidumbre o hacen pensar en peligros.  
Ejemplos: negarse a leer noticias desagradables en el periódico o a hablar sobre ellas; rehuir conversaciones incómodas; no aceptar invitaciones a reuniones sociales; no querer ver ciertos programas de TV.]
  2. Evitar comprometerse totalmente con ciertas cosas.  
Ejemplos: no comprometerse en una relación de amistad o romántica porque el resultado es incierto; no implicarse totalmente en la terapia porque no hay garantías de que funcionará; [no aceptar una promoción en el trabajo].
  3. Encontrar razones “imaginarias” para no hacer ciertas cosas.  
Ejemplos: hallar excusas para no irse de la casa familiar; no hacer el ejercicio físico que sabe que es bueno para usted diciéndose que puede no ser capaz de soportar la incomodidad que conlleva.
  4. Dilación o aplazamiento (dejar para más tarde lo que puede hacer ahora mismo).  
Ejemplos: posponer una llamada telefónica porque no está seguro de cómo reaccionará la persona; aplazar la toma de una decisión porque no está seguro de que sea la correcta; no hacer algo finalmente porque no está seguro de su decisión (p.ej., elección de una película o restaurante).
- 

Nota. Adaptado y ampliado de Dugas y Robichaud (2007, pág. 120). Las expresiones entre corchetes no aparecen en la tabla original. (\*) 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:

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)?
- [¿Obtiene mejores resultados preocupándose en su trabajo en comparación con gente que se preocupa menos?]
- [¿Ha hecho cosas sin preocuparse?; ¿cuál ha sido el resultado? ¿Es posible resolver problemas sin preocuparse?]
- [¿Puede pensar en situaciones en que no se preocupó y las cosas salieron bien?]

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

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

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

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

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

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

[Otro posible experimento sería dejar de preocuparse excesivamente por un examen y observar el resultado. Cuando las preocupaciones vienen a la cabeza, se las deja pasar como si fueran en nubes empujadas por el viento o en hojas arrastradas por el agua de un río.]

(continúa)

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

---

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

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

**6. El coste de preocuparse: Preguntas potenciales para todas las creencias positivas sobre la preocupación.**

- ¿Su preocupación excesiva sobre este tema ha influido negativamente en las relaciones con su familia y amigos?
  - ¿Su preocupación excesiva ha influido negativamente en su rendimiento laboral? ¿Completar las tareas le lleva más tiempo que a otra gente que se preocupa menos?
  - ¿Su preocupación excesiva le ha llevado a altos niveles de estrés y fatiga?
  - [¿Qué sucede con su concentración cuando se preocupa? ¿Cómo casa esto con que preocuparse es útil?]
  - [¿Qué pasa con su estado de ánimo cuando se preocupa? Así pues, ¿en qué medida le resulta útil preocuparse?]
  - ¿Cuánto tiempo y esfuerzo le supone preocuparse por este tema? ¿Obtiene mejores resultados preocupándose (p.ej., una mejor relación con sus hijos, un mejor trabajo o rendimiento escolar) en comparación con la gente que se preocupa menos?
- 

Nota. Ampliado a partir de Dugas y Robichaud (2007, págs. 131-132). Las expresiones entre corchetes no aparecen en la tabla original. (\*) Uso limitado.

Tabla 11. Proyecto terapéutico de acción de un paciente.

Plan antiguo	Plan nuevo
<u>Mis disparadores:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Y si contraigo una enfermedad grave?</li> <li>• ¿Y si le sucede algo a mi familia?</li> <li>• ¿Y si hago algo mal?</li> </ul>	
<u>Estilo de pensamiento:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si tengo un pensamiento negativo, me preocupo sobre él para ver lo que puede suceder y cómo evitarlo</li> <li>• Si tengo un pensamiento negativo, pienso en todas las posibilidades negativas de modo que estoy preparado para la catástrofe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si tengo un pensamiento negativo, simplemente lo dejo a su aire para ver qué sucede.</li> <li>• Si tengo un pensamiento negativo, simplemente dejo que se desvanezca.</li> </ul>
<u>Conducta:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando me preocupo, busco datos que apoyen o contradigan mi preocupación.</li> <li>• Cuando me preocupo, pido a otros que me tranquilicen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si estoy preocupado, no busco datos, simplemente paro mi proceso de pensamiento.</li> <li>• Si estoy preocupado, me prohíbo buscar tranquilización y dejo que la preocupación disminuya.</li> </ul>
<u>Foco de atención:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estoy atento al peligro para estar preparado.</li> <li>• Me centro en mis pensamientos y en mi cuerpo para ver lo que está pasando.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me prohíbo buscar las amenazas, ya que sólo consigo preocuparme.</li> <li>• Me centro en el mundo externo y continúo lo que estoy haciendo para ver lo que puedo lograr.</li> </ul>
<u>Reformulación:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es mejor dejar a su aire los pensamientos que disparan mis preocupaciones. Haciendo esto, se desvanecen.</li> <li>• Yo controlo mis preocupaciones, ellas no me controlan a mí.</li> <li>• Me conviene hacer cosas nuevas, romper mis viejas rutinas sin pensar tanto.</li> </ul>	

*Nota.* Tomado de Hjemdal et al. (2013, pág. 311).

Tabla 12. Sesiones para padres del programa FRIENDS.

<p>1ª Sesión <b>F</b> <i>Feeling worried?</i> <b>R</b> <i>Relax and feel good</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación sobre los componentes conductual, cognitivo y psicofisiológico de la ansiedad y cómo las estrategias enseñadas en el programa FRIENDS van dirigidas a cada uno de estos.</li> <li>- Explicación del acrónimo FRIENDS e ideas subyacentes del programa (p.ej., la importancia de hacer amigos).</li> <li>- Los padres discuten las sensaciones de ansiedad que experimentan sus hijos y generan ideas para ayudar a sus hijos a darse cuenta de estas señales corporales.</li> <li>- Los padres practican respiración profunda y relajación muscular progresiva.</li> <li>- Los padres discuten en pequeños grupos las actividades que sus hijos pueden realizar para sentirse bien cuando están ansiosos. También discuten modos de conseguir tiempo de tranquilidad para ellos mismos.</li> </ul>
<p>2ª Sesión <b>I</b> <i>Inner thoughts</i> <b>E</b> <i>Explore plans</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individualmente, los padres describen sus pensamientos y sentimientos en tres situaciones.</li> <li>- En gran grupo los padres practican en cambiar una lista de pensamientos negativos a positivos.</li> <li>- Actividad por parejas (<i>Thought Terminator</i>). Los padres usan preguntas para ayudar a sus hijos a combatir los pensamientos negativos. También generan pensamientos alternativos para ayudar al niño a llevar a cabo la exposición con mayor confianza.</li> <li>- Los padres representan cómo ayudar al niño a desafiar los pensamientos negativos.</li> <li>- Los padres realizan actividades de papel y lápiz y conductuales del plan de resolución de problemas. Luego representan cómo ayudar a sus hijos a resolver problemas.</li> <li>- En pequeños grupos, los padres diseñan un plan para el miedo a las arañas y comienzan a pensar en un plan paso a paso para su hijo.</li> </ul>
<p>3ª Sesión <b>N</b> <i>Nice work, so reward yourself</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación de los conceptos de aprendizaje observacional, reforzamiento, elogio y extinción (ignorar).</li> <li>- Se enfatiza la importancia de reforzar a los hijos por las conductas de afrontamiento y de aprender a valorar la actuación en términos de éxito parcial y de fijar metas razonables y alcanzables.</li> <li>- En pequeños grupos, los padres elaboran una lista de recompensas para sus hijos.</li> <li>- Los padres representan dar alabanza y retroalimentación específicas a su hijo y ayudarle a ver las situaciones difíciles en términos de éxito parcial.</li> <li>- Se alienta a los padres a pensar cómo abordan las situaciones difíciles (¿las evitan o afrontan?) y sobre las consecuencias de esto para ellos y para sus hijos.</li> <li>- Los padres discuten en grupos sobre los modos de ser un modelo positivo para los hijos y sobre las estrategias para animar a sus hijos a afrontar lo que temen. Luego, representan cómo emplear estas estrategias.</li> </ul>
<p>4ª sesión <b>D</b> <i>Don't forget to practice</i> <b>S</b> <i>Stay calm, you know how to cope now</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los padres elaboran una lista de cualidades y logros. Luego, la comparten.</li> <li>- Por parejas, los padres identifican cosas buenas en la familia. Discuten ideas para disfrutar del tiempo libre y para construir conjuntamente redes de apoyo social.</li> <li>- En pequeños grupos, los padres discuten modos de presentar un “frente unido” cuando tratan con los hijos. Esto incluye ideas para ayudar a otros adultos (p.ej., profesores) a manejar más eficazmente la ansiedad del niño.</li> <li>- Los padres identifican estrategias para mantener la mejoría, discuten las posibles dificultades y hacen planes para continuar practicando las estrategias aprendidas.</li> </ul>

Nota. Tomado de Shortt, Barrett y Fox (2001, pág. 528).

## REFERENCIAS

- Adelman, C.B., Panza, K.E., Bartley, C.A., Bontempo, A. y Bloch, M.H. (2014). A meta-analysis of computerized cognitive-behavioral therapy for the treatment of DSM-5 anxiety disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75, e695-e704.
- 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 (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed., texto revisado). Washington: Autor.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington: Autor.
- Amir, N., Beard, C., Burns, M. y Bormyca, J. (2009). Attention modification program in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 28-33.
- Anderson, I.M. y Palm, M.E. (2006). Pharmacological treatments for worry: focus on generalized anxiety disorder. En G.C.L. Davey y A. Wells. (Eds.), *Worry and its psychological disorders: theory, assessment and treatment* (pp. 305-334). West Sussex. Wiley.
- Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Östman, G., Norgren, A., Almlöv J, ... Silverberg, F. (2012). Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 344-355.
- Andor, T., Gerlach, A.L. y Rist, F. (2008). Superior perception of phasic physiological arousal and the detrimental consequences of the conviction to be aroused on worrying and metacognitions in GAD. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 193-205.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. y Page, A. (2003). *The treatment of anxiety disorders: Clinician guides and patient manuals* (2ª ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Andrews, G., Hobbs, M., Borkovec, T., Beesdo, K., Craske, M., Heimberg, R., et al. (2010). Generalized worry disorder: A review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 27, 134-147.
- Ansell, E.B., Pinto, A., Edelen, M.O., Markowitz, J.C., Sanislow, C.A., Yen, S., . . . Grilo, C.M. (2011). The association of personality disorders with the prospective 7-year course of anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 41, 1019-1028
- 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.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D. y Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750-765.
- Arnberg, F. K., Linton, S. J., Hultcrantz, M., Heintz, E. y Jonsson, U. (2014). Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: A systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PloS One*, 9(5), 1. doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0098118>
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 633-646.
- Avdagic, E., Morrissey, S. A. y Boschen, M. J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behaviour therapy for generalised anxiety disorder. *Behaviour Change*, 31, 110-130.
- 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.
- Bacow, T.L., Pincus, D.B., Ehrenreich, J.T. y Brody L.R. (2009). The metacognitions questionnaire for children: development and validation in a clinical sample of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 727-736.
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico: Un programa psicológico de intervención paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada. Guía para el terapeuta*. Madrid Síntesis.
- 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.
- Bakhshani, N.M., Lashkaripour, K. y Sadjadi, S. A. (2007). Effectiveness of short term cognitive behavior therapy in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Medical Sciences*, 7, 1076-1081.
- Baldwin, D., Woods, R., Lawson, R. y Taylor, D. (2011). Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 342, d1199.
- Balsamo, M., Romanelli, R., Innamorati, M., Ciccarese, G., Carlucci, L. y Saggino, A. (2013). The state-trait anxiety inventory: Shadows and lights on its construct validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 475-486.
- 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., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L. Allen, L.B. y Ehrenreich-May, J. (2011a). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Client Workbook*. Nueva York: Oxford University Press.

- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B. y Ehrenreich-May, J. (2011b). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- 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.
- Barmish, A. y Kendall, P.C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 569-581.
- Barrett, P.M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Barrett, P. (2004a). *FRIENDS for life: Group leader's manual for children*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Barrett, P. (2004b). *FRIENDS for life: Workbook for children*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Barrett, P. (2005a). *FRIENDS for life: Group leader's manual for youth*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Barrett, P. (2005b). *FRIENDS for life: Workbook for youth*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Barret, P. (2007). *Fun friends A parent's guide for building resilience on 4 to 7 year-old children*. Queensland, Australia: Pathways Health and Research Center.
- 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.
- Barrington, J., Prior, M., Richardson, M. y Allen, K. (2005). Effectiveness of CBT versus standard treatment for childhood anxiety disorders in a community clinic setting. *Behavior Change*, 22, 29-43.
- Bauer, I., Wilansky-Traynor, P. y Rector, N. A. (2012). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders with comorbid depression: A review. *International Journal Of Cognitive Therapy*, 5, 118-156.
- 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.
- 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.
- Beesdo-Baum, K., Jenjahn, E., Höfler, M., Lueken, U., Becker, E. S. y Hoyer, J. (2012). Avoidance, safety behavior, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 29(11), 948-957.
- Behar, E. y Borkovec, T.D. (2005). The nature and treatment of generalized anxiety disorders. En B.O. Rothbaum (Ed.), *The nature and treatment of pathological anxiety: essays in honor of Edna B. Foa* (pp. 181-196). Nueva York: Guilford.
- Behar, E. y Borkovec, T.D. (2010). Treatment considerations in generalized anxiety disorder. In M.W. Otto y S.G. Hofmann (Eds.), *Resolving treatment complications in anxiety disorders*. Nueva York: Springer.
- Behar, E., DiMarco, I., Hekler, E., Mohlman, J. y Staples, A. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1011-1023. (Puede verse una traducción en *Revista de Toxicomanías*, 63, 15-35.)
- Benedito, M.C. y Botella, C. (1992). El tratamiento de la ansiedad generalizada por medio de procedimientos cognitivo-comportamentales. *Psicothema*, 4, 479-490.
- Benjamin, C.L., Harrison, J.P., Settapani, C.A., Brodman, D.M. y Kendall, P.C. (2013). Anxiety and related outcomes in young adults 7 to 19 years after receiving treatment for child anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 865-876.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32, 155-163.
- Berg, A.L., Sandell, R. y Sandahl, C. (2009). Affect-focused body psychotherapy in patients with generalized anxiety disorder: Evaluation of an integrative method. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19, 67-85.
- Berman, S.L., Weems, C.F., Silverman, W.K. y Kurtines, W.M. (2000). Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behavior Therapy*, 31, 713-731.
- Bernaldo-de-Quirós, M., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., Fernández-Aria, I., Gómez, L., Blanco, C. y Alonso, P. (2012). Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad. *Psicothema*, 24(3), 396-401.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Original de 1973.).
- Bernstein, G.A., Bernat, D.H., Victor, A.M. y Layne, A.E., (2008). School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-month follow-ups. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1039-1047.
- 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.
- Bernstein, G.A., Layne, A.E., Egan, E.A. i Tenneson, 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.

- Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A. y Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review*, 31, 1198-1208.
- Biswas, A., Biswas, D. y Chattopadhyay, P. K. (1995). Cognitive behaviour therapy in generalised anxiety disorder. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 22, 1-10.
- 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.
- Bobes, J., García-Calvo, C., Prieto, R., García-García, M. y Rico-Villademoros, F. (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV de Crroll y Davidson. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 83-93.
- Bodden, D., Bögels, S., Nauta, M., De Haan, E., Rlingrose, J., Appelboom, C., . . . Appelboomgeerts, K.. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 1384-1394.
- 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. (2006). Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. En G.C.L. Davey y A. Wells. (Eds.), *Worry and its psychological disorders: theory, assessment and treatment* (pp. 273-287). West Sussex: Wiley.
- 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., Alcaine, O.M. y Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En R.G. Heimberg, C.L. Turk y D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). Nueva York: Guilford.
- Borkovec, T.D. y Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Borkovec, T.D., Hazlett-Stevens, H. y Diaz, M.L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 126-138.
- Borkovec, T.D., Newman, M.G., Pincus, A.L. y Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.
- Borkovec, T.D. y Ruscio, A.M. (2001). Psychotherapy of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl. 11), 37-42.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento. Barcelona: Martínez Roca.
- Bowman, D., Scogin, F., Floyd, M., Patton, E. y Gist, L. (1997). Efficacy of self-examination therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 267-273.
- Breinholdt, S., Esbjørna, B.H., Reinholdt-Dunnea, M.L. y Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 416-424.
- 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.
- Bruce, S.E., Yonkers, K.A., Otto, M.W., Eisen, J.L., Weisberg, R.B., Pagano, M., . . . Keller, M.B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry* 162, 1179-1187.
- Buckner, J., Cromer, K., Merrill, K., Mallott, M., Schmidt, N., Lopez, C., et al. (2009). Pretreatment intervention increases treatment outcomes for patients with anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 126-137.
- 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. (Original de 1993.)
- 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., Fennell, M. y Hackmann, A. (2008). *Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: Mastering clinical*

- challenges. Nueva York: Guilford.
- 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.
- Byrne, G.J. y Pachana, N.A. (2011). Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory – the GAI-SF. *International Psychogeriatrics*, 23, 125-131.
- 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.
- Calvo, N., Casera, X., Gutiérrez, E., y Torrubia, R. (2002). Adaptación española del *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ-4+). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 7-13.
- Campbell-Sills, L., Norman, S.B., Craske, M.G., Sullivan, G., Lang, A.J., Chavira, D.A., Bystritsky, A., Sherbourne, C., Roy-Byrne, P. y Stein, M.B. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*, 112, 92-101.
- 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.
- Carrasco, A., Belloch, A. y Perpiñá, C. (2010). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36, 49-65.
- Carter, R.M., Wittchen, H.-U., Poster, 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., Mather, A., Illingworth, V., Brocki, J., Harrington, R. y Wells, A. (2004). Development and preliminary validation of the Meta-cognitions Questionnaire-Adolescent Version. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 411-422.
- Cartwright-Hatton, S., McNally, D., Field, A. P., Rust, S., Laskey, B., Dixon, C., . . . Woodham, A. (2011). A new parenting-based group intervention for young anxious children: Results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 242-251.
- 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. (2012). Adjunctive couple and family intervention for patients with anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 548-560.
- Chambless, D.L. y Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chorpita, B.F., Tracey, S.A., Brown, T.A., Collica, T.J. y Barlow, D.H. (1997). Assessment of worry in children and adolescents: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 569-581.
- 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.A. y Beck, A. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Nueva York: Guilford.
- 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.
- Clementi, M.A. y Alfano, C.A. (2014). Targeted behavioral therapy for childhood generalized anxiety disorder: A time-series analysis of changes in anxiety and sleep. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 215-222.
- Cobham, V.E., Dadds, M.R. y Spence, S.H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 893-905.
- Cobham, V., Dadds, M., Spence, S. y McDermott, B. (2010). Parental anxiety in the treatment of childhood anxiety: A different story three years later. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 410-420.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión, habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Comer, J.S., Roy, A.K., Furr, J.M., Gotimer, K., Beidas, R.S., Dugas, M. J., et al. (2009). The intolerance of uncertainty scale for children: A psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 21, 402-411.
- 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.
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H. y Riedel-Heller, S. (2014). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: A systematic review. *Health Promotion International*, 29, 427-441.

- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 837-844.
- Covin, R., Dozois, D.J.A. y Westra, H. A. (2008). An evaluation of the psychometric properties of the Consequences of Worry Scale (COWS). *Cognitive Therapy and Research*, *32*, 133-142.
- 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.
- Craigie, M.A., Rees, C.S., Marsh, A. y Nathan, P. (2008). Mindfulness based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *36*, 553-568.
- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2006). *Mastery 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., Stein, M.B., Sullivan, G., Sherbourne, C., Bystritsky, A., Rose, R.D. ... Roy-Byrne, P. (2011). Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry*, *68*, 378-388.
- Craske, M.G. y Tsao, J.C.I. (1999). Self-monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, *11*, 466-479.
- Crawford, A.M. y Manassis, K. (2001). Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 1182-1189
- Crawley, S. A., Kendall, P. C., Benjamin, C. L., Brodman, D. M., Wei, C., Beidas, R. S., . . . Mauro, C. (2013). Brief cognitive-behavioral therapy for anxious youth: Feasibility and initial outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice*, *20*, 123-133.
- 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.
- Crits-Christoph, P., Newman, M. G., Rickels, K., Gallop, R., Gibbons, M., Hamilton, J. L., . . . Pastva, A. M. (2011). Combined medication and cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(8), 1087-1094.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M. y Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, *34*, 130-140.
- Davidson, J. R., Zhang, W., Connor, K. M., et al. (2010) A psychopharmacological treatment algorithm for generalized anxiety disorder (GAD) *Journal of Psychopharmacology* *24*, 3-26.
- 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.
- Denollet, J., Maas, K., Knottnerus, A., Keyzer, J. y Pop, V. (2009). Anxiety predicted premature all-cause and cardiovascular death in a 10-year follow-up of middle-aged women. *Journal of Clinical Epidemiology*, *62*, 452-456.
- 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.
- Deschênes, S. S. y Dugas, M. J. (2013). Sudden gains in the cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *37*, 805-811.
- DiMauro, J., Domingues, J., Fernandez, G. y Tolin, D. F. (2013). Long-term effectiveness of CBT for anxiety disorders in an adult outpatient clinic sample: A follow-up study. *Behaviour Research and Therapy*, *51*, 82-86.
- 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.
- Donegan, E., y Dugas, M.J. (2012). Generalized anxiety disorder: A comparison of symptom change in adults receiving cognitive-behavioral therapy or applied relaxation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*, 490-496.
- Donovan, C. L. y March, S. (2014). Online CBT for preschool anxiety disorders: A randomised control trial. *Behaviour Research and Therapy*, *58*, 24-35.
- Dugas, M., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., . . . Gervais, N.J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, *41*, 46-58.
- 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. (2006). Predictors of treatment outcome. En G.C.L. Davey y A. Wells. (Eds.), *Worry and its psychological disorders: theory, assessment and treatment* (pp. 379-397). West Sussex. Wiley.
- Durham, R.C. y Allan, T. (1993). Psychological treatment of generalized anxiety disorder. A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. *British Journal of Psychiatry*, 163, 19-26.
- Durham, R.C., Allan, T. y Hackett, C.A. (1997). On predicting improvement and relapse in generalized anxiety disorder following psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 101-119.
- Durham, R.C., Chambers, J.A., MacDonald, R.R., Power, K.G. y Major, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine*, 33, 499-509.
- Durham, R.C., Fisher, P.L., Dow, M.G., Sharp, D., Power, K.G., Swan, J.S. y Morton, R.V. (2004). Cognitive behaviour therapy for good and poor prognosis generalized anxiety disorder: A clinical effectiveness study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 145-157.
- Durham, R.C., Fisher, P.L., Treiving, L.R., Hau, C.M., Richard, K. y Stewart, J.B. (1999). One year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder: Symptom change, medication usage and attitudes to treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 19-35.
- Durham, R. C., Higgins, C., Chambers, J. A., Swan, J. S. y Dow, M. T. (2012). Long-term outcome of eight clinical trials of CBT for anxiety disorders: Symptom profile of sustained recovery and treatment-resistant groups. *Journal of Affective Disorders*, 136, 875-881.
- Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treiving, L.R. y Fenton, G.W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 315-323.
- D'Zurilla, T.J. (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. y Nezu, A.M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3ª ed.). 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 (Dir.), *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.
- Ehrenreich-May, J. y Bilek, E.L. (2012). The development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 41-55.
- 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.
- Eldar, S., Apter, A., Lotan, D., Edgar, K., Naim, R., Fox, N. A., . . . Bar-Haim, Y. (2012). Attention bias modification treatment for pediatric anxiety disorders: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 169, 213-230.
- 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.
- Esbjörn, B. H., Sømhøvd, M. J., Holm, J. M., Lønfeldt, N. N., Bender, P. K., Nielsen, S. K. y Reinholdt-Dunne, M. L. (2013). A structural assessment of the 30-item Metacognitions Questionnaire for Children and its relations to anxiety symptoms. *Psychological Assessment*, 25, 1211-1219.
- 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.
- Farrell, L.J., Barrett, P.M. y Claassens, S. (2006). Community trial of an evidence-based anxiety intervention for children and adolescents (the FRIENDS program): A pilot study. *Behaviour Change*, 22, 236-248.
- 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.
- Ferdinand, R.F., Dieleman, G., Ormel, J. y Verhulst, F.C. (2007). Homotypic versus heterotypic continuity of anxiety symptoms in young adolescents: evidence for distinctions between DSM-IV subtypes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 325-333.

- 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.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. y Benjamin, L.S. (1999). *SCID-II: Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson. (Original de 1997.)
- Fisak, B., Richard, D. y Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science*, 12, 255-268.
- Fisher, P.L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalized anxiety disorder. En G.C.L. Davey y A. Wells. (Eds.), *Worry and its psychological disorders: theory, assessment and treatment* (pp. 359-377). West Sussex: Wiley.
- Fisher, P.L. (2009). Predictive validity of two prognostic indices for generalized anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 383-399.
- Fisher, P.L. y Durham, R.C. (1999). Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy. *Psychological Medicine*, 29, 1425-1434.
- Fisher, P.L. y Wells, A. (2009). Psychological models of worry and generalized anxiety disorder. En M.M. Antony, y M.B. Stein, (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 225-237). Nueva York: Oxford University Press.
- Flannery-Schroeder, E. C. y Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 251-278.
- Flannery-Schroeder, E., Choudbury, M. S. y Kendall, P. C. (2005). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: 1-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 253-259.
- Flannery-Schroeder, E., Suveg, C., Safford, S., Kendall, P. C. y Webb, A. (2004). Comorbid externalizing disorders and child anxiety treatment outcomes. *Behaviour Change*, 21, 1-12.
- 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.
- Ford, T., Goodman, R. y Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1203-1211.
- Fracalanza, K., Koerner, N. y Antony, M. M. (2014). Testing a procedural variant of written imaginal exposure for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 559-569.
- Francis, J.L., Moitra, E., Dyck, I. y Keller, M.B. (2012). The impact of stressful life events on relapse of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 29, 386-391.
- 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. (2005). 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.
- Gale, C., Herbison, G.P., Glue, P., Coverdale, J. y Guaiana, G. (2012). Benzodiazepines for generalised anxiety disorder (GAD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD001846. DOI: 10.1002/14651858.CD001846.pub3.
- Gao, K., Sheehan, D. y Calabrese, J. (2009). Atypical antipsychotics in primary generalized anxiety disorder or comorbid with mood disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9, 1147-1158.
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., . . . Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 8.
- García-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Parellada, M. Bousño, M. y Bobes, J. (2008). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (5ª ed.). Barcelona: Ars Médica.
- García-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Parallada, M., Bousño, M. y Bobes, J. (2011). *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica* (6ª ed.). Madrid: CYESAN.
- Gelabert, E., García-Esteve, L., Martín-Santos, R., Gutiérrez, F., Torres, A y Subirà, S. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in women. *Psicothema*, 23, 133-139.
- Gentes, E.L. y Ruscio, A.M. (2014). Perceptions of functioning in worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research* 38, 518-529.
- Ginsburg, G.S. (2009). The Child Anxiety Prevention Study: Intervention model and primary outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 580-587.
- Ginsburg GS, Becker EM, Keeton CP, Sakolsky D, Piacentini J, Albano AM, . . . Kendall PC (2014). Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. *JAMA Psychiatry*, 71, 310-318
- Ginsburg, G.S. y Drake, K.L. (2002). School-based treatment for anxious African-American adolescents: A controlled pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 768-775.
- Ginsburg, G.S., Siqueland, L., Masi-Warner, C. y Hedtke, K.A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 28-43.
- Glenn, D., Golinelli, D., Rose, R. D., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Sullivan, G., . . . Craske, M. G. (2013). Who gets the most out of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders? The role of treatment dose and patient engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 639-649.
- González, M., Bethencourt, J.M., Fumero, A. y Fernández, A. (2006a). Adaptación española del cuestionario “¿Por qué preocuparse?”. *Psicothema*, 18, 313-318.

- González, M., Cubas, R., Rovella, A.T. y Darias, M. (2006b). Adaptación española de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre: Procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, 16, 219-233.
- Gonçalves, D. C., y Byrne, G. J. (2012). Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 1-11.
- 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 erronées à 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., . . . Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, comorbidity, 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.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. y Elliot, R. (1993/1996). *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós.
- 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.
- Handley, A.K., Egan, S.J., Kane, R.T. y Rees, C.S. (2015). A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 37-47.
- Hanrahan, F., Field, A.P., Jones, F.W. y Davey, G.C.L. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 120-132.
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., . . . Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G. y Havik, O. E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: A meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical Psychology Review*, 32, 425-445.
- Hayes, S. y Hirsch, C.R. (2007). Information processing biases in generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6, 176-182.
- Hayes, S.A., Orsillo, S. y Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 238-245.
- Hayes-Skelton, S.A., Calloway, A., Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2014). Decentering as a potential common mechanism across two therapies for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038305>
- Hayes-Skelton, S.A., Orsillo, S.M. y Roemer, L. (2013). An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 264-281.
- Hayes-Skelton, S.A., Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 761-773.
- Hazlett-Stevens, H., Pruitt, L.D. y Collins, A. (2009). Phenomenology of generalized anxiety disorders. En M.M. Antony, y M.B. Stein, (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 47-55). Nueva York: Oxford University Press.
- 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.
- Herrera-Mercadal, P., Montero-Marín, J., Plaza, I., Medrano, C., Andrés, E., López-del-Hoyo, Y., . . . García-Campayo, J. (2015). The efficacy and pattern of use of a computer-assisted programme for the treatment of anxiety: A naturalistic study using mixed methods in primary care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 175, 184-11.
- Herring, M. P., Jacob, M. L., Suveg, C., Dishman, R. K. y O'Connor, P. J. (2012). Feasibility of exercise training for the short-term treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 21-28.
- 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.
- Hettema, J.M., Prescott, C.A., Neale, M.C. y Kendler, K.S. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 62, 182-189.
- 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.

- Hewitt, P.L. y Flett, G.L. (2004). *Multidimensional Perfectionism Scale (MPS): technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- 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.
- Hirsch, C. R., Mathews, A., Lequertier, B., Perman, G. y Hayes, S. (2013). Characteristics of worry in generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 388-395.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L., Pollock-Wurman, R. A., McQuade, J., . . . Biederman, J. (2010). Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 498-510.
- Hjemdal, O., Hagen, R., Nordahl, H. M. y Wells, A. (2013). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: Nature, evidence and an individual case illustration. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 301-313.
- Hoertel, N., Le Strat, Y., Blanco, C., Lavaud, P. y Dubertret, C. (2012). Generalizability of clinical trial results for generalized anxiety disorder to community samples. *Depression and Anxiety*, 29, 614-620.
- 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.
- Hoge, E.A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C.A., Morris, L.K., Robinaugh, D.J., . . . Simon, N.M. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: Effects on anxiety and stress reactivity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 786-792.
- Hogendoorn, S. M., Prins, P. J. M., Boer, F., Vervooort, L., Wolters, L. H., Moorlag, H., . . . de Haan, E. (2014). Mediators of cognitive behavioral therapy for anxiety-disordered children and adolescents: Cognition, perceived control, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43, 486-500.
- Holmes, M. C., Donovan, C. L., Farrell, L. J. y March, S. (2014). The efficacy of a group-based, disorder-specific treatment program for childhood GAD – A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 122-135.
- 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.
- Houghton, V. (2008) A quantitative study of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction treatment, using an internet-delivered self-help program, for women with generalized anxiety disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 69, 3311.
- Hoyer, J., Beesdo, K., Gloster, A.T., Runge, J., Höfler, M. y Becker, E.S. (2009). Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 106-115.
- Hudson, J. L., Newall, C., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., Schniering, C. C., Wuthrich, V. M., . . . Gar, N. S. (2014). The impact of brief parental anxiety management on child anxiety treatment outcomes: A controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43, 370-380.
- Hudson, J.L., Rapee, R.M., Deveney, C., Schniering, C.A., Lyneham, H.J. y Bovopoulos, N. (2009). Cognitive behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 533-544.
- Hughes, A. y 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., Teixeira, V. y Silva de Lima, M. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD001848. doi: 10.1002/14651858.CD001848.pub4.
- Hundt, N. E., Amspoker, A. B., Kraus-Schuman, C., Cully, J. A., Rhoades, H., Kunik, M. E. y Stanley, M. A. (2014). Predictors of CBT outcome in older adults with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 845-850.
- 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.
- Huppert, J.D. y Sanderson, W.C. (2002). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. En D.J. Stein y E. Hollander (Eds.), *Textbook of anxiety disorders* (pp. 219-238). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Huppert, J.D. y Sanderson, W.C. (2010). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. En D.J. Stein, E. Hollander y B.O. Rothbaum, (Eds.), *Textbook of anxiety disorders (2ª ed., pp. 219-238)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- In-Albon, T. y Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15-24.
- Ipser, J.C., Stein, D.J., Hawkrigde, S. y Hoppe, L. (2009). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD005170. doi: 10.1002/14651858.CD005170.pub2
- Ishikawa, S., Okajima, I., Matsuoka, H. y Sakano, Y. (2007). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 12, 164-172.
- James, A.C., James, G., Cowdrey, F.A., Soler, A. y Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art.No.: CD004690. DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub3.
- Kanwar, A., Malik, S., Prokop, L.J., Sim, L.A., Feldstein, D., Wang, Z. y Murad, M.H. (2013). The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 30, 917-29.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. y Grebb, J.A. (1996). Sinopsis de psiquiatría (7ª ed.). Buenos Aires: Panamericana. (Original de 1994.)
- Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P.S. y Weiss, S.T. (1994). Coronary heart disease/myocardial infarction: Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: The Normative Aging Study. *Circulation*, 90, 2225-2229.
- Keedwell, P y Snaith, R.P. (1996). What do anxiety scales measure? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 177-180.
- Kehle, S. (2008). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in a frontline service setting. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 192-198.
- 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. (2010). Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños: el gato valiente. Manual para el terapeuta + cuaderno de actividades. Madrid: Edimar.
- Kendall, P.C., Brady, E.U. y Verduin, T.L. (2001). Comorbidity in childhood disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 787-794.
- Kendall, P.C., Choudhury, M., Hudson, J. y Webb, A. (2002a). "The C.A.T. Project" manual for the cognitive-behavioral treatment of anxious adolescents. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P.C., Choudhury, M., Hudson, J. y Webb, A. (2002b). "The C.A.T. project" workbook for the cognitive behavioral treatment of anxious adolescents. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- 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.
- Kendall, P.C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E. y Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 276-287.
- Kendall, P.C. y Southam-Gerow, M.A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 224-230.
- Kendall, P. y Sugarman, A. (1997). Attrition in the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 883-888.
- Kendall, P.C. y Treadwell, K.R.H. (2007). The role of self-statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 380-389.
- Kerns, C.E., Mennin, D.S., Farach, F.J. y Nocera, C.C. (2014). Utilizing an ability-based measure to detect emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 115-123.
- Kessler, R.C. (2007). The global burden of anxiety and mood disorders: Putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (Suppl 2), 10-19.
- Kessler, R.C., Avenevoli, S., Costello, E.J., Georgiades, K., Green, J.G., Gruber, M.J., . . . Merikangas, K. R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69, 372-380.
- 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.
- Kessler, R.C., Ruscio, A.M., Shear, K. y Wittchen, H-U. (2009). Epidemiology of anxiety disorders. En M.M. Antony, y M.B. Stein, (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 19-33). Nueva York: Oxford University Press.
- Khanna, M. y Kendall, P. (2009). Exploring the role of parent training in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 981-986.
- Khanna, M. S. y Kendall, P. C. (2010). Computer-assisted cognitive behavioral therapy for child anxiety: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 737-745.
- 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, 499-506.
- Koszycki, D., Bilodeau, C., Raab-Mayo, K. y Bradwejn, J. (2014). A multifaceted spiritually based intervention versus supportive therapy for generalized anxiety disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 489-509.
- Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F. y Bradwejn, J. (2010). A multifaceted spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 430-441.
- Laber-Warren, E. (2009). Can you be perfect? *Scientific American* (July/August), 44-51.
- 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.
- LaLonde, C. y Van Lieshout, R. (2011). Treating generalized anxiety disorder with second generation antipsychotics: a

- systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31, 326-333.
- 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.
- Lau, W., Chan, C.K., Li, J.C., y Au, T.K. (2010). Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1067-1077.
- Leahy, R.L. y Holland, S.J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Leger, E., Ladouceur, R., Dugas, M. J. y Freeston, M. H. (2003). Cognitive-behavioural treatment of generalized anxiety disorder among adolescents: A case series. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 327-330.
- Legerstee, J.S., Tulen, J.H., Dierckx, B., Treffers, P.D., Verhulst, F.C. y Utens, E.M. (2010). CBT for childhood anxiety disorders: differential changes in selective attention between treatment responders and non-responders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 162-172.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F. et al. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: A randomized, controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 875-881.
- Leong, J., Cobham, V., de Groot, J. y McDermott, B. (2009). Comparing different modes of delivery: A pilot evaluation of a family-focused, cognitive-behavioral intervention for anxiety-disordered children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 231-239.
- Lewis-Fernández, R., Hinton, D., Laria, A., Patterson, E., Hofmann, S., Craske, M., et al. (2010). Culture and the anxiety disorders: Recommendations for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 27, 212-229.
- 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., Widenfelt, B. M., Leeden, A. M., Goedhart, A. W., Utens, E. J. y Treffers, P. A. (2010). The relation of severity and comorbidity to treatment outcome with cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 683-694.
- 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.
- Lieb, R., Becker, E. y Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology* 15, 445-452.
- 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.
- Linden, M., Zubrägel, D. y Bär, T. (2011). Occupational functioning, sickness absence and medication utilization before and after cognitive-behaviour therapy for generalized anxiety disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 218-224.
- 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.
- Llera, S.J. y Newman, M.G. (2014). Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder: Evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. *Behavior Therapy*, 45, 283-299.
- 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.
- Low, N. C. P., Cui, L. H. y Merikangas, K. R. (2008). Community versus clinic sampling: Effect on the familial aggregation of anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 63, 884-890.
- Lozano, L.M., García Cueto, E., Martín M. y Lozano, L. (2012). Desarrollo y validación del Inventario de Perfeccionismo Infantil (I.P.I.). *Psicothema*, 24, 149-155.
- Lyneham, H.J. y Rapee, R. M. (2006). Evaluation of therapist supported parent-implemented CBT for anxiety disorders in rural children. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1287-1300.
- Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., . . . Wood, J. J. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: a preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. doi:[10.1037/a0036969](https://doi.org/10.1037/a0036969)
- Manassis, K., Mendlowitz, S.L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., et al. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders. A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1423-1430.
- March, S., Spence, S. H. y Donovan, C. L. (2009). The efficacy of an internet-based cognitive-behavioural therapy intervention for child anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 474-487.
- Marcus, D.K., Sawaqdeh, A. y Kwon, P. (2014). The latent structure of generalized anxiety disorder in midlife adults. *Psychiatry Research*, 215, 366-371.
- Marks, I.M. y Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating scale for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Márquez-González, M., Losada, A., Fernández-Fernández, V. y Pachana, N.A. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 24, 137-144.

- Martin, A. y Gosselin, P. (2007). Évaluation du trouble d'anxiété généralisée et des inquiétudes chez les enfants et les adolescents: Revue critique des instruments rapportés dans la littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 17, 69-78.
- Mavranzouli, I., Meader, N., Cape, J. y Kendall, T. (2013). The cost effectiveness of pharmacological treatments for generalized anxiety disorder. *Pharmacoeconomics*, 31, 317-333.
- Mayo-Wilson, E. y Montgomery, P. (2013). Media-delivered cognitive-behavioural therapy and behavioural therapy (selfhelp) for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD005330. doi: 10.1002/14651858.CD005330.pub4.
- McEvoy, P. M., Grove, R. y Slade, T. (2011). Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: Findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian And New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 957-967.
- McHugh, R.K., Whitton, S.W., Peckham, A.D., Welgem J.A, y Otto, M.W. (2013) Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 595-602.
- Mendlowitz, S.L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., y Shaw, B. F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1223-1229.
- Mennin, D.S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 17-29.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G. y Ciesla, J. (2012, April). Randomized control trial of Emotion Regulation Therapy for generalized anxiety disorder and comorbid depression. En M. Fraire y T. Ollendick (Chairs), Emotion regulation in anxiety disorders across the lifespan: Comorbidity and treatment. Paper presented at the annual meeting of the Anxiety Disorders Association of America, Arlington, VA.
- Merikangas, K.R., He, J.-P., Brody, D., Fisher, P.W., Bourdon, K. y Koretz, D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*, 125, 75-81.
- Merikangas, K.R., He, J.-p., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., . . . Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989.
- Merikangas, K., Nakamura, E. y Kessler, R. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11, 7-20.
- Mewton, L., Wong, N. y Andrews, G. (2012). The effectiveness of internet cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in clinical practice. *Depression and Anxiety*, 29(10), 843-849.
- Meyer, T., Buss, U. y Herrmann-Lingen C. (2010). Role of cardiac disease severity in the predictive value of anxiety for all-cause mortality. *Psychosomatic Medicine*, 72, 9-15.
- 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.
- Millar, R. y Gallagher, M. (1996). The 'Things I Worry About' Scale: Further developments in surveying the worries of postprimary school pupils. *Educational and Psychological Measurement*, 56, 972-994.
- Miller, L. D., Laye-Gindhu, A., Liu, Y., March, J. S., Thordarson, D. S. y Garland, E. (2011). Evaluation of a preventive intervention for child anxiety in two randomized attention-control school trials. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 315-323.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós. (Original de 1991.)
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing* (2ª ed.). New York: Guilford.
- Mitchell, J. H., Newall, C., Broeren, S. y Hudson, J. L. (2013). The role of perfectionism in cognitive behaviour therapy outcomes for clinically anxious children. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 547-554.
- 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.
- Moffitt, T., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B., Polanczyk, G. y Poulton, R. (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine*, 40, 899-909.
- 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. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 306-316.
- Mokhber, N., Azarpazhooh, M., Khajehdaluae, M., Velayati, A. y Hopwood, M. (2010). Randomized, single-blind, trial of sertraline and buspirone for treatment of elderly patients with generalized anxiety disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 128-133.
- Montorio, I., Nuevo, R., Márquez, M., Izal, M. y Losada, A. (2003). Characterization of worry according to severity of anxiety in elderly living in the community. *Aging & Mental Health*, 7, 334-341.
- Mora, M. y Raich, R.M. (2005). *Autoestima*. Madrid: Síntesis.
- Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Motrico, E., Rodríguez-Morejón, A., Fernández, A., García-Campayo, J., . . . Bellón, J. Á. (2014). Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: A systematic review of cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, 168, 337-348.
- 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 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.
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Øverland, S., Prince, M., Dewey, M. y Stewart, R. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: The HUNT study. *British Journal of Psychiatry*, 195, 118-125.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Guía clínica completa número 113. Manchester: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nauta, M.H., Scholing, A., Emmelkamp, P.M.G. y Minderaa, R.B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270-1278.
- Neil, A. y Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 208-215.
- Nevo, G.W.A., Avery, D., Fiksenbaum, L., Kiss, A., Mendlowitz, S., Monga, S. y Manassis, K. (2014). Eight years later: Outcomes of CBT-treated versus untreated anxious children. *Brain and Behavior*, 4, 765-774.
- Nevo, G. y Manassis, K. (2009). Outcomes for treated anxious children: A critical review of long-term-follow-up studies. *Depression and Anxiety*, 26, 650-660.
- Newman, M.G., Castonguay, L.G., Borkovec, T.D., Fisher, A.J., Boswell, J.F., Szkodny, L.E. y Nordberg, S.S. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 171-181.
- Newman, M.G., 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. y Fisher, A.J. (2010). Expectancy/credibility change as a mediator of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Mechanism of action or proxy for symptom change?. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 245-261.
- Newman, M.G. y Llera, S.J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31, 371-382.
- Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M. y Przeworski, A. (2014). Basic science and clinical application of the Contrast Avoidance model in generalized anxiety disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24, 155-167.
- Newman, M.G., Llera, S.J., Erickson, T.M., Przeworski, A. y Castonguay, L.G. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: A review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 275-297.
- Newman, M.G., Przeworski, A., Consoli, A.J. y Taylor, C.B. (2014). A randomized controlled trial of ecological momentary intervention plus brief group therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy*. Advance online publication. doi:[10.1037/a0032519](https://doi.org/10.1037/a0032519)
- Newman, M., Przeworski, A., Fisher, A. y Borkovec, T. (2010). Diagnostic comorbidity in adults with generalized anxiety disorder: Impact of comorbidity on psychotherapy outcome and impact of psychotherapy on comorbid diagnoses. *Behavior Therapy*, 41, 59-72.
- 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.
- Norman, S.B., Hami-Cissell, S., Means-Christensen, A.J., y Stein, M.B. (2006). Development and Validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, 23, 245-249.
- Norton, P.J. y Barrera, T.L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 29, 874-882.
- Norton, P.J., Barrera, T.L., Mathew, A.R., Chamberlain, L.D., Szafranski, D.D., Reddy, R., . . . Smith, A. H. (2013). Effect of transdiagnostic CBT for anxiety disorders on comorbid diagnoses. *Depression and Anxiety*, 30, 168-173.
- Norton, P.J. 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., Losada, A., Márquez-González, M. y Peñacoba, C. (2009). Confirmatory factor analysis of the long and short forms of the Worry Domains Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 25, 239-243.
- 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.
- O'Neil, K. A. y Kendall, P. C. (2012). Role of comorbid depression and co-occurring depressive symptoms in outcomes for anxiety-disordered youth treated with cognitive-behavioral therapy. *Child & Family Behavior Therapy*, 34(3), 197-209.
- 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.)
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Downs, W. R., Kopper, B. A., Barrios, F. X. y Haraburda, C. M. (2001). Development and psychometric properties of the Student Worry Questionnaire-30. *Psychological Reports*, 88, 277-290.
- 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.
- Pachana, N.A., Byrne, G.J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. y Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19, 103-114.
- Paxling, B., Almlöv, J., Dahlin, M., Carlbring, P., Breiholtz, E., Eriksson, T. y Andersson, G. (2011). Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40, 159-173.
- Payne, S., Bolton, D. y Perrin, S. (2011). A pilot investigation of cognitive therapy for generalized anxiety disorder in children aged 7–17 years. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 171-178.
- Penney, A.M., Mazmanian, D. y Rudanycz, C. (2013). Comparing positive and negative beliefs about worry in predicting generalized anxiety disorder symptoms. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 45, 34-41.
- Peris, T. S., Compton, S. N., Kendall, P. C., Birmaher, B., Sherrill, J., March, J., . . . Piacentini, J. (2014). Trajectories of change in youth anxiety during cognitive—behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038402>
- Pina, A.A., Silverman, W.K., Weems, C.F., Kurtines, W.M. y Goldman M. L. (2003). A comparison of completers and noncompleters of exposure-based cognitive and behavioral treatment for phobic and anxiety disorders in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 701–705.
- Podell, J.L. y Kendall, P. (2011). Mothers and fathers in family cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 182-195.
- Podell, J.L., Kendall, P.C., Gosch, E.A., Compton, S.N., March, J.S., Albano, A.-M., . . . Piacentini, J.C. (2013). Therapist factors and outcomes in CBT for anxiety in youth. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44, 89-98.
- Portman, M.E., Starcevic, V. y Beck, A.T. (2011). Challenges in assessment and diagnosis of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, 41, 79-85.
- 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.
- Prados, J.M. (2007). Desarrollo de una nueva escala de creencias sobre las consecuencias de la preocupación. *Anales de Psicología*, 23, 226-230.
- Prados, J.M. (2008). *Ansiedad generalizada*. Madrid: Síntesis.
- Provencher, M.D., Ladouceur, R. y Dugas, M.J. (2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée: prévalence et évolution suite a une thérapie cognitivo-comportementale. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 51, 91-99.
- Puliafico, A. C., Comer, J. S. y Pincus, D. B. (2012). Adapting parent-child interaction therapy to treat anxiety disorders in young children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 607-619.
- Ramos-Cejudo, J., Salguero, J. M. y Cano-Vindel, A. (2013). Spanish Version of the Meta-Cognitions Questionnaire 30 (MCQ-30). *The Spanish Journal of Psychology*, 16, e95, 1-8.
- Ramsawh, H.J., Raffa, S.D., Edelen, M.O., Rende, R. y Keller, M.B. (2009). Anxiety in middle adulthood: effects of age and time on the 14-year course of panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 39, 615–624.
- 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. Carrobbles (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1* (pp. 471-491). Madrid: Siglo XXI.
- Rapee, R.M. (2000). Group treatment of children with anxiety disorders: Outcome and predictors of treatment response. *Australian Journal of Psychology*, 52, 125-129.
- Rapee, R.M. (2003). The influence of comorbidity on treatment outcome for children and adolescents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 105-112.
- Rapee, R.M., Abbott, M.J. y Lyneham, H. J. (2006). Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 436–444.
- Rapee, R., Lyneham, H., Hudson, J.L., Kangas, M., Wuthrich, V. y Schniering, C. (2012). Effects of comorbidity on treatment of anxious children and adolescents: Resultados from a large combined sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 47-56.
- Rapee, R., Lyneham, H., Schneiring, C., Wuthrich, V., Abbott, M., Hudson, J. y Wignall, A. (2009a). *Cool Kids Anxiety Program Kit*. Sidney: Centre for Emotional Health, MacQuarie University.
- Rapee, R., Lyneham, H., Schneiring, C., Wuthrich, V., Abbott, M., Hudson, J. y Wignall, A. (2009b). *Cool Kids (Adolescent) Anxiety Program Kit*. Sidney: Centre for Emotional Health, MacQuarie University.
- Rapee, R. M., Kennedy, S. J., Ingram, M., Edwards, S. L. y Sweeney, L. (2010). Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 1518-1525.
- Rapee, R.M., Schniering, C.A. y Hudson, J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Rassin, E., Muris, P., Franken, I., Smit, M. y Wong, M. (2007). Measuring general indecisiveness. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 61-68.
- 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.
- Reinblatt, S. y Riddle, M. (2007). The pharmacological management of childhood anxiety disorders: A review.

- Psychopharmacology*, 191, 67-86.
- Reinholt, N. y Krogh, J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behavior therapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 171-184.
- Repetto, C., Gaggioli, A., Pallavicini, F., Cipresso, P., Raspelli, S., y Riva, G. (2011). Virtual reality and mobile phones in the treatment of generalized anxiety disorders: a phase-2 clinical trial. *Personal and Ubiquitous Computing*. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s00779-011-0467-0>. doi 10.1007/s00779-011-0467-0
- Reynolds, C.R. y Richmond, B.O. (1978). What I Think and Feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280. (Existe traducción al español en El Manual Moderno de México.)
- Reynolds, C.R. y Richmond, B.O. (2008). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (2ª ed.). USA: Western Psychological Services.
- Reynolds, C.R. y Richmond, B.O. (2012). *CMASR-2 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada* (2ª ed.). México: El Manual Moderno.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J. y Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 251-262.
- Rezvan, S., Baghban, I., Bahrami, F. y Abedi, M. (2008). A comparison of cognitive-behavior therapy with interpersonal and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Counselling Psychology Quarterly*, 21, 309-321.
- 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. (2013). Cognitive behavior therapy targeting intolerance of uncertainty: Application to a clinical case of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 251-263.
- 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.
- Robinson, E., Titov, N., Andrews, G., McIntyre, K., Schwencke, G. y Solley, K. (2010). Internet treatment for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS ONE*, 5(6): e10942.
- Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. y Bolton, J. (2009). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 38-45.
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Campayo, J. et al. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, 52-58.
- Rodriguez, B.F., Weisberg, R.B., Pagano, M.E., Bruce, S.E., Spencer, M.A., Culpepper, L. y Keller, M.B. (2006). Characteristics and predictors of full and partial recovery from generalized anxiety disorder in primary care patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 91-97.
- 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. y Orsillo, S. (2009). *Mindfulness- and acceptance-based behavioral therapies in practice*. Nueva York: Guilford.
- 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.
- Romero, P. y Gavino, A. (2009). *Tratando... trastorno de ansiedad generalizada*. Madrid: Pirámide.
- Rowa, K., Gifford, S., McCabe, R., Milosevic, I., Antony, M.M. y Purdon, C. (2014). Treatment fears in anxiety disorders: Development and validation of the Treatment Ambivalence Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 979-993.
- Roy-Byrne, P.P., Craske, M.G., Sullivan, G., Rose, R.D., Edlund, M.J., Lang, A.J., ... Stein, M.B. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: A randomized controlled trial. *JAMA*, 303, 1921-1928.
- Ruhmland, M. y Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene [Efficacy of Psychological treatments for generalized anxiety disorder and social phobia]. *Verhaltenstherapie*, 11, 27-40. Resumen recuperado el 17 de octubre de 2005 de la base da datos PsycINFO.
- Ruiz, C. (2000). *Atrévase a no ser perfecto: Cuando el perfeccionismo es un problema*. Barcelona: Grijalbo.
- Ruscio, A.M., Lane, M., Roy-Byrne, P., Stang, P.E., Stein, D.J., Wittchen, H.U. y Kessler, R.C. (2005). Should excessive worry be required for a diagnosis of generalized anxiety disorder? Results from the US National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 35, 1761-1772.
- Rynn, M.A., Riddle, M.A., Yeung, P.P. y Kunz, N.R. (2007). Efficacy and safety of extended-release venlafaxine in the treatment of generalized anxiety disorder in children and adolescents: two placebo-controlled trials. *American Journal of Psychiatry*, 164, 290-300.
- 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.
- Saavedra, L.M., Silverman, W.K., Morgan-Lopez, A.A. y Kurtines, W.M. (2010). Cognitive behavioral treatment for childhood anxiety disorders: long-term effects on anxiety and secondary disorders in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 924-934.
- Salzer, S., Winkelbach, C., Leweke, F., Leibing, E. y Leichsenring, F. (2011). Long-term effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioural therapy in generalized anxiety disorder: 12-month follow-up. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56, 503-508.
- Samuel, M., Zimovetz, E. A., Gabriel, Z. y Beard, S. M. (2011). Efficacy and safety of treatments for refractory generalized anxiety disorder: A systematic review. *International Clinical Psychopharmacology*, 26, 63-68.
- 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.

- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Lostao, L. (2009). Validación española del Cuestionario de Preocupaciones PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 107–122.
- Sanz, R., Miguel-Tobal, J.J. y Casado, M.I. (2011). Sesgos de memoria en los trastornos de ansiedad. *Clínica y Salud*, 22, 187-197.
- Sarris, J., Stough, C., Bousman, C.A., Wahid, Z.T., Murray, G., Teschke, R., . . . Schweitzer, I. (2013). Kava in the treatment of generalized anxiety disorder: A double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33, 643-648.
- Shechner, T., Rimon-Chakir, A., Britton, J. C., Lotan, D., Apter, A., Bliese, P. D., . . . Bar-Haim, Y. (2014). Attention bias modification treatment augmenting effects on cognitive behavioral therapy in children with anxiety: Randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53, 61-71.
- 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.
- Scholten, W.D., Batelaan, N.M., van Balkom, A.J., Wjh Penninx, B., Smit, J. H. y van Oppen, P. (2013). Recurrence of anxiety disorders and its predictors. *Journal of Affective Disorders*, 147, 180-185.
- Schuurmans, J., Comijs, H., Emmelkamp, P., Weijnen, I., van den Hout, M. y van Dyck, R. (2009). Long-term effectiveness and prediction of treatment outcome in cognitive behavioral therapy and sertraline for late-life anxiety disorders. *International Psychogeriatrics*, 21, 1148-1159.
- 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.
- Segal, D. L., June, A., Payne, M., Coolidge, F. L. y Yochim, B. (2010). Development and initial validation of a self-report assessment tool for anxiety among older adults: the Geriatric Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 709–714.
- Seldenrijk, A., Vogelzangs, N., Batelaan, N. M., Wieman, I., van Schaik, D. J.F. y Penninx, B. J.W.H. (2014). Depression, anxiety and 6-year risk of cardiovascular disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 123-129.
- Serrano-Blanco A., Palao, D.J., Luciano, J.V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A. et al. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Epidemiology*, 45, 201-210.
- Sexton, K.A. y Dugas, M.J. (2008). The Cognitive Avoidance Questionnaire: Validation of the English translation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 355-370.
- Sexton, K.A. y Dugas, M.J. (2009a). Defining distinct negative beliefs about uncertainty: Validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychological Assessment*, 21, 176-186.
- Sexton, K.A. y Dugas, M.J. (2009b). An investigation of factors associated with cognitive avoidance in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 150-162.
- Shafran, R., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Shafran, R., Egan, S. y Wade, T. (2010). Overcoming perfectionism: A self-help manual using cognitive-behavioural techniques. London: Robinson.
- 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.
- Sherman, K., Ludman, E., Cook, A., Hawkes, R., Roy-Byrne, P., Bentley, S., et al. (2010). Effectiveness of therapeutic massage for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 27, 441-450.
- Shortt, A.L., Barrett, P.M., y Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 525-535.
- Sibrava, N.J. y Borkovec, T.D. (2006). The cognitive avoidance theory of worry. En G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 239-258). Nueva York: Wiley.
- 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.K. y Albano, A.M. (1996). *The Anxiety Disorders Schedule for Children for DSM-IV: (Child and parent versions)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Silverman, W.K., LaGreca, A. y Wasserstein, S. (1995). What do children worry about? Worries and their relation to anxiety. *Child Development*, 66, 671-686.
- Silverman, W.K., 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.
- Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Ginsburg, G.S., Weems, C.F., Lumpkin, P.W. y Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 995-1003.
- Simon, E., Dirksen, C., Bögels, S. y Bodden, D. (2012). Cost-effectiveness of child-focused and parent-focused interventions in a child anxiety prevention program. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 287-296.
- 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.
- Slaney, R.B., Rice, K.G., Mobley, M., Trippi, J. y Ashby, J.S. (2001). The Almost Perfect Scale–Revised. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 130-145.
- Smith, A. M., Flannery-Schroeder, E. C., Gorman, K. S. y Cook, N. (2014). Parent cognitive-behavioral intervention for the treatment of childhood anxiety disorders: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 156-161.
- Sosa, C.D., Capafons, J.L., Flores, P., Navarro, A.M. y Silva, F. (1993). Escala de ansiedad infantil, AI. En F. Silva y M.C.

- Martorell (dirs), *Evaluación de la personalidad infantil y juvenil*. Madrid: Mepsa.
- Southam-Gerow, M.A., Kendall, P.C. y Weersing, V.R. (2001). Examining outcome variability: correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 422–436.
- Southam-Gerow, M. A., Weisz, J. R., Chu, B. C., McLeod, B. D., Gordis, E. B. y Connor-Smith, J. K. (2010). Does cognitive behavioral therapy for youth anxiety outperform usual care in community clinics? An initial effectiveness test. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 1043-1052.
- Spence, S.H., Donovan, C.L., March, S., Gamble, A., Anderson, R.E., Prosser, S. y Kenardy, J. (2011). A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 629-642.
- Spence, S.H., Holmes, J.M., March, S. y Lipp, O.V. (2006). The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 614–621.
- Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montouri, J. y Platzek, D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- 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.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W. y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.
- 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.
- Stanley, M., Diefenbach, G. y Hopko, D. (2004). Cognitive behavioral treatment for older adults with generalized anxiety disorder: A therapist manual for primary care settings. *Behavior Modification*, 28, 73-117.
- Stanley, M.A., Wilson, N.L., Novy, D.M., Rhoades, H.M., Wagener, P.D., Greisinger, A.J., Cully, J.A. y Kunik, M.E. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder among older adults in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA: The Journal of The American Medical Association*, 301, 1460-1467.
- Stapinski, L. A., Abbott, M. J. y Rapee, R. M. (2010a). Evaluating the cognitive avoidance model of generalised anxiety disorder: Impact of worry on threat appraisal, perceived control and anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1032-1040.
- Stapinski, L.A., Abbott, M.J. y Rapee, R.M. (2010b). Fear and perceived uncontrollability of emotion: Evaluating the unique contribution of emotion appraisal variables to prediction of worry and generalised anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1097-1104.
- Stewart, R. y Chambless, D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 595-606.
- Stöber, J. y Bittencourt, J. (1998). Weekly assessment of worry: an adaptation of the Penn State Worry Questionnaire for monitoring changes during treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 645-656.
- Stöber, J. y Joorman, J. (2001). A short form of the Worry Domains questionnaire: Construction and factorial validation. *Personality and Individual Differences*, 31, 591-598.
- Stoeber, J., Harris, R. y Moon, P. (2007). Perfectionism and the experience of pride, shame, and guilt: Comparing healthy perfectionists, unhealthy perfectionists, and non-perfectionists. *Personality and Individual Differences*, 43, 131-141.
- Stoeber, J., Kobori, O. y Tanno, Y. (2010). The Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory-English (MPCI-E): Reliability, validity, and relationships with positive and negative affect. *Journal of Personality Assessment*, 92, 16-25.
- Suinn, R.M. (1993). Entrenamiento en manejo de la ansiedad. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1990.)
- Talbot, F. (2012). Client contact in self-help therapy for anxiety and depression: necessary but can take a variety of forms beside therapist contact. *Behaviour Change*, 29, 63-76.
- 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.
- Teubert, D. y Pinquart, M. (2011). A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 1046-1059.
- Therrien, Z. y Hunsley, J. (2012). Assessment of anxiety in older adults: A systematic review of commonly used measures. *Aging & Mental Health*, 16, 1-16.
- Thienemann, M., Moore, P. y Tompkins, K. (2006). A parent only group intervention for children with anxiety disorders: Pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 37–46.
- Thulin, U., Svirsky, L., Serlachius, E., Andersson, G. y Öst, L-G. (2014). The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 185-200.
- Titov, N., Andrews, G., Robinson, E., Schwencke, G., Johnston, L., Solley, K. et al. (2009). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for generalized anxiety disorder: randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 905-912.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E. y Spence, J. (2010). Transdiagnostic internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 890-899.
- Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G. y McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 441-452.
- Tobon, J. I., Eichstedt, J. A., Wolfe, V., Phoenix, E., Brisebois, S., Zayed, R. S. y Harris, K. E. (2011). Group cognitive-behavioral therapy for anxiety in a clinic setting: Does child involvement predict outcome? *Behavior Therapy*, 42, 306-322.
- Treanor, M., Erisman, S. M., Salters-Pedneault, K., Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2011). Acceptance-based behavioral therapy

- for GAD: Effects on outcomes from three theoretical models. *Depression and Anxiety*, 28, 127-136.
- 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 der Heiden, C., Melchior, K. y Stigter, E. (2013). The effectiveness of group metacognitive therapy for generalised anxiety disorder: A pilot study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 151-157.
- van der Heiden, C., Muris, P. y van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 100-109.
- van Ingen, D.J., Freiheit, S.R. y Vye, C.S. (2009). From the lab to the clinic: Effectiveness of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 69-74.
- 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.
- Vasa, R. A., Carroll, L. M., Nozzolillo, A. A., Mahajan, R., Mazurek, M. O., Bennett, A. E., . . . Bernal, M. P. (2014). A systematic review of treatments for anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 3215-3229.
- 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.
- Verkhuijl, B., Brosschot, J.F., Borkovek, T.D. y Thayer, J.F. (2009). Acute autonomic effects of experimental worry and cognitive problem solving: Why worry about worry? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 439-453.
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., . . . Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: A community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 1026-1035.
- Victor, A.M., Bernat, D.H., Bernstein, G.A. y Layne, A.E. (2007). Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 835-848.
- Vøllestad, J., Nielsen, M. B. y Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 239-260.
- 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 or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359, 2753-2766.
- Waters, A.M., Donaldson, J. y Zimmer-Gembeck, M.J. (2008). Cognitive-behavioural therapy combined with an interpersonal skills component in the treatment of generalised anxiety disorder in adolescent females: A case series. *Behaviour Change*, 25, 35-43.
- Waters, A., Ford, L., Wharton, T. y Cobham, V. (2009). Cognitive-behavioural therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a child + parent condition versus a parent only condition. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 654-662.
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S., . . . Gibbons, R. D. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry*, 69, 274-282.
- 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. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guildford.
- 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.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J. y Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 429-434.
- Wergeland, G.J.H., Fjermestad, K.W., Marin, C.E., Haugland, B.S-M., Bjaastad, J.F., Oeding, K., . . . Heiervang, E.R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth.

- Behaviour Research and Therapy*, 57, 1-12.
- 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.
- Westra, H., Arkowitz, H. y Dozois, D. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1106-1117.
- Westra, H.A. y Dozois, D. J.A. (2006). Preparing clients for cognitive behavioral therapy: a randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 481-498.
- 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.
- Wetherell, J.L., Petkus, A.J., White, K.S., Nguyen, H., Kornblith, S., Andreescu, C., . . . Lenze, E. J. (2013). Antidepressant medication augmented with cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults. *The American Journal of Psychiatry*, 170, 782-789.
- 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.
- Wiegartz, P.S. y Gyoerkoe, K.L. (2013). *No lo dejes para mañana. Guía para superar la postergación*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (original de 2010.)
- 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 planning and outcomes assessment* (2ª ed, pp 971-992). Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wilson, K.G., Sandoz, E.K., Kitchens, J. y Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 249-272.
- Wisocki, P.A. (1988). Worry as a phenomenon relevant to the elderly. *Behavior Therapy*, 19, 369-379.
- Wittchen, H-U (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16, 162-171.
- 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., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., . . . Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.
- Wittchen, H-U., Nelson, C. y Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- 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.
- Wood, J.J., Piacentini, J.C., Southam-Gerow, M., Chu, B.C. y Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 314-321.
- Wood, J., McLeod, B., Piacentini, J. y Sigman, M. (2009). One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: Exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 301-316.
- 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.
- Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Cunningham, M. J., Lyneham, H. J., Hudson, J. L. y Schniering, C. A. (2012). A randomized controlled trial of the Cool Teens CD-ROM computerized program for adolescent anxiety. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51,
- Yonkers, K.A., Bruce, S.E., Dyck, I.R. y Keller, M.B. (2003). Chronicity, relapse, and illness –Course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17, 173-179.
- 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.
- Zhang, Y., Young, D., Lee, S. et al. (2002) Chinese Taoist cognitive psychotherapy in the treatment of generalised anxiety disorder in contemporary China. *Transcultural Psychiatry*, 39, 115-129.
- 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.

---

<sup>1</sup> 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 expectativas, 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 reducción 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 fisiológica. 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.