

# Ansiedad generalizada

José M.<sup>a</sup> Prados



guías de intervención

psicología clínica

  
EDITORIAL  
SÍNTESIS

# ANSIEDAD GENERALIZADA



PROYECTO EDITORIAL

PSICOLOGÍA CLÍNICA

Serie:

GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Directores:

Manuel Muñoz López Carmelo Vázquez Valverde





# ANSIEDAD GENERALIZADA

JOSÉ M.a PRADOS



EDITORIAL  
SÍNTESIS

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

© José M.<sup>a</sup> Prados

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

ISBN: 978-84-975692-0-0

Impreso en España. Printed in Spain

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



# Índice

[Prólogo](#)

[Capítulo 1. Introducción](#)

[1.1. El trastorno por ansiedad generalizada: criterios diagnósticos](#)

[1.1.1. Manifestaciones subjetivas](#)

[1.1.2. Manifestaciones Físicas](#)

[1.1.3. Duración](#)

[1.1.4. Interferencia](#)

[1.1.5. Criterios diferenciales](#)

[1.2. Datos epidemiológicos](#)

[1.3. Problemas de la identificación en la práctica](#)

[1.4. Sugerencias](#)

[Exposición de casos clínicos](#)

[Cuadro resumen](#)

[Preguntas de autoevaluación](#)

[Capítulo 2. Aspectos etiológicos](#)

[2.1. Neurobiología del TAG](#)

[2.1.1. Estructuras cerebrales](#)

[2.1.2. Neurotransmisión](#)

[2.2. Modelos psicológicos](#)

[2.2.1. Modelo de Thomas D.Borkovec](#)

[2.2.2. Modelo de David H.Barlow](#)

[2.2.3. Modelo de Frank Tallis y Michael Eysenck](#)

[2.2.4. Modelo de Andrew K. MacLeod](#)

[2.2.5. Modelo de Adrian Wells](#)

[2.2.6. Modelo de Joachim Stöber](#)

[2.2.7. Modelo de Michel Dugas](#)

[2.2.8. Modelo de Graham C.L. Davey](#)

[2.3. Un modelo integrador](#)

[Exposición de casos clínicos](#)

[Cuadro resumen](#)

[Preguntas de autoevaluación](#)

[Capítulo 3. Evaluación](#)

[3.1. Entrevistas estructuradas](#)

[3.1.1. Anxiety Disorders Interview Schedule \(ADIS-IV\)](#)

[3.1.2. Generalized Anxiety Disorder Questionnaire \(GADQ-IV\)](#)

[3.1.3. Worry and Anxiety Questionnaire \(WAQ\)](#)

[3.1.4. Preguntas relevantes en una entrevista de evaluación](#)

[3.2. Observación, autoobservación y registros fisiológicos](#)

[3.3. Escalas e inventarios](#)

[3.3.1. Worry Scale \(WS-L\)](#)

[3.3.2. Things I Worry About Scale \(TWAS\)](#)

[3.3.3. Worry Domains Questionnaire \(WDQ\)](#)

[3.3.4. Worry Scale \(WS-W\)](#)

[3.3.5. Penn State Worry Questionnaire \(PSWQ\)](#)

[3.3.6. Anxious Thoughts Inventory \(AnTI\)](#)

[3.3.7. Why Worry \(WW\)](#)

[3.3.8. Consequences of Worrying Scale \(COWS\)](#)

[3.3.9. Meta-Cognitions Questionnaire \(MCQ\)](#)

[3.3.10. Inventario de Consecuencias Percibidas de Preocupación \(ICPP\)](#)

[Exposición de casos clínicos](#)

[Cuadro resumen](#)

[Preguntas de autoevaluación](#)

[Capítulo 4. Guía para el terapeuta](#)

[4.1. Enfoque farmacoterapéutico](#)

[4.1.1. Benzodiazepinas](#)

[4.1.2. Buspirona](#)

[4.1.3. Venlafaxina](#)

[4.2. Enfoque psicoterapéutico](#)

[4.2.1. Primeros acercamientos](#)

[4.2.2. Terapia de conducta](#)

[4.2.3. Terapia cognitiva](#)

[4.3. Evidencia disponible. Significación clínica y estadística](#)

[4.3.1. Tratamiento psicológico frente a tratamiento farmacológico](#)

[4.3.2. Terapia psicodinámica frente a terapia cognitivo-conductual](#)

[4.3.3. Terapia cognitiva frente a terapia de conducta](#)

[4.3.4. Tratamiento único frente a tratamiento combinado](#)

[4.3.5. Reflexiones finales](#)

## 4.4. Programas actuales de intervención

### 4.4.1. Programas para adultos

### 4.4.2. Programas para niños

### 4.4.3. Programas para ancianos

## 4.5. Propuesta estructurada de intervención

### 4.5.1. Marco teórico

### 4.5.2. Objetivos generales

### 4.5.3. Procedimiento

### 4.5.4. Eficacia: primeros estudios

### Exposición de casos clínicos

### Cuadro resumen

### Preguntas de autoevaluación

## Capítulo S.Guía para la persona con TAG

### 5.1. ¿Qué es el trastorno por ansiedad generalizada?

### 5.2. ¿Por qué ocurre?

### 5.3. ¿Qué se puede hacer?

### 5.4. ¿Cómo hacerlo?

#### 5.4.1. Aprende a relajarte

#### 5.4.2. Identifica qué te preocupa y por qué

#### 5.4.3. Aprende a controlar tus preocupaciones

#### 5.4.4. Entreno tu mente y aprende a solucionar problemas e indecisiones

### 5.5. Material de ayuda

[Clave de respuestas](#)

[Lecturas recomendadas y bibliografía](#)



# Prólogo

Pese a su elevada frecuencia, el denominado trastorno por ansiedad generalizada continúa siendo un gran desconocido para buena parte de los profesionales de la salud. Además, frente a él, los procedimientos habituales de tratamiento no alcanzan tan excelentes resultados como frente a otras perturbaciones emocionales; en concreto, algunos estudios recientes indican que la eficacia global apenas supera el 50%. No es extraño, por tanto, que, en los últimos años, cada vez más investigadores se interesen por comprender mejor las causas de este trastorno o, al menos, por dilucidar los procesos que puedan estar involucrados en él, confiando en que un conocimiento más sustantivo de la naturaleza de este problema contribuirá a diseñar estrategias de intervención más específicas y eficaces. Porque uno de los retos todavía pendientes para la psicoterapia de la ansiedad generalizada es conseguir entender cómo aparece la persistente e incontrolable preocupación característica del trastorno y, sobre todo, cómo manejarla, lo cual no es nada fácil puesto que, como se verá a lo largo del libro, la raíz de dicha preocupación es más profunda y diversa de lo que puede parecer en un principio.

El texto que sigue a continuación pretende ser un instrumento de trabajo para el profesional y para el estudiante. En él se expone, de forma sencilla, al menos de la forma más sencilla que he podido, el conocimiento hasta ahora acumulado sobre el trastorno. El libro contiene, además, interesantes sugerencias para la evaluación y el tratamiento, la mayoría avaladas empíricamente. Aunque el carácter didáctico de la obra me ha llevado a prescindir de la mayoría de las referencias bibliográficas en las que ésta se basa, confío en que el lector interesado en alguna cuestión particular, y en la que necesite profundizar, no dude en ponerse en contacto conmigo para tal fin.



# Introducción

## 1

El denominado trastorno por ansiedad generalizada (TAG, a partir de ahora) quizá sea uno de los problemas psicológicos más frecuentes. Se estima incluso que es, junto a la fobia específica, el trastorno de ansiedad de mayor prevalencia, y que sigue a la depresión en cuanto al número de consultas recibidas en atención primaria. En contraste, también es uno de los trastornos menos estudiados y comprendidos. De hecho, durante muchos años ha sido un problema ignorado o, a lo sumo, entendido de forma residual, al que se recurría sólo cuando los síntomas de ansiedad no podían clasificarse de ningún otro modo.

Por fortuna, el tema ha adquirido un considerable y renovado interés académico en los últimos años gracias al número creciente de investigadores comprometidos con su estudio. Desde entonces, los datos empíricos acumulados han obligado a repensar el trastorno y a distinguirlo como una entidad propia, tal como hacen en la actualidad tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), entre otras instituciones.

Hoy, se considera que la principal característica del TAG es el malestar y la interferencia provocada por una persistente ansiedad o preocupación que aparece ante numerosas circunstancias cotidianas, resulta difícil de controlar y acaba convirtiéndose en un problema en sí misma. A lo largo de este primer capítulo, además de analizar con más detenimiento los criterios diagnósticos del TAG que proponen tanto la APA como la OMS, también se ofrecerán algunos datos de interés sobre el trastorno y se discutirán varios de los problemas que dificultan su correcta identificación.

### 1.1. El trastorno por ansiedad generalizada: criterios diagnósticos

En la última revisión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) publicada por la APA (2000), se sugiere que, para poder diagnosticar este trastorno, debe cumplirse que

- a) exista una ansiedad y preocupación excesiva, difícil de controlar, ante una amplia gama de acontecimientos y actividades;
- b) se experimenten síntomas como tensión muscular, dificultad de concentración, irritabilidad, inquietud o impaciencia, fatiga y alteraciones del sueño. En adultos, al menos deben presentarse tres de estos síntomas y, en niños, al menos uno;

- c) la duración sea de seis meses como mínimo;
- d) constituya un problema para la persona o interfiera con su funcionamiento normal;
- e) se excluyan otros trastornos, enfermedades o efectos de sustancias.

A diferencia de versiones precedentes, en el DSM-IV-TR (APA, 2000) no hay requisito de edad, por lo que se entiende que los niños también podrían ser diagnosticados de TAG. Ello hace innecesaria la anterior etiqueta de trastorno infantil por ansiedad excesiva, hoy ya en desuso (véase cuadro 1.1).

Por su parte, en el capítulo V de la décima y última versión de la Clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10), publicada por la OMS (1992), se considera que, para poder diagnosticar este trastorno, los síntomas de ansiedad han de estar presentes la mayor parte de los días durante, al menos, varias semanas seguidas. Y, además, debe existir:

- a) Aprensión (preocupación por calamidades, sentirse "al límite", dificultad de concentración, etc.).

Cuadro I.I. Criterios del DSM-IV-TR para el trastorno por ansiedad generalizada

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

b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotora, cefaleas, temblor, incapacidad para relajarse, etc.).

c) Hiperactividad vegetativa (mareo, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

Como el lector ya se habrá dado cuenta, las pautas diagnósticas de la OMS parecen

acentuar las manifestaciones somáticas del trastorno, pero, a diferencia de las de la APA, no exigen un número fijo de síntomas ni una duración sintomática larga: con dos semanas podría ser suficiente para diagnosticar TAG (véase cuadro 1.2). Estas diferencias clasificatorias entrañan ventajas e inconvenientes para el diagnóstico (Rickels y Rynn, 2001). Por ejemplo, un requisito temporal mayor contribuye a reducir la comorbilidad, pero también pudieran dejar de atenderse muchos casos clínicos. A continuación se repasarán de nuevo, y de forma sintética, las manifestaciones del trastorno.

Cuadro 1.2. Comparación entre criterios diagnósticos para el TAG según el DSM-IV-TR y la CIE-10

<i>Criterios</i>	<i>DSM-IV-TR</i>	<i>CIE-10</i>
Característica central	Ansiedad y preocupación excesiva e incontrolable	Ansiedad generalizada y persistente
Número mínimo de síntomas físicos	Tres (de seis)	Ninguno*
Duración	Seis meses	Dos semanas
Interferencia	Sí	Sí

\* Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 sí exigen la presencia de cuatro síntomas (de 22).

### 1.1.1. Manifestaciones subjetivas

La principal característica del TAG quizá sea la queja de sentirse constantemente nervioso o preocupado, sin que ello esté limitado a ninguna circunstancia particular. Por el contrario, son muchas las situaciones y actividades ante las que surge dicho sentimiento, incluso a la hora de acostarse o en ciertos momentos de inactividad. Porque la persona con TAG tiene una tendencia exagerada a anticipar problemas y a imaginar fácilmente sucesos indeseados o calamidades sobre asuntos muy variados, por muy improbables que dichos problemas y sucesos sean en realidad. Baste como ejemplo el de una mujer de 43 años a quien atendimos en octubre de 2001, un mes después del atentado terrorista en Nueva York, y que estaba muy preocupada por la idea de que su cuñado, trabajador de Correos, recibiera alguna carta contaminada con ántrax.

En cualquier caso, y aunque muchos asuntos sin importancia puedan ser motivo de preocupación, lo que más ocupa el pensamiento de alguien con TAG sigue siendo la familia, las relaciones interpersonales, el trabajo o los estudios, el dinero y la salud, como a casi todo el mundo. Pero esas preocupaciones son más intensas y persistentes, y producen una especie de sobrecarga mental que acaba suponiendo un problema en sí mismo y afectando a la capacidad para concentrarse o rendir en otras actividades. Además, la persona suele tener la sensación de no ser capaz de controlar su mente, lo que constituye un motivo adicional de preocupación: "Como siga así, voy a enloquecer".

### 1.1.2. Manifestaciones físicas

Junto a las subjetivas, en el TAG aparecen ciertas manifestaciones musculares y vegetativas. Para la CIE-10, ejemplos de las primeras son tensión, inquietud, agitación, cefaleas, o incluso temblores, que parecen estar relacionados con la dificultad de la persona para relajarse. Y ejemplos de las segundas son sequedad de boca, molestias epigástricas, taquicardia, sudoración, o incluso vértigo y mareos. Pero, dada la enorme variabilidad en los síntomas experimentados por las personas con TAG, la CIE-10 se abstiene de exigir un número mínimo para realizar el diagnóstico.

Sí lo hace, en cambio, el DSM-IV-TR, que propone seis síntomas, quizá los más específicos, con la obligación de cumplir al menos tres de ellos. Según investigaciones recientes, los más frecuentes son la tensión muscular y las alteraciones del sueño, que parecen relacionarse a su vez con el cansancio crónico y la irritabilidad, respectivamente.

Algunos autores afirman que la severidad y el número de manifestaciones físicas son el mejor predictor del TAG. En otras palabras, que, cuantos más síntomas somáticos confluyan, más fácil resultará hacer el diagnóstico de este trastorno (Rickels y Rynn, 2001). Por el contrario, también puede aumentar la comorbilidad.

### 1.1.3. Duración

Respecto a la duración, la CIE-10 sólo exige varias semanas con síntomas de ansiedad mientras que el DSM-IV-TR fija un mínimo de seis meses (recuérdese que, en el DSM-III, el criterio era sólo de un mes). Pero la ventaja de un requerimiento temporal mayor es que se reduce la comorbilidad con otros trastornos. La desventaja estriba en la posibilidad de desatender clínicamente a todos los casos que no alcancen este criterio. Por dicha razón, el evaluador deberá hacer un cuidadoso análisis retrospectivo de cada síntoma y tener en cuenta ambas propuestas antes de establecer un diagnóstico definitivo.

### 1.1.4. Interferencia

Un criterio más determinante que la duración es la interferencia. Para poder realizar un diagnóstico de TAG, es necesario que los síntomas constituyan un problema para la persona, o al menos que interfieran con su actividad diaria, por ejemplo teniendo dificultades para realizar o terminar un trabajo, organizar o planear actividades, etc. En caso contrario no se podría decir, de manera estricta, que exista un trastorno. Estudios recientes constatan esta pérdida de calidad de vida y de productividad sociolaboral en el TAG (véase revisión en Lieb, Becker y Altamira, 2005).

#### 1.1.5. Criterios diferenciales

Por último, también se debe hacer un diagnóstico diferencial para descartar otro tipo de trastornos, enfermedades o efecto de sustancias. Por ejemplo, el síntoma de la preocupación no debe estar circunscrito a ningún tema en particular, como ocurre en la fobia social, la anorexia y otros tantos trastornos. Y no se debe confundir el TAG con el trastorno adaptativo, el síndrome de fatiga crónica, o enfermedades como la feocromocitona o las alteraciones del tiroides, entre otras.

#### 1.2. Datos epidemiológicos

El TAG parece ser el trastorno más frecuente en atención primaria después de los trastornos depresivos y, según estudios recientes llevados a cabo tanto en Estados Unidos como en Europa, afecta al 1-3% de la población. Respecto a su prevalencia vital, se han obtenido porcentajes diversos. En una de las investigaciones más fiables, el Estudio Epidemiológico Europeo de los Trastornos Mentales (ESEMeD, 2004), se obtuvo una prevalencia vital del 2,8%. En dicho estudio se utilizó una muestra de 21.425 personas, repartida entre Alemania, Bélgica, Francia, España, Holanda e Italia, y como instrumento se empleó la CIDI (Composite International Diagnostic Interview), con criterios del DSM-IV.

Este dato contrasta con el obtenido hace años, en el que se observó incluso un 19% en Bélgica, y un 21% en Islandia. Pero en dichos estudios se siguieron los criterios del DSM-III, el cual sólo exigía un mes de duración y permitía muchos más síntomas autónomos. De forma similar, cuando se comparó la prevalencia vital del TAG empleando simultáneamente el DSM-III-R y la CIE-10, se obtuvo un porcentaje tres veces mayor en el segundo caso que en el primero (vid. revisiones en Lieb et al., 2005, y en Wittchen y Hoyer, 2001).

Salvo un estudio en Sudáfrica, en el resto de países evaluados el TAG parece afectar más a las mujeres que a los hombres. En Europa, y según el ESEMeD, la prevalencia vital en las mujeres es del 3,6% frente al 2% en los hombres.

Por otro lado, la comorbilidad de este trastorno con otros es bastante elevada. Según

algunos estudios, incluidos los realizados en España, entre un 50 y un 80% de los casos clínicos presentan además otros desórdenes. Los más frecuentes son los depresivos, los somatoformes, el trastorno de pánico y la fobia social.

Respecto al curso del TAG, se ha observado que puede surgir ya en la niñez, sobre todo a partir de los ocho años, edad en la que las preocupaciones empiezan a ser cada vez más variadas y más intensas. En los niños y adolescentes, la tendencia a la preocupación parece estar relacionada tanto con el estilo de crianza como con el tipo de apego, siendo el desempeño, académico o deportivo, y el daño físico los temas de preocupación más recurrentes. Los porcentajes de comorbilidad del TAG infantil son igual de altos que en adultos, en torno al 56% con la depresión, y cerca del 75% con otros trastornos de ansiedad (Masj et al., 2004).

En cualquier caso, el TAG es un trastorno que aumenta con la edad, al contrario de lo que ocurre con otros problemas psicológicos. En concreto, parece incrementarse a partir de los 35 años en el caso de las mujeres, y a partir de los 45 años en el caso de los hombres, llegando a ser uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en la vejez. Aunque en este rango de edad la salud y el deterioro funcional son los temas de preocupación más recurrentes, algunas investigaciones han constatado una menor proporción de preocupaciones de carácter social en comparación con personas más jóvenes (Powers, Wisocki y Whitbourne, 1992).

Por último, cabe señalar que, aunque el TAG es un trastorno crónico, no es usual que se pida ayuda profesional, sólo el 10% de los casos lo solicita. Y tampoco parece que este trastorno tenga una fácil recuperación espontánea; mientras que la tasa de mejoría del trastorno depresivo mayor es del 80%, la del TAG sólo oscila entre el 20 y el 35% (citado por Wittchen y Hoyer, 2001). Por último, algunas revisiones han puesto de manifiesto que la eficacia media de la intervención cognitivo-conductual en este trastorno apenas supera el 50%, con una tasa de abandono del 8% (Durham y Allan, 1993; Mitte, 2005). De ahí la importancia de conocer mejor las características de esta perturbación y de elaborar estrategias de intervención más específicas y eficaces. Afortunadamente, en los últimos años se está avanzando en esa dirección.

### 1.3. Problemas de la identificación en la práctica

A la hora de reconocer el trastorno, pueden surgir algunas dificultades. En primer lugar, bajo la idea de que "es normal preocuparse", el TAG suele pasar bastante desapercibido. De hecho, se estima que en atención primaria son inadvertidos casi la mitad de los casos (citado por Lieb et al., 2005). Y, cuando existe comorbilidad, no diagnosticar correctamente este trastorno puede obstaculizar la mejoría clínica; algunos piensan que la resistencia al tratamiento de muchos casos de depresión se debe, precisamente, a haber ignorado la presencia de ansiedad generalizada en el diagnóstico.

En segundo lugar, los criterios propuestos tanto por el DSM como por la CIE pueden resultar ambiguos y poco informativos bajo un punto de vista clínico, pese a su aparente sencillez (o precisamente debido a ella). ¿Qué se entiende por ansiedad? ¿Y por generalizada? ¿Cuándo se entiende que la ansiedad es persistente o excesiva? Todos estos términos admiten distintas interpretaciones, tanto para el profesional, según sea su perspectiva teórica, como para la persona que demanda sus servicios. A eso hay que añadir la falta de consenso entre el DSM y la CIE respecto a algunos criterios, lo que también dificulta la identificación del trastorno; de hecho, el diagnóstico podría no coincidir si se utilizan ambas clasificaciones por separado.

### Cuadro 1.3. Datos epidemiológicos sobre el TAG

<i>Factores</i>	<i>Porcentajes</i>
Prevalencia vital	
– Estudio ESEMeD (con CIDI, criterios DSM-IV, N = 21425)	2,8
– Estudio NEMESIS (con CIDI, criterios DSM-III-R, N = 7076)	2,3
– Estudio ECA (con criterios DSM-III)	6,1
– DSM-IV-TR	5,0
Prevalencia en 12 meses	
– Estudio ESEMeD	1,0
– Estudio NEMESIS	1,2
– Estudio ECA	3,6
– DSM-IV-TR	3,0
Prevalencia según sexo	
– Mujeres (ESEMeD)	3,6
– Hombres (ESEMeD)	2,0
Comorbilidad (Estudio GHS-MHS, criterios DSM-IV, N = 4181)	
– Trastornos depresivos	70,6
– Trastornos somatoformes	48,1
– Fobia específica	29,3
– Fobia social	28,9
Otros datos de interés	
– Búsqueda de ayuda terapéutica	10
– Recuperación espontánea	20-35
– Eficacia terapéutica global	50
– Tasa de abandono en terapia	8

Un problema añadido es el extenso solapamiento con otros trastornos. ¿Refleja la elevada comorbilidad de esta perturbación una falta de fiabilidad y validez de los sistemas clasificatorios actuales o, más bien, una desconsideración de los aspectos temporales y longitudinales del trastorno? Para algunos terapeutas el TAG representa el inicio de otros trastornos o la recuperación incompleta de los mismos. Por ejemplo, se estima que el TAG puede evolucionar hacia el trastorno de pánico o la depresión al menos en uno de cada tres casos; de forma paralela, otros profesionales creen que el TAG es una derivación no fóbica del estrés postraumático o, quizá, un estado residual de ciertos tipos

de depresión. Pero es necesaria más investigación para dilucidar dicha cuestión. Además, otra forma de interpretar la elevada comorbilidad del TAG es en términos de personalidad, como hacen algunos autores. Con otras palabras, existiría un estilo cognitivo caracterizado por la anticipación reiterada de posibles sucesos negativos y por el convencimiento de no ser capaz de resolver determinados problemas; en función de los objetos concretos de anticipación, y de sus características, se reaccionará de una u otra forma, lo que se correspondería con las distintas etiquetas diagnósticas. Pero esta idea, pese a ser interesante y coherente con un planteamiento psicológico de los trastornos mentales, también requiere más investigación y, por supuesto, mucha más reflexión. Y, por desgracia, parece que la mayoría de psicólogos clínicos se ha conformado con las indudables ventajas que ofrecen las actuales clasificaciones diagnósticas, pese a su inspiración médica, y en contra de las muchas y brillantes advertencias contra ello (véase, por ejemplo, Foucault, 1979).

#### 1.4. Sugerencias

A modo de conclusión, sería conveniente tener presente que:

1. Si en la práctica clínica el profesional necesita actualizar continuamente su conocimiento psicopatológico, esto será especialmente importante en el ámbito del trastorno por ansiedad generalizada, sobre el que han cambiado muchas cosas en pocos años.
2. Si se utiliza un sistema de clasificación, como el DSM o la CIE, es necesario un esfuerzo previo de clarificación semántica. Por ejemplo, en primer lugar sería conveniente diferenciar las distintas manifestaciones del TAG, bien sean subjetivas, físicas, comportamentales o interpersonales. Y, acorde a la investigación reciente, la expresión preocupación excesiva se podría matizar del siguiente modo:
  - a) Con el término preocupación debe entenderse una anticipación continua o reiterada de algún suceso negativo o de sus consecuencias.
  - b) Una persona con TAG puede pasar más del 60% del día preocupándose, casi todos los días.
  - c) La persona con TAG se preocupa incluso por cosas sin importancia y por sucesos muy improbables, aunque lo más frecuente es que se preocupe por sus asuntos cotidianos.
  - d) La persona con TAG no concibe sus preocupaciones como irracionales (a diferencia de lo que ocurre en la obsesión), pero sí siente que no puede controlarlas fácilmente, lo que a su vez también constituye un motivo

adicional de preocupación (por ejemplo, "como siga preocupándome, se me va a ir la cabeza").

- 3.No se debe aplicar con ligereza la etiqueta del TAG sin haber evaluado de forma rigurosa los criterios propuestos. Y, antes de adoptar una decisión diagnóstica, se recomienda tener en cuenta las dos clasificaciones; en nuestra experiencia, un solo manual a veces puede llevar al profesional a tomar una decisión precipitada. También es conveniente apoyarse en algunos instrumentos complementarios para tal fin (véase capítulo 3).
- 4.No conviene olvidar que el objetivo inicial de la práctica clínica, más que clasificar a una persona, es identificar los posibles trastornos que ésta pueda padecer. Por tanto, no se trata tanto de clasificar a alguien con la etiqueta de TAG, sino en identificar este trastorno entre sus quejas, haciendo para ello un cuidadoso análisis retrospectivo y diferencial de cada síntoma, a lo largo de su historia personal y clínica. Y, dicho sea de paso, tampoco debieran ignorarse sus posibles "fortalezas", como a menudo sucede.

En definitiva, que no se debe olvidar en ningún momento que los sistemas de clasificación son potentes herramientas, basadas en las descripciones fundadas de numerosos asesores e investigadores, pero no constituyen, ni pretenden serlo, la "verdad" absoluta sobre el TAG, ni sobre ningún otro trastorno mental. Una descripción apropiada del problema, para poder ayudar a la persona que lo solicita, forma parte del trabajo de cualquier psicólogo clínico, pero éste debe sentirse creativo, dentro del marco terapéutico, para utilizar, o inventar llegado el caso, cuantas estrategias de evaluación estime como más eficaces.

## Exposición de casos clínicos

### A) La señora A

La señora A es una mujer casada de 55 años que dice preocuparse mucho. Considera que "siempre" se ha preocupado por "todo", y que sus propios hijos se lo recriminan. Actualmente trabaja en un negocio familiar, con su marido, pero, a pesar del mucho esfuerzo que invierten en él, su situación económica no es buena desde hace algunos años. Ello es un motivo constante de preocupación para ella. También dice preocuparse mucho por sus tres hijos ("que les pase algo"), y por sus padres ("porque ya empiezan a estar mayores").

Dado que la preocupación excesiva puede ser un síntoma del trastorno por ansiedad generalizada, ¿se podría afirmar que la señora A presenta dicho trastorno? Para responder a esta pregunta es necesaria más información. En primer lugar, ¿qué

quiere decir que se preocupa "mucho"? ¿Cómo lo valora? ¿Qué otros síntomas tiene y cómo le afecta a su vida?

En ese sentido, la señora A dice estar preocupada "casi todos los días", pero que ello no le supone un problema ni interfiere en su rendimiento laboral. Todo lo contrario, para ella, es "normal" preocuparse y, si lo hace, es porque le afectan las cosas y, en definitiva, "tiene sangre", y "es humana"; en caso contrario, si no le afectara nada, "sería una máquina". Al preguntarle por otros síntomas físicos, de una lista de 20, la señora A sólo admite cansarse fácilmente, aunque lo atribuye al propio trabajo. No percibe ningún otro síntoma como propio.

Juicio diagnóstico provisional: aunque falta información, y hay que corroborar la hasta ahora disponible con su familia y allegados, en principio no se podría utilizar la etiqueta de TAG en este caso, al menos como lo haría el DSM o la CIE. Pese a su tendencia a preocuparse, no parece que ello interfiera con su actividad diaria, ni sea necesariamente perturbador. Además, no hay presencia de otros síntomas; sólo dice tener cansancio crónico, y lo achaca al propio trabajo.

Con todo, este caso merece atención clínica. ¿Por qué afirma la señora A que "siempre" se ha preocupado de "todo"? ¿Por qué dice que no le causa ningún problema pero que, por otro lado, sus hijos se lo recriminan? ¿Están sus temores asociados a otros trastornos del eje 1, o de cualquier otro eje (si se utiliza el DSM)? ¿Cuáles son exactamente sus demandas y qué se puede hacer ante ellas?

b) La señora E

La señora E (que protagoniza un caso que se seguirá a lo largo de todo el libro) es una mujer de 52 años que vive con su marido y sus dos hijos, de 23 y 17 años, respectivamente. La señora E acude a consulta porque, desde hace cinco años, se siente especialmente nerviosa y preocupada por "todo", "de morderse las uñas". Sus preocupaciones más frecuentes aluden a sus hijos ("que les pueda pasar algo"), a su salud mental ("que tenga Alzheimer, como mi madre"), y a su futuro en general ("que tenga que vivir en el extranjero. Mi marido trabaja en una empresa química y lo quieren trasladar a Colombia o a México"). También le preocupan asuntos menores ("el orden de la casa") y sucesos improbables: por ejemplo, que estalle una guerra nuclear ("como hay tanto litigio"), o "que nos pase algo a mi marido y a mí, y mis hijos se queden solos".

La señora E cree que se preocupa demasiado. Sus principales aficiones son la cocina, la lectura y la pintura, pero confiesa que a veces tiene que dejar de pintar porque está "pensando en otras cosas". No le resulta fácil dejar de preocuparse, y eso le agobia. Además, dice tener problemas de sueño, sequedad de boca, fatiga, molestias estomacales, inquietud y tensión muscular.

Juicio diagnóstico provisional: a diferencia del caso anterior, el lector observará que las quejas de la señora E sí cumplen los requisitos para el diagnóstico de TAG, siguiendo tanto el DSM como la CIE: en primer lugar, por sentirse continuamente preocupada desde hace algunos años; en segundo, porque dicho sentimiento le supone un problema y a menudo interfiere con sus actividades y, en tercer lugar, porque presenta numerosos síntomas físicos.

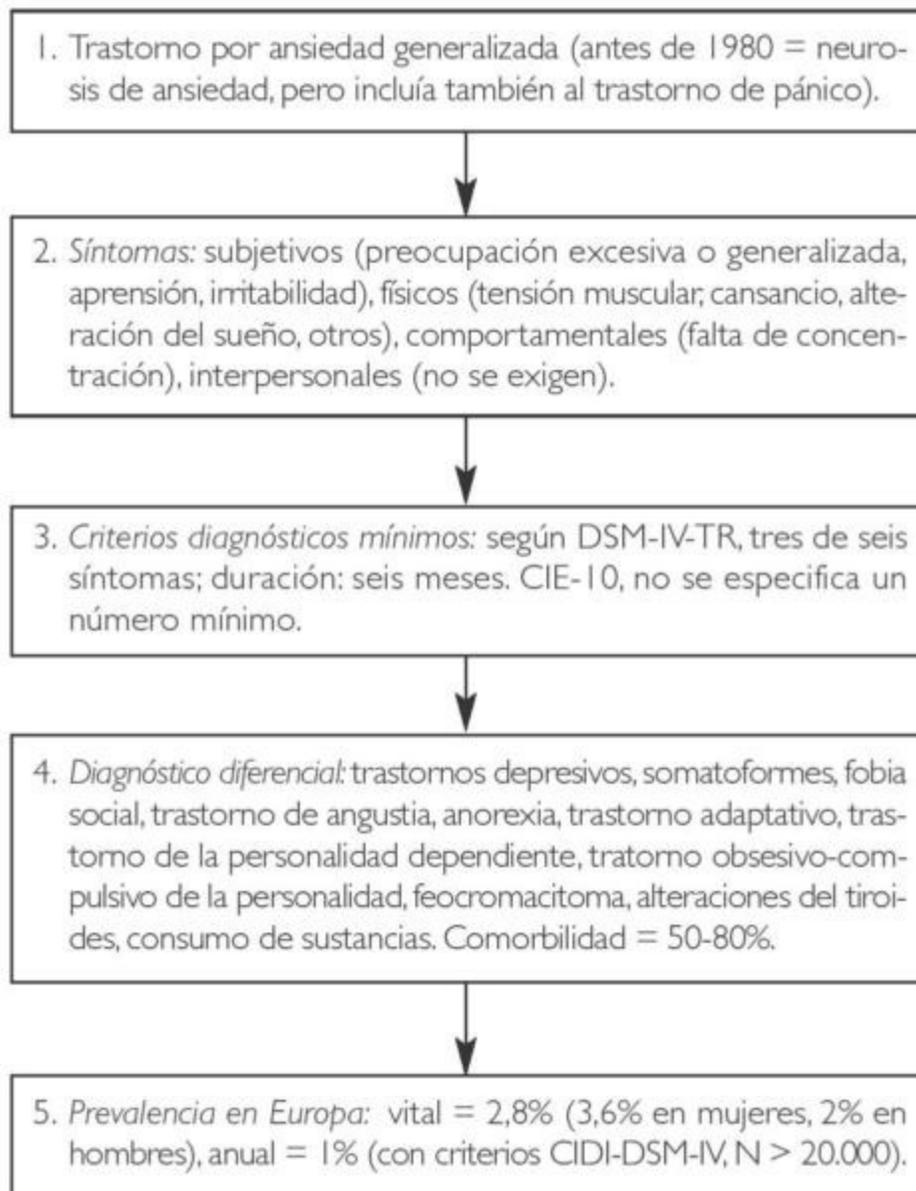
A partir de esta hipótesis diagnóstica, se hará una evaluación más completa e instrumentalizada, se comprobará la presencia de otros trastornos entre sus quejas y se establecerá un plan de intervención.

### Cuadro resumen

1. Con la etiqueta de trastorno por ansiedad generalizada se designa un trastorno caracterizado por una ansiedad persistente, difícil de controlar, y relacionada con numerosos asuntos cotidianos. La persona tiende a preocuparse demasiado, incluso se preocupa de su propia preocupación, y experimenta síntomas como tensión muscular, problemas de sueño e irritabilidad, entre otros.
2. El TAG es un trastorno bastante frecuente, más en mujeres que en hombres; parece aumentar con la edad, y tiene una elevada comorbilidad, especialmente con la depresión, la hipocondría, la fobia social y el trastorno de pánico.
3. Suele ser un trastorno infradiagnosticado debido, entre otras razones, a su desconocimiento, y también a una mala utilización de los sistemas de clasificación actuales. El diagnóstico de TAG debe basarse en la consideración de que constituye un problema, y se recomienda utilizar de forma combinada los manuales de clasificación.
4. Aunque este trastorno es más fácil de diagnosticar cuantos más síntomas físicos estén presentes, no por ello se deben desatender casos con pocos síntomas o de dudosa categorización.

### Preguntas de autoevaluación

1. El DSM-IV-TR y la CIE-10 coinciden en proponer como criterio diagnóstico de TAG:
  - a) Que la duración sea de más de seis meses.
  - b) Que suponga un problema o interfiera en la vida cotidiana.



Esquema del cuadro resumen.

- c) Que exista preocupación no realista.
- d) Que al menos haya seis síntomas físicos.
- e) Que exista, al menos, tensión generalizada.

2. ¿Qué síntomas pueden ser indicadores de TAG, según la versión más actual del DSM?

- a) La taquicardia, la tensión muscular y los problemas de sueño.
- b) Los problemas de sueño, las molestias estomacales y la irritabilidad.
- c) La tensión muscular, la irritabilidad y la fatiga.
- d) El temblor, la tensión muscular y la irritabilidad.
- e) La falta de aire, la fatiga y los problemas de sueño.

3. Según la CIE-10, para el diagnóstico de TAG se exige que se experimenten:

- a) Al menos tres síntomas físicos.
- b) Al menos seis síntomas físicos.
- c) No se exige un número determinado de síntomas físicos.
- d) Al menos un síntoma físico.
- e) Al menos dos síntomas físicos.

4. ¿Cuántos síntomas físicos exige el DSM-IV-TR para el diagnóstico de TAG en niños?

- a) Tres.
- b) Uno.
- c) Dos.
- d) Ninguno.
- e) Cuatro.

5. El trastorno más comúnmente asociado al TAG es:

- a) El trastorno obsesivo-compulsivo.
- b) Los trastornos de la alimentación.
- c) La esquizofrenia.
- d) La hipocondría.
- e) El trastorno depresivo mayor.



# Aspectos etiológicos

## 2

¿Cuáles son las causas del TAG? ¿Hacia qué factores apunta la investigación actual? A continuación se presentan algunas propuestas teóricas respecto a la aparición y el mantenimiento del TAG. Como se verá, los modelos biológicos han subrayado el papel de ciertas estructuras cerebrales y el desequilibrio de varios sistemas de neurotransmisión, mientras que los modelos psicológicos se han centrado en estudiar cómo la ansiedad acaba por generalizarse y convertirse en un problema.

### 2.1. Neurobiología del TAG

En los últimos años, se empieza a conocer algo más acerca de las características neuroanatómicas, neurofisiológicas y neuroquímicas del TAG, aunque todavía son pocos los estudios realizados y no todos con el suficiente rigor metodológico. De otra parte, el avance en el conocimiento psicofarmacológico está alterando la forma de concebir y tratar a este trastorno. En este apartado se revisarán algunas de estas cuestiones.

#### 2.1.1. Estructuras cerebrales

David Nutt (2001), del Departamento de Psicofarmacología de la Universidad de Bristol, sugiere una especial implicación en el TAG del córtex, el tálamo, los ganglios basales y la ínsula del lóbulo temporal, relacionando cada una de estas estructuras con un síntoma diferente (véase figura 2.1).

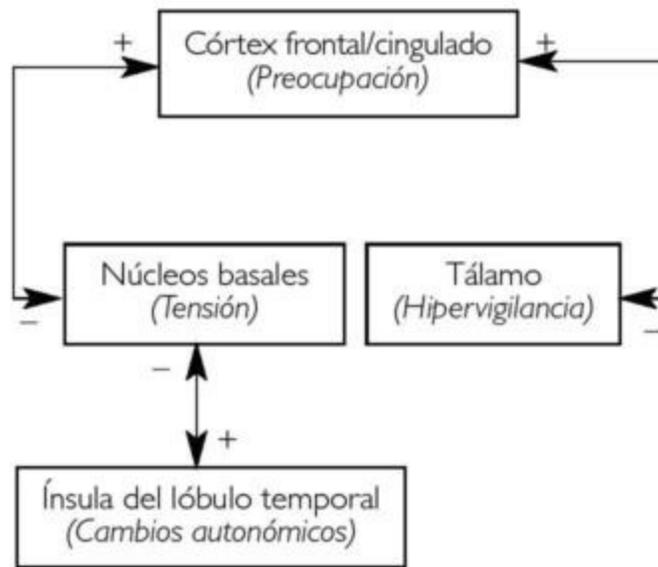


FIGURA 2.1. Circuitos cerebrales y síntomas del TAG (adaptado de Nutt, 2001:23).

#### A) El córtex y la preocupación

Diversos estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) muestran que las personas con TAG, en comparación con personas control, exhiben una mayor activación cortical, al menos un mayor consumo de glucosa, a la hora de realizar una tarea (citado por Nutt, 2001). En concreto, un simple problema matemático genera más activación eléctrica cerebral (menos ondas alfa en el lóbulo parietal) en este tipo de personas, frente a un grupo control. De igual forma, en personas sin TAG, pero a quienes se les pedía que se preocupasen durante 10 minutos, también aparece este aumento de la activación eléctrica cortical; en concreto, aumentan sus ondas beta, tanto en la región frontal como en la parietal (citado por Prados, 2002).

Estos datos sugieren, por un lado, que el fenómeno cognitivo que se designa con el término de preocupación está asociado a una activación del córtex. Y, por otro lado, que las personas con TAG parecen tener un bajo umbral de activación cortical ante una amplia gama de problemas, incluidos los que no son de carácter personal.

#### B) El tálamo y la hipervigilancia

En comparación con personas sin el trastorno, las diagnosticadas de TAG también muestran una mayor activación del tálamo ante ciertas tareas, o al menos un mayor consumo de glucosa. Parece ser que el tálamo es una estructura clave para la transmisión de información a los hemisferios cerebrales y, según Nutt (2001), podría estar relacionado con la hipervigilancia presente en el TAG.

### C) Los ganglios basales y la tensión motora

De forma similar, se ha observado que, durante una tarea de vigilancia, las personas diagnosticadas de TAG también muestran una mayor activación de los ganglios basales, en comparación con personas control. Según Nutt (2001), estas estructuras podrían relacionarse con la tensión motora característica en el TAG.

### D) La ínsula del lóbulo temporal y los cambios autonómicos

Por último, la ínsula del lóbulo temporal podría estar relacionada con los cambios autonómicos observados en el TAG (Nutt, 2001). No obstante, estos cambios son muy variables de un caso a otro; incluso, hay autores que piensan que en el TAG el cambio autonómico no es significativo (véase Borkovec, Alcaine y Behar, 2004).

## 2.1.2. Neurotransmisión

Hace unos años se creía, especialmente por parte de la psiquiatría biológica, que determinadas anomalías en los receptores cerebrales o en las enzimas intervenían en la aparición de los trastornos mentales. Pero, debido al escaso progreso obtenido a la hora de encontrar anomalías únicas, la investigación actual se está centrando en detectar factores de riesgo múltiples.

En el TAG, hoy se piensa que puede existir una cierta vulnerabilidad genética heredada. Lo que no quiere decir que se herede el trastorno, sino el funcionamiento anómalo de un conjunto de genes sobre el que actúan después influencias diversas, de carácter ambiental, psicológico o social, y que resultan en un desequilibrio de los neurotransmisores necesarios para una correcta autorregulación.

Entre los neurotransmisores que parecen jugar un papel importante en el TAG se encuentran la serotonina, la noradrenalina y, en menor medida, el ácido gamma-aminobutírico (GABA), lo que ha suscitado un cambio de perspectiva en el tratamiento farmacológico del TAG, convirtiendo a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), y más recientemente también a los inhibidores duales de la recaptación tanto de la serotonina como de la noradrenalina (IRSN), en la primera elección terapéutica (véase figura 2.2). Se hablará más específicamente de estos fármacos en el capítulo 4, dentro del apartado del tratamiento biológico del TAG.

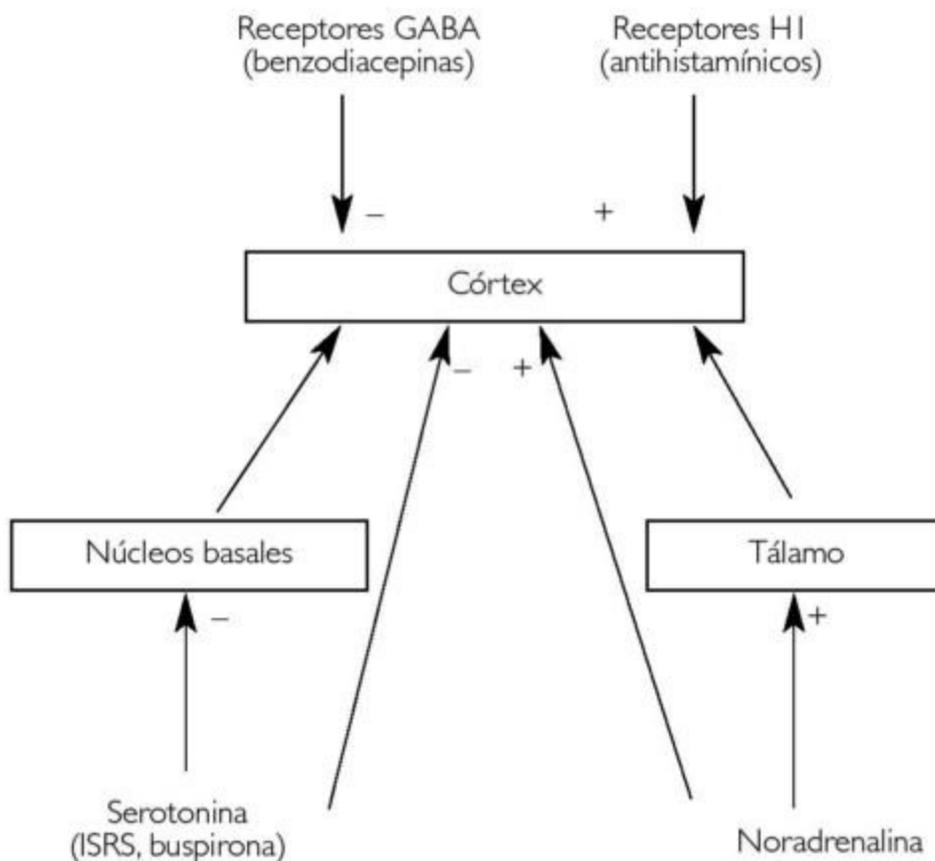


FIGURA 2.2. Acción de diferentes neurotransmisores en elTAG (adaptado de Nutt, 2001:25).

## 2.2. Modelos psicológicos

Se han señalado diferentes variables psicológicas en la génesis y el mantenimiento del TAG. Por ejemplo, los autores de orientación psicodinámica han enfatizado el papel de las situaciones traumáticas o los procesos represivos; los de orientación conductista han subrayado la función del refuerzo negativo y otros principios en el aprendizaje de determinados comportamientos, y los de orientación cognitiva se han centrado en los sesgos presentes en el procesamiento de la información, así como en los distintos fallos en el proceso de solución de problemas y en la regulación emocional.

De los muchos modelos disponibles, en este apartado se expondrán algunos de los más recientes y de mayor influencia en la investigación. Se terminará con un modelo integrador.

### 2.2.1. Modelo de Thomas D.Borkovec

## A) Primera propuesta (1986)

El profesor de la Universidad Estatal de Pensilvania, Thomas D. Borkovec, empezó a ser conocido por sus aportaciones en el ámbito de los trastornos de ansiedad. Su interés por el TAG surgió a finales de los años setenta, cuando, observando el papel de la preocupación en los trastornos de sueño, decidió, junto a su equipo, emprender una serie de investigaciones experimentales sobre el tema. Para ello, adoptando algunas pautas de la investigación en "neurosis experimental", trató de inducir el fenómeno en el laboratorio con el objetivo de observar y medir sus efectos. Sus resultados lo llevaron a postular, junto a sus colaboradores, que:

1. La preocupación consiste en el intento de anticipar, mediante imágenes y pensamientos, posibles resultados negativos relacionados con las metas diarias personales.
2. Lo que se pretende con ello es evitar la frustración que conllevaría no obtener dichas metas.
3. La preocupación puede considerarse, en cierta forma, un hábito incontrolable, que es reforzado negativamente cada vez que no ocurren los resultados anticipados. El TAG es el resultado de dicho hábito.

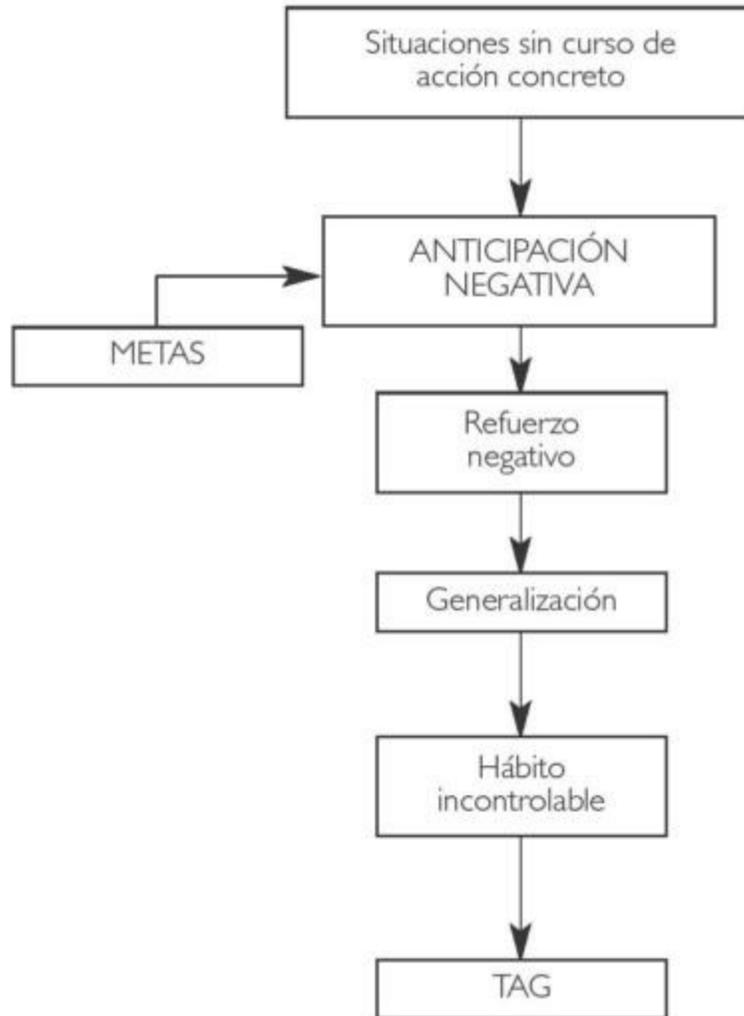


FIGURA 2.3. Modelo de Borkovec et al. (1986), adaptado.

Como puede observarse, esta propuesta mezcla elementos procedentes de diversas fuentes y teorías. Así, inspirándose en la teoría bifactorial de Mowrer, se afirma que el refuerzo negativo es el responsable del mantenimiento de la preocupación, porque las catástrofes o calamidades que una persona anticipa casi nunca suceden. Y, al mantenerse, la preocupación llega a convertirse en una especie de hábito, que acaba siendo incontrolable debido al elevado número y variedad de situaciones ante las que se presenta. Además, se genera un estado autoevaluativo que puede conducir a una "incubación del miedo"; de otra forma, que existirá una mayor perturbación emocional ante algo si previamente ha existido preocupación.

De otra parte, siguiendo el modelo cognitivo de Anderson (para quien se puede distinguir la memoria declarativa, o de sucesos autobiográficos, de la memoria procedimental, o de acciones asociadas a ciertas condiciones), se afirma que la preocupación suele ocurrir ante situaciones que no tienen un curso de acción concreto en

memoria. Y, quizá, la particularidad de las preocupaciones se deba a que existe en memoria declarativa un marco verbal y un modelo visual relacionado con cada suceso preocupante. De esta forma, el carácter intrusivo de la preocupación podría representar la activación de un área de preocupación que, al propagarse, inhibiera a su vez a otras áreas. De forma muchísimo más simple, que, para que un episodio de preocupación cese, es necesario un estímulo lo suficientemente relevante como para activar las zonas de memoria libres.

Por último, siguiendo las teorías tanto de Greenwald, como la de Wicklund y Gollwitzer, se propone un contexto motivador para el fenómeno de la preocupación. En concreto, que la preocupación puede originarse por una frustración anticipada, la que conllevaría no alcanzar determinadas metas personales. De este modo, el fenómeno de la preocupación puede concebirse como un proceso de anticipación de sucesos o situaciones que amenazan las metas u objetivos personales. Y el tipo de preocupaciones que se experimente dependerá de si la persona tiene una orientación más intrapersonal (con una mayor necesidad de logro), o una orientación más social (con una mayor necesidad de aprobación).

#### Limitaciones del modelo

Como el lector podrá observar, esta primera propuesta de Borkovec y colaboradores se inspira en teorías muy diferentes. Pero los autores se han limitado a adaptar dichas teorías al contexto de la preocupación sin hacer un esfuerzo de reelaboración, ni de síntesis, en un nuevo modelo, único, que describa y explique de forma satisfactoria el fenómeno y que sea capaz de generar predicciones exactas y falsables. Sorprende también que los autores pasen por alto las numerosas críticas que dichas teorías han suscitado. Por ejemplo, la teoría bifactorial de Mowrer, criticada tanto por investigadores del aprendizaje animal como por especialistas en psicopatología, quizá no es la más adecuada para explicar la preocupación. En primer lugar, porque, en dicha teoría, el pensamiento es un mero epifenómeno de la activación fisiológica y del comportamiento observable. Y, en segundo lugar, aunque sea cierto que la omisión de un daño anticipado puede funcionar como reforzador, resulta extraño leer que lo reforzado es la anticipación misma. Además, en el proceso de la preocupación no sólo se anticipa un suceso, tal como ocurriría con los fenómenos descritos por el condicionamiento clásico, sino que también se anticipan las consecuencias que dicho suceso tendría, así como la planificación de la propia acción.

#### B) Segunda propuesta (1990)

Con nuevos datos, Borkovec y su equipo comienzan a entender de forma diferente el fenómeno de la preocupación. En concreto, en una segunda propuesta, se postula que

1. la preocupación no es más que el intento de inhibir las consecuencias emocionales

que siguen a las imágenes de miedo;

2. el mantenimiento de la preocupación se explica porque dicha evitación impide el procesamiento adecuado de la estructura cognitivo-afectiva del miedo. El TAG se produciría por un fallo en la regulación emocional.

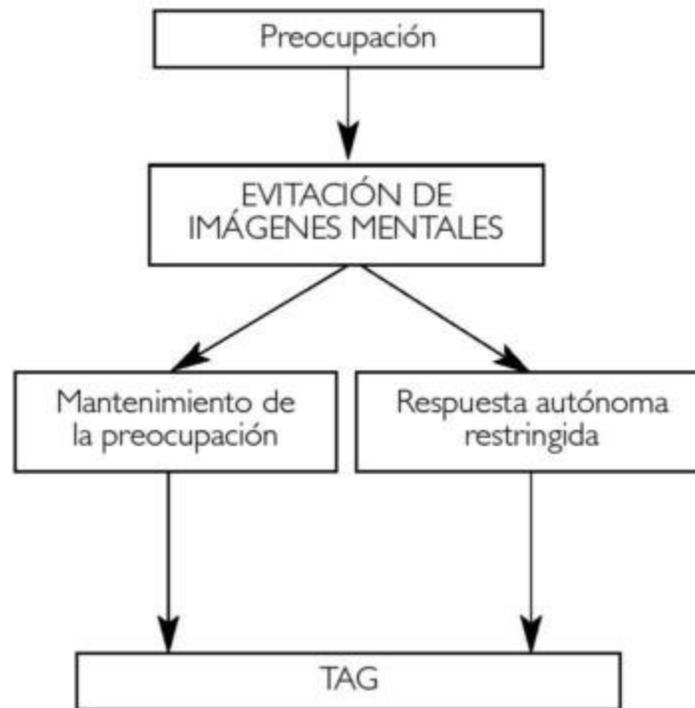


FIGURA 2.4. Teoría de la preocupación como evitación (adaptado, Borkovec et al., 2004).

Este planteamiento empezó a generarse en la década de los noventa y recibe el nombre de teoría de la preocupación como evitación ("Avoidance Theory of Worry"; véase Borkovec, Alcaine y Behar, 2004).

Para llegar a esta nueva concepción, Borkovec y su equipo relacionan varios datos empíricos. Por un lado, que un episodio de preocupación inducida no parece aumentar significativamente la actividad cardiovascular pero sí la actividad cerebral, tanto del lóbulo frontal como del hemisferio izquierdo. Por otro lado, que un episodio de preocupación inducida supone un incremento de la "actividad lingüística interna" en comparación con el número de "imágenes mentales" que se experimentan; de hecho, las personas diagnosticadas de TAG, incluso cuando están relajadas, dicen tener un continuo monólogo y pocas imágenes mentales concretas. Esta proporción, entre autodiálogo e imágenes mentales, parece igualarse tras recibir terapia cognitivo-conductual.

Los autores intentaron poner a prueba la primera hipótesis. En concreto, Borkovec y Hu (1990, citados en Borkovec et al., 2004) seleccionaron de entre sus estudiantes a aquellas mujeres que decían tener mucho miedo a hablar en público. Antes de hacerles imaginar que debían dar una conferencia, se les asignó a tres grupos, cada uno de los cuales escuchó mensajes que podían ser neutrales (grupo 1), relajantes (grupo 2), o relacionados con la preocupación por tener que hablar en público (grupo 3). Resultó que el grupo 3 fue el que, al imaginar la escena, más miedo expresó tener, pero, curiosamente, fue el que menor cambio cardíaco obtuvo. Así, según los autores, la preocupación podría funcionar como un "inhibidor" de la respuesta cardiovascular ante determinadas imágenes mentales amenazantes. Además, dicha inhibición dificultaría el acceso a la "estructura cognitivo-afectiva del miedo" (siguiendo la expresión de Foa y Kozak); se explicaría así el mantenimiento de la preocupación y la aparición de pensamientos indeseados.

### Limitaciones del modelo

Como puede apreciarse, este modelo subraya los aspectos funcionales del proceso de la preocupación, lo cual, además de importante, es necesario. Sin embargo, se podría objetar que la hipótesis propuesta (que la preocupación sirva para inhibir las consecuencias emocionales que siguen a las imágenes de miedo) puede no ser una conclusión necesaria de los resultados obtenidos. Por ejemplo, valdría pensar que los datos simplemente reflejan el efecto de una habituación en el grupo preocupado, ya que ha podido producirse un descenso de la ocurrencia de la respuesta al haber existido un contacto repetido con la misma estimulación. Por otro lado, es sabido que la "preparación" produce deceleración cardíaca, por lo que podría ser que el grupo preocupado esté simplemente más "preparado" que el no preocupado para experimentar las imágenes mentales. Por último, si la preocupación sirviera efectivamente para evitar las consecuencias emocionales, ¿por qué se mantiene entonces la experiencia subjetiva de malestar? ¿Por qué las imágenes que siguen a la preocupación no producen menos aversión que las que siguen a la relajación?

En todo caso, el aparente predominio "verbal" en la preocupación bien pudiera reflejar el intento de la persona para solucionar el problema, para predecir acontecimientos o para explicarse sucesos imprevistos. "¿Qué ha pasado? ¿Por qué no ha venido? ¿Le habrá pasado algo?", son preguntas típicas que se hace alguien preocupado por la tardanza de otra persona. Igual que la pregunta "¿qué voy a hacer si...?", muy frecuente en personas que se sienten incompetentes para resolver problemas.

Además de estas consideraciones teóricas, existen problemas metodológicos. En concreto, en el estudio presentado no se controló la habilidad imaginativa de las participantes; además, éstas sabían en todo momento que se trataba de una situación imaginada y que no iban a tener que hablar en público. De hecho, el efecto no se ha encontrado cuando la situación era real. Por otro lado, se ha sugerido que, si se

emplearan procedimientos más sensibles de registro, se observaría que esta preocupación sí produce una aceleración de la tasa cardíaca (Laguna et al., 2004).

En resumen, esta propuesta parece, del todo, forzada. Ni los resultados han sido obtenidos de forma rigurosa, ni las conclusiones inferidas parecen unívocas, ya que los resultados podrían explicarse de forma alternativa.

### 2.2.2. Modelo de David H.Barlow

El ahora profesor de la Universidad de Boston, y afamado especialista en trastornos de ansiedad, David H.Barlow, se inició profesionalmente aplicando la técnica de la desensibilización encubierta en la disfunción sexual masculina. En ese ámbito, observó que una preocupación recurrente de los hombres con este trastorno era la de no llegar a ser capaces de eyacular durante el coito. Algo más tarde, y para intentar explicar cómo se forman estas y otras preocupaciones, Barlow (1988) propuso la participación de ciertos esquemas de pensamiento relacionados con el fallo o la incapacidad anticipada; una vez iniciada la preocupación, ésta puede volverse patológica si deja de controlarse y comienza a interferir con el funcionamiento diario. En el caso del TAG, esto es precisamente lo que ocurre.

Como puede observarse en la figura 2.5, el proceso que Barlow sugiere es el siguiente:

1. Se evocan ciertas proposiciones ansiosas a partir de una situación concreta.



FIGURA 2.5. Modelo de Barlow (1988:250).

2. Ello genera un estado de afecto negativo.
3. Este estado afectivo desplaza la atención hacia uno mismo.
4. La activación aumenta, y con ella la autoevaluación.
5. Se activa un esquema aprensivo de incapacidad futura.
6. Se activa la preocupación.
7. Con la preocupación, puede producirse un fallo en el rendimiento.

Según este modelo, hay situaciones que evocan proposiciones ansiosas de la

memoria, provocando una sensación de no poder controlar, o no poder predecir, dicha situación. Hay personas con una vulnerabilidad especial para ello, bien por su constitución biológica (vulnerabilidad biológica), bien por sus experiencias vitales previas con otros sucesos incontrolables (vulnerabilidad psicológica).

Cuando una persona alcanza dicho estado afectivo, también comienza a prepararse para la acción. Pero, debido a la activación fisiológica que se experimenta, se genera un cambio de atención hacia uno mismo, que a su vez aumenta la activación. Cuando la persona es consciente de dicho estado, se activa un esquema aprensivo de incapacidad, y éste genera un estrechamiento de la atención con "hipervigilancia" que desemboca en la preocupación (o cognición "caliente" incontrolable, como la denomina Barlow).

Según este modelo, la intensidad de la preocupación dependerá de varios factores; entre ellos: el contexto situacional, la presencia de proposiciones alternativas, y también la cantidad de activación fisiológica subyacente. Una vez que la preocupación alcanza su máxima intensidad, es posible que se produzca una interferencia con el rendimiento, debido fundamentalmente a una falta de concentración. En ese caso se puede decir que la preocupación se ha convertido en disfuncional. En ocasiones, en vez de interferencia lo que se produce es una evitación de la situación. Por ejemplo, preocuparse por una mala realización sexual puede hacer que una persona rechace el coito; o preocuparse por suspender un examen puede desanimar de tal forma a la persona que ni siquiera se presente a la prueba.

### Limitaciones del modelo

Una de las principales limitaciones de este modelo es terminológica. Por ejemplo, cuando se utiliza el término "proposición", no se explica en ningún momento a qué se refiere, si a una representación interpretativa de naturaleza abstracta y contrapuesta al concepto de imagen, o más bien a una alternativa al concepto de pensamiento. Aun así, lo que debería explicar Barlow es por qué y cómo se evoca este tipo de proposiciones.

Otro asunto importante que deja sin contestar este modelo es por qué la preocupación deja de controlarse, y cuál es la conexión entre este proceso y el desarrollo del TAG. Recientemente, Barlow y Durand (2003: 118) han apuntado que el TAG resulta de una inadecuada solución de problemas ante el procesamiento cognitivo intenso, por un lado, y de una respuesta autónoma restringida, por otro, siguiendo en este punto a Borkovec.

### 2.2.3. Modelo de Frank Tallis y Michael Eysenck

Frank Tallis fue uno de los primeros doctorandos europeos que investigó los procesos involucrados en la preocupación normal y patológica. Junto a Michael Eysenck, de sobra conocido tanto por su apellido como por sus propias investigaciones, propuso que la

preocupación es el resultado de un proceso evaluativo. Y que no conseguir afrontar los recurrentes episodios de preocupación es lo que puede conducir al desarrollo del TAG (Tallis y Eysenck, 1994).

Como el lector observará en la figura 2.6, este modelo consta de tres etapas: una primera fase de evaluación, otra de activación de la preocupación y una última de afrontamiento.

#### A) Etapa de evaluación

Basándose en el conocido modelo de Richard Lazarus, los autores proponen que la percepción inicial de una amenaza se relaciona con la evaluación de cuatro condiciones: a) el "coste personal" que dicha amenaza pueda suponer, b) la probabilidad de que realmente ocurra, c) lo inminente que pueda ser y d) la capacidad percibida para hacerle frente.

Así, habrá una mayor percepción de amenaza cuanto mayor sea el "coste personal" evaluado; esto es, el número de metas que estén amenazadas, la importancia de las mismas, o su grado de disponibilidad una vez que ocurra lo que se teme. Por ejemplo, si una pareja está pensando en separarse debido a los problemas de su relación, el "coste" percibido dependerá del número de metas amenazadas (entre otras: compañía, satisfacción sexual, felicidad de los hijos, etc.), la importancia de cada una de ellas, y si se podrá o no acceder a ellas tras la separación.

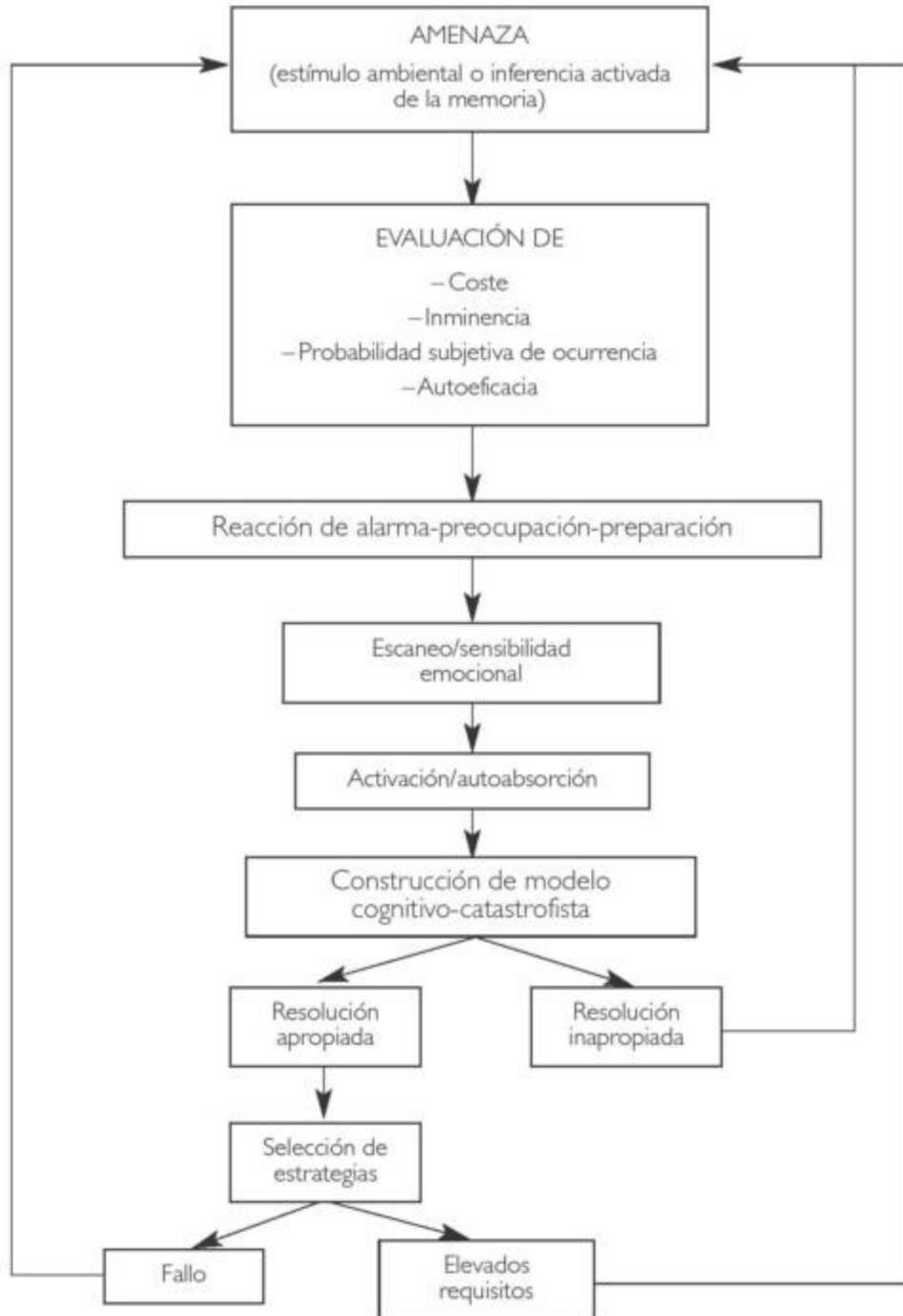


FIGURA 2.6. Modelo de Tallis y Eysenck (1994:49).

De forma parecida, también habrá una mayor percepción de amenaza cuanto más probable, más inminente o más irresoluble se crea lo que se teme.

## B) Etapa de activación de la preocupación

Una vez activada la preocupación, ésta puede funcionar inicialmente como alarma, como señal o como preparación. Con otras palabras, que la preocupación podría contribuir inicialmente a que la persona identifique una amenaza y se prepare para hacerle frente. Si la persona no responde, entonces aparecerán imágenes y pensamientos, más o menos conscientes, que irán cambiando para lograr un nivel constante de novedad; no obstante, el número y la frecuencia de estas imágenes y pensamientos dependerán del grado de amenaza percibida.

También se producirá un incremento de la activación, y de la autoobservación, por lo que la persona estará especialmente "sensible"; en un estudio de Mathews y Klug (1993, citado por los autores), personas preocupadas por su relación sentimental mostraron interferencia en una tarea tipo Stroop tanto con la palabra "pelea" como con la palabra "romántico", que no designa a priori algo amenazador.

### C) Etapa de afrontamiento

Tras la construcción de lo que los autores denominan "modelo cognitivo-catastrofista", que implica esa sucesión de imágenes y pensamientos antes descrita, la mucha o poca habilidad que tenga la persona para resolver problemas, en general, influirá en que la preocupación se mantenga o no. Los autores se apoyan en dos estudios: en el primero, se observó que las personas que se consideraban preocupadizas fueron peores solucionando problemas que el grupo control y, en el segundo, se observó que la frecuencia de la preocupación se asocia con el tiempo empleado en resolver los problemas diarios.

Pero la preocupación también puede mantenerse si la solución precisa de un número elevado de requisitos. En un experimento realizado por los autores, se encontró que, ante una tarea de búsqueda de letra en un ordenador, las personas preocupadizas tardaron más en afirmar la ausencia de la letra buscada que un grupo control, y estas diferencias no se produjeron cuando la tarea consistió en detectar la presencia de dicha letra.

### D) Limitaciones del modelo

Evidentemente, este modelo se basa en la perspectiva interactiva del estrés, para la que éste no es una función directa de los estímulos ambientales sino de, por un lado, la interpretación que la persona hace de ellos y, por otro, de la capacidad percibida para hacerles frente. Y, a partir de ahí, apelando a fallos recurrentes en el proceso de solución de problemas, se pretende explicar la aparición del TAG.

Pero se podría objetar que el término "evaluación", a nuestro parecer, implica necesariamente conciencia, y que postular un proceso no consciente y mediante el que ocurren tantas "evaluaciones" como las que señalan los autores parece, cuando menos,

paradójico. De existir, dicha evaluación debe de ser más rápida y simple de lo que pudiera pensarse. Además, la evidencia que aportan los autores de cada una de las variables implicadas en la etapa evaluativa ni es rigurosa, ni es concluyente.

Una última limitación de este modelo es que algunas investigaciones posteriores han matizado que lo verdaderamente esencial no es tanto la habilidad en sí de solucionar problemas como la autoconfianza para conseguirlo (véase, por ejemplo, el estudio de Davey, Jubb y Cameron, 1996).

#### 2.2.4. Modelo de Andrew K. MacLeod

Profesor de la Universidad de Londres, Andrew K. MacLeod ha centrado algunas de sus investigaciones en intentar explicar por qué las personas con tendencia a la preocupación suelen creer que las calamidades anticipadas acabarán ocurriendo. Siguiendo a Tversky y Kahneman, para quienes los juicios de probabilidades son una función de la facilidad con la que se recuerdan o construyen ejemplos relevantes (heurístico de disponibilidad), el autor sugiere que

- 1.a las personas con tendencia a la preocupación les cuesta muy poco construir ejemplos relevantes de un suceso negativo; y
- 2.dicha facilidad quizá se deba a que continuamente encuentran razones por las cuales ese suceso negativo podría ocurrir (MacLeod, 1994).



FIGURA 2.7. Modelo de MacLeod (1994: 123).

En un estudio, se pidió a los participantes que evaluaran la probabilidad de ocurrencia de varios sucesos; en concreto, perder la salud, tener un accidente o que algún familiar lo tenga, ser robado, ser criticado o despreciado, tener problemas económicos, no saber asumir responsabilidades, no saber desenvolverse socialmente y no saber razonar adecuadamente. El subgrupo con mayor puntuación en el STAI, frente al de menor puntuación, otorgó a dichos sucesos una mayor probabilidad de ocurrencia y ofreció más razones por las que éstos pudieran ocurrir. Sin embargo, e inesperadamente, también dio más razones en contra, aunque dijo que le resultaba más difícil pensar en ellas.

#### Limitaciones del modelo

Aunque esta propuesta podría ser un interesante complemento de algunos modelos precedentes, el estudio en el que se basa es de tipo cuasi experimental, la muestra es pequeña y el instrumento utilizado para seleccionarla quizá no haya sido el más adecuado. Además, quedan por explicar dos hechos: uno, que las personas con alta puntuación en el STAI den también más razones por las que los sucesos podrían no ocurrir y, dos, que, cuando lo que se evalúa es, no cualquier evento, sino una

preocupación personal, este juicio no es diferente entre muestras clínicas y no clínicas (Craske, Rapee, Jackel y Barlow, 1989).

Quizá la relación entre la tendencia a la preocupación y la probabilidad subjetiva de ocurrencia de ciertos sucesos negativos esté modulada por el afecto, el recuerdo o la motivación, variables que habría que controlar en un estudio riguroso sobre el tema.

#### 2.2.5. Modelo de Adrian Wells

Profesor en la Universidad de Manchester, Adrian Wells es uno de los especialistas en ansiedad generalizada más prolíficos. Para él, la principal característica del TAG no es tanto la preocupación excesiva por numerosos asuntos cotidianos sino el temor que se experimenta por dicha preocupación excesiva y por sus consecuencias. Wells denomina "metapreocupación" a esta peculiaridad y cree que ella debe ser el objetivo principal del tratamiento psicológico (Wells, 1995 y 2005).

Como puede apreciarse en la figura 2.8, Wells distingue entre dos tipos de preocupación: el primero consiste en una evaluación negativa, continuada y persistente de algún asunto concreto, social o físico y el segundo, o "metapreocupación", aparece cuando el objeto de la evaluación es la propia preocupación.

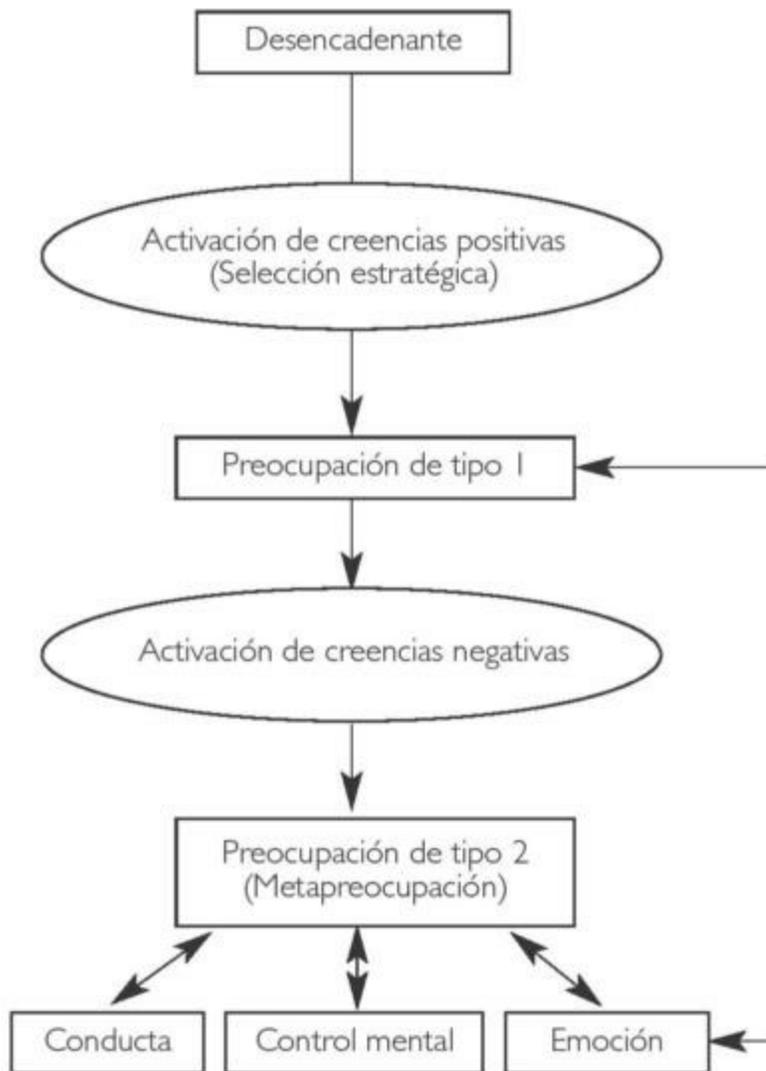


FIGURA 2.8. Modelo deWells (1999:530).

### A) Activación de la preocupación de tipo 1

Antes de automatizarse debido a la práctica repetida, el inicio de una preocupación de tipo 1 viene determinado por la activación de una serie de creencias que han podido desarrollarse en la interacción familiar y que consideran que preocuparse sirve para algo (para anticipar un peligro, para prepararse ante un suceso, para motivarse, etc.). Wells las denomina "creencias positivas". Así, la preocupación pudiera ser un proceso estratégico que se utiliza con la intención de anticipar resultados negativos, ensayar conductas de afrontamiento o, incluso, controlar otro tipo de pensamientos no deseados, ya que, preocupándose por algún asunto cotidiano, la persona se olvida momentáneamente de cuestiones importantes en las que no desea pensar.

Pero el uso estratégico de la preocupación es problemático porque genera una

sensación de vulnerabilidad y exagera la intrusión de pensamientos no deseados.

## B) Activación de la preocupación de tipo 2

Las consecuencias que la persona atribuye al proceso de la preocupación no son únicamente positivas, como es obvio. Cuando las preocupaciones que se experimentan son excesivamente frecuentes, duraderas o intensas, se generan creencias que Wells califica como "negativas". Determinados sucesos vitales e incluso experiencias vicarias facilitan su aparición; el autor relata, en ese sentido, cómo aparecieron este tipo de creencias en una mujer cuyo padre sufrió un trastorno psicológico años antes.

Estas creencias negativas, una vez establecidas, hacen que la persona se empiece a preocupar de su propia preocupación y que la evalúe como incontrolable y peligrosa ("no puedo dejar de preocuparme", "como siga preocupándome me voy a volver loco", etc.). Esta evaluación, que Wells denomina metapreocupación, es consecuencia de la activación de dichas creencias negativas. Pero la metapreocupación intensifica la respuesta emocional, que puede llegar incluso al ataque de pánico, y conlleva un intento desesperado por controlarse. Si los comportamientos frecuentes ante la preocupación de tipo 1 son la evitación, la hipervigilancia, la comprobación y el autocontrol comportamental, en la metapreocupación la persona intentará, sobre todo, evitar o suprimir su preocupación. Pero el problema es que dicho intento puede producir un efecto rebote, tal como se viene demostrando de forma experimental. Y la falta de control acabará propiciando una exacerbación de la experiencia emocional y una interferencia en la conducta habitual de la persona.

Para Wells, el cese de la preocupación sólo es posible mediante la aparición de otro suceso, incompatible, que sea capaz de distraer a la persona o de aportarle información adicional, útil para eliminar la incertidumbre existente.

## C) Limitaciones del modelo

El modelo de Wells pretende, muy acertadamente en nuestra opinión, una aproximación metacognitiva al fenómeno de la preocupación normal y patológica y se suma así a una incipiente línea de investigación sobre el vínculo entre el afecto, la metacognición y el cambio. Sin embargo, no todas las ideas propuestas por el autor cuentan con suficiente apoyo empírico. Por ejemplo, es verdad que hay personas que expresan el tipo de creencias positivas que dice Wells:

Me preocupo incluso cuando no hay nada por lo que preocuparse. Es como si yo fuera el tipo de persona que tiene que preocuparse. Incluso creo que si no me preocupara seguro que me ocurrirían todas las cosas malas (adaptado de Hallowell, 1997: 45).

Pero ni todas las personas preocupadizas manifiestan este tipo de creencias (algunos estudios, de hecho, no han encontrado diferencias entre muestras clínicas y no clínicas), ni tienen por qué ser las responsables de la activación de la preocupación. El supuesto según el cual la preocupación surge tras la activación de creencias positivas no ha podido ser corroborado de forma experimental.

Una alternativa que podría barajarse es que estas creencias positivas funcionen más como una consecuencia del proceso que como una causa; esto es, que le sirvieran a la persona para justificarse ante sí misma por tanta preocupación. Pero ésta es una cuestión que también deberá dilucidar la investigación futura.

#### 2.2.6. Modelo de Joachim Stóber

Ahora en el Departamento de Psicología de la Universidad de Kent, en Inglaterra, Joachim Stóber es otro autor cuya tesis doctoral trató sobre la preocupación normal y patológica. Según él, lo característico de esta última es su contenido poco concreto, es decir, "poco singular, claro, inequívoco y específico a una situación" (Stóber y Borkovec, 2002: 92); por ejemplo, cuando una persona manifiesta preocuparse de que a su hijo "le pase algo", ese "algo" no es todo lo concreto que podría ser. Porque ¿a qué se refiere exactamente?

La principal consecuencia es que, cuanto menos concreto sea el contenido de la preocupación, más difícil resultará solucionar el problema subyacente, lo que contribuirá a que ésta se perpetúe.

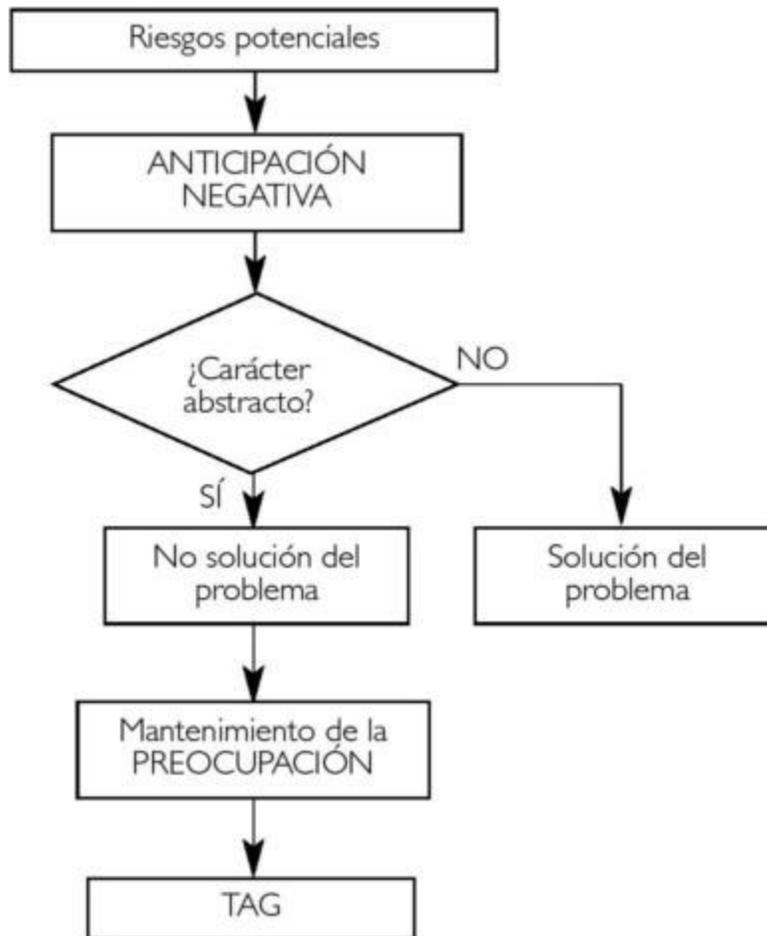


FIGURA 2.9. Modelo de Stóber (1998), adaptado.

Según esta propuesta, el proceso de preocupación se inicia cuando existen riesgos potenciales para que ocurra algo indeseado y, además, las consecuencias de que ocurra sean importantes para la persona. Por ejemplo, preocuparse por "fallar en el trabajo" surgirá más fácilmente ante ciertas condiciones (como "no haber dormido en toda la noche", "tener un ambiente muy ruidoso"), y sólo si son personalmente relevantes las posibles consecuencias ("mis compañeros pensarán mal de mí", "mi jefe me gritará", "me pueden despedir"). Una vez generada, la preocupación se mantiene en función de lo poco concreto que sea lo que se anticipa, quizá porque ello dificulta el proceso de resolución de problemas.

Hay dos conjuntos de datos que avalan parte de esta propuesta. En una serie de investigaciones, se presentó una lista de sentencias del WDQ (véase descripción de este instrumento en el capítulo 3) a estudiantes universitarios que debían escribir posibles antecedentes y consecuentes para cada una de ellas; los resultados mostraron una relación entre la puntuación en este instrumento y elaboraciones poco definidas (evaluadas por jueces ajenos al propósito del estudio). Incluso, las elaboraciones sobre

cuestiones por los que los participantes se preocupaban poco fueron menos concretas que las elaboraciones de temas sobre los que los participantes no se preocupaban en absoluto.

Por otro lado, también se ha observado en personas diagnosticadas de TAG que los problemas que anticipan, en comparación con un grupo control, son más bien abstractos (del tipo "puede que me meta en un lío"), lo que parece corregirse después de recibir terapia cognitivo-conductual (Stóber y Borkovec, 2002).

### Limitaciones del modelo

Por un lado, los estudios aportados en favor de esta propuesta ni resultan concluyentes ni están exentos de problemas metodológicos. Por otro lado, la conclusión teórica de que "el TAG aparece porque no se solucionan las preocupaciones", y que no se solucionan "por tener un carácter abstracto", es demasiado vaga y deja bastantes e importantes cuestiones pendientes. En primer lugar, ¿cómo aparece la abstracción? ¿Refleja una cierta generalización de situaciones preocupantes, una disposición vigilante respecto al más mínimo suceso negativo, o qué? En segundo lugar, ¿qué ocurre con las preocupaciones concretas? ¿Por qué tampoco se resuelven adecuadamente? Por ejemplo, una preocupación recurrente e irresuelta de uno de nuestros casos, la señora L, era la de que su hermano, conductor de autobuses, tuviera un accidente. Pero su preocupación aumentaba con "riesgos" concretos: "ha comido mucho antes de salir", "no ha descansado en todo el día", etc.

#### 2.2.7. Modelo de Michel Dugas

En la actualidad, Michel Dugas es profesor de la Universidad de la Concordia, en la ciudad canadiense de Montreal, y forma parte de un prolífico equipo de investigación sobre el TAG. Según dicho equipo, la principal característica de este trastorno es la reducida tolerancia a la incertidumbre; en otras palabras, que una de las principales amenazas para alguien con TAG es la propia incertidumbre. Además, otras características son la presencia de determinadas creencias erróneas sobre la utilidad de la preocupación, una defectuosa orientación de los problemas y un estilo cognitivo de evitación (Dugas et al., 1998 y 2005).

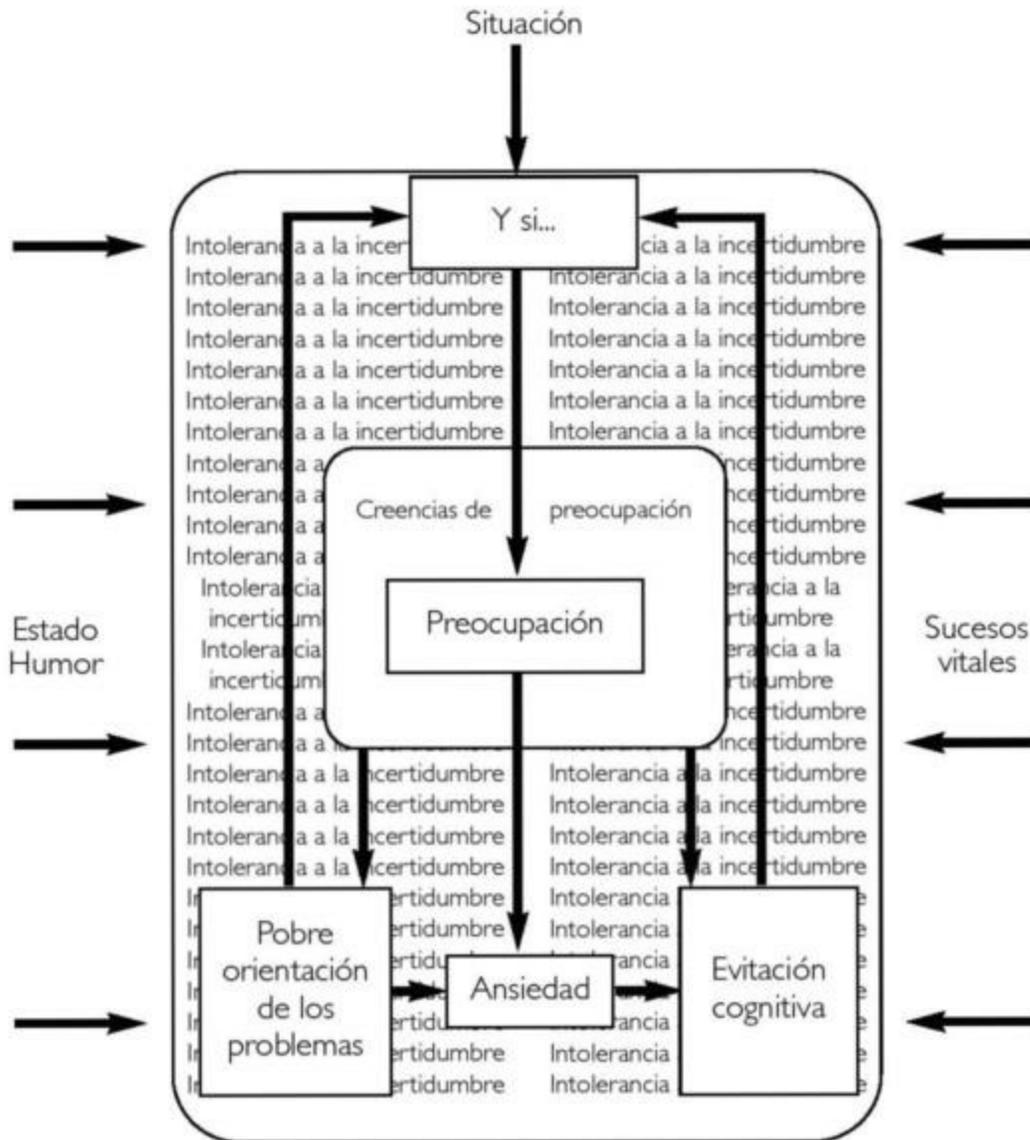


FIGURA 2.10. Modelo de Dugas et al. (1998:216).

### A) Intolerancia a la incertidumbre

Con la expresión intolerancia a la incertidumbre los autores entienden la "predisposición a reaccionar negativamente ante una situación incierta, independientemente de su probabilidad de ocurrencia y de sus consecuencias asociadas" (Ladouceur, Gosselin y Dugas, 2000: 937). Esta variable podría actuar como precursora de la aparición de pensamientos del tipo "y si...", gracias a los cuales se desencadena el proceso de la preocupación.

El apoyo a esta afirmación proviene en su mayoría de estudios correlacionales, aunque los autores también realizaron un estudio experimental. En concreto, se planteó a

estudiantes universitarios la tarea de apostar por una de las tres columnas de números del juego de la ruleta con el objetivo de, tras 15 ensayos, superar una asignación inicial de dinero; si lo conseguían, el importe recaudado sería donado a una fundación infantil; si no lo conseguían, perderían esa oportunidad. Para manipular el grado de tolerancia a la incertidumbre, los sujetos fueron asignados de forma aleatoria a dos grupos: a uno se le dijo que "era una lástima no poder apostar por el color" (ya que la probabilidad de ganar dinero hubiera sido mayor), y al otro se le dijo que "era una suerte no tener que apostar por ningún número concreto" (ya que la probabilidad de ganar dinero hubiera sido mucho menor). Comprobado que el procedimiento modificaba el grado de tolerancia a la incertidumbre, los resultados mostraron que el primer grupo dijo preocuparse más que el segundo por conseguir el dinero (Ladouceur, Gosselin y Dugas, 2000).

## B) Creencias positivas

De forma similar al de Wells, este modelo también sugiere que las creencias positivas en torno a la preocupación participan en el desarrollo del TAG. Pero desgraciadamente, igual que en dicho modelo, sólo se ofrece evidencia correlacional. En concreto, lo que se ha observado es una relación entre la tendencia a la preocupación según la mide el PSWQ (Meyer et al., 1990) y la evaluación positiva de la preocupación, medida tanto con la escala WW (Freeston et al., 1994) como con un procedimiento de entrevista (Francis y Dugas, 2004) (véase descripción de estos instrumentos en el capítulo 3). Pero podría ser que la construcción de estas medidas esté sesgada.

## C) Orientación inadecuada de los problemas

Según el modelo, la preocupación se perpetúa cuando existe una mala orientación de los problemas, es decir, si la persona evalúa el problema como una amenaza intolerable y no confía apenas en poder solucionarlo.

## D) Evitación cognitiva

Y, siguiendo una vez más a Wells, se postula que una de las estrategias habituales que las personas con TAG utilizan es la de intentar evitar los pensamientos. Pero ello produce un paradójico efecto rebote que mantiene la preocupación, como se viene comprobando de forma experimental.

## E) Limitaciones de este modelo

En primer lugar, podríamos repetir aquí algunos de los comentarios ya realizados sobre otros modelos, en especial los referidos a los defectos metodológicos. Por ejemplo, en el interesante estudio experimental presentado se utilizó una variable dependiente poco fiable (de sólo tres ítems), y el diseño que se usó (unifactorial de dos grupos

aleatorizados) no es precisamente el más adecuado para poner a prueba el elemento central de una teoría.

En el plano teórico, hay que decir que un conocimiento más profundo del fenómeno de la preocupación quizá requiera una mejor comprensión de las variables implicadas y de la relación que éstas tengan entre sí. Por ejemplo, la propia intolerancia a la incertidumbre podría relacionarse con la sensibilidad a la amenaza, por un lado, y con la búsqueda de seguridad característica del TAG, por otro.

#### 2.2.8. Modelo de Graham C.L.Davey

Profesor de la Universidad de Sussex, en Inglaterra, y especialmente conocido por sus aportaciones a la perspectiva cognitiva del condicionamiento, Graham Davey es otro autor que se ha interesado por el fenómeno de la preocupación.

En sus primeros estudios, enmarcados dentro del paradigma del condicionamiento clásico, proponía que la preocupación era algo así como un "repaso del estímulo incondicionado". Pero en sus últimas investigaciones Davey sugiere que, en definitiva, la persona preocupadiza enfoca su preocupación como un proceso de solución de problemas, y lo hace a través de una regla implícita: la de generar tantas consecuencias negativas como sea posible, con el objetivo de prevenir o evitar situaciones problemáticas que no cree poder solventar (Davey, 2006).

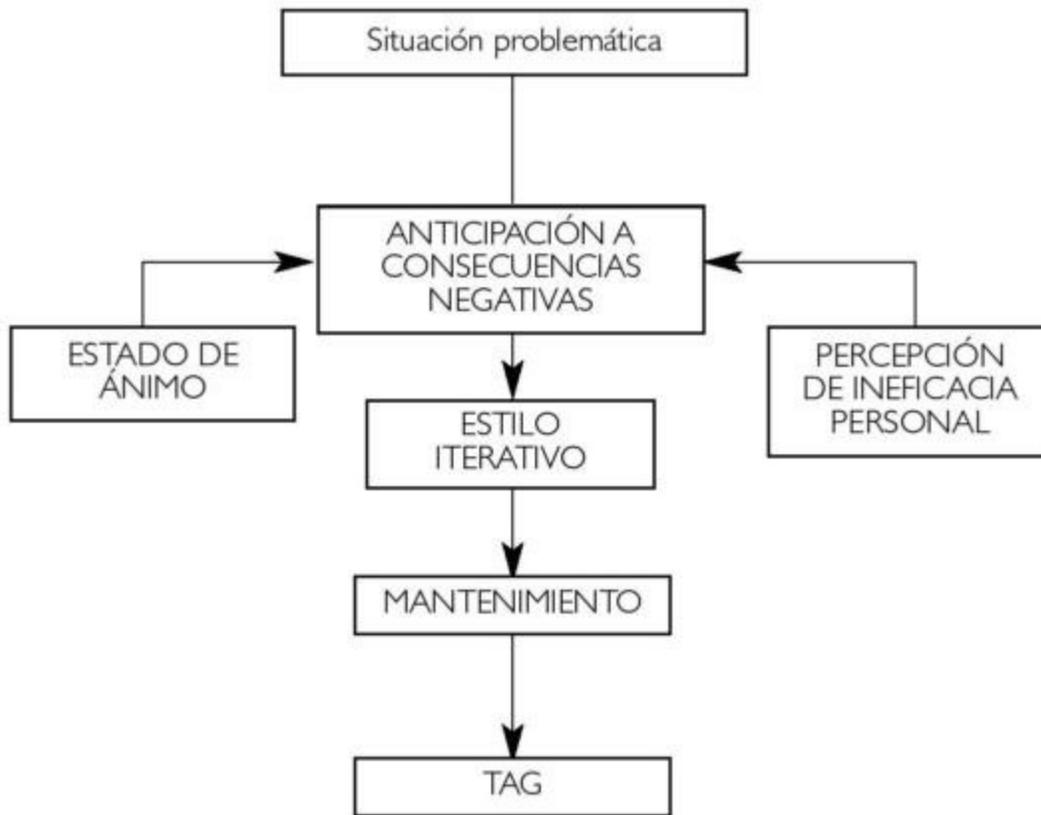


FIGURA 2.11. Modelo de Davey (2006), adaptado.

Davey empieza distinguiendo empíricamente entre el constructo de preocupación y el de ansiedad, y concluye que el primero se relaciona más con un intento infructuoso de solución de problemas que con un estado emocional. Además, si el problema no se resuelve adecuadamente, no es tanto por falta de habilidad, como por mera desconfianza en uno mismo (Davey, Jubb y Cameron, 1996).

Por otro lado, las personas con tendencia a la preocupación parecen tener un estilo "iterativo" que los lleva a anticipar sin cesar las distintas consecuencias que un suceso dado pueda tener. Es como si se guiaran por una regla implícita, y que funciona ante sucesos tanto de carácter negativo como positivo. Además, utilizan el estado anímico como una fuente de información adicional.

### Limitaciones del modelo

De todas las propuestas teóricas presentadas, la de Davey es la más inductiva de todas porque su construcción ha sido guiada empíricamente y de manera gradualmente acumulativa. De forma muy resumida, lo que viene a decir este modelo es: primero, que la preocupación puede considerarse como un proceso de solución de problemas y, segundo, que la aparente reiteración del sujeto preocupadizo depende de una regla

implícita según la cual deben generarse tantas consecuencias como se pueda.

Aunque la primera afirmación tiene sentido, esta concepción de la preocupación es parcial porque deja fuera a todas aquellas preocupaciones que no se refieren a situaciones problemáticas: más del 50% según algunas investigaciones (Szabó y Lovibond, 2002). Respecto a la segunda afirmación, varias son las cuestiones que sugiere. En primer lugar, puede que no sea extensible a sujetos clínicos ya que Davey y sus colaboradores utilizan exclusivamente muestras de estudiantes universitarios. En segundo lugar, y más importante, en el caso de que exista dicha regla, ¿por qué es utilizada por las personas preocupadas? ¿Cómo se ha desarrollado? Davey postula una razón: por la baja confianza a la hora de solucionar problemas. Pero ello aún no se ha comprobado de forma experimental.

### 2.3. Un modelo integrador

A lo largo del presente capítulo se han examinado de forma crítica diversas propuestas teóricas que intentan describir o explicar el TAG. En este apartado, se procurará hacer un esfuerzo integrador de todas ellas, superando en lo posible sus numerosas limitaciones.

De forma muy sencilla, se podría decir que el TAG es, básicamente, el resultado de la interacción entre una tendencia ansiosa previa y un sentimiento continuado de estrés que no logra regularse de forma satisfactoria (véase figura 2.12).

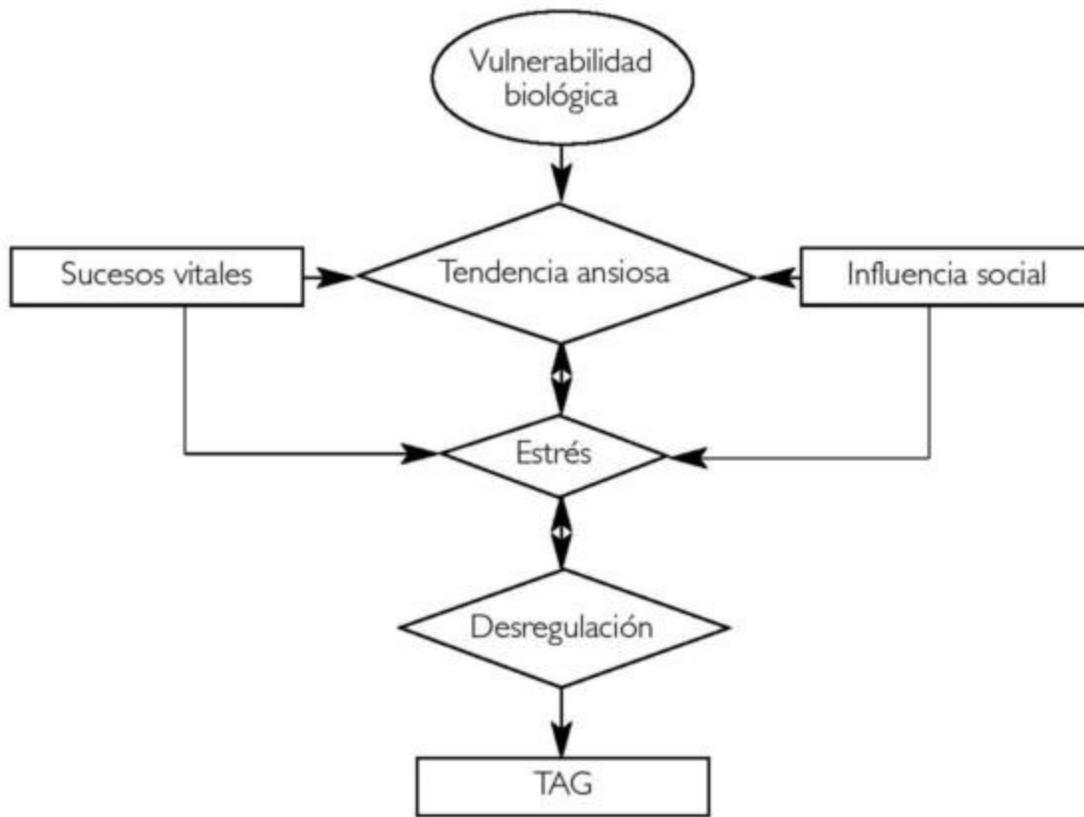


FIGURA 2.12. Modelo de desarrollo del TAG.

### A) Tendencia ansiosa

A lo largo de su trayectoria vital, la persona va adquiriendo una cierta tendencia a reaccionar de forma ansiosa, en concreto, a preocuparse en exceso y a manifestar determinados síntomas físicos y comportamentales. En dicha adquisición pueden influir diversos factores, por ejemplo, una vulnerabilidad biológica, ciertos sucesos traumáticos o la propia influencia social (el estilo de crianza, el tipo de apego y los modelos de comportamiento que la persona tenga).

Precisando algo más la dimensión cognitiva, se podría decir que lo que quizá se adquiere son determinados esquemas y creencias que, al activarse, permiten inferir y predecir sucesos negativos. Dichos esquemas y creencias contendrían, por un lado, información acerca de lo potencialmente peligroso o problemático y, por otro lado, expectativas de actuación, basadas en inferencias anteriores y en el modo en el que se resolvieron. Ello explicaría por qué las personas con TAG, frente a las sin el trastorno, tienen potenciada su percepción de riesgo, definen los sucesos ambiguos como amenazantes, creen probable que ciertos sucesos negativos ocurran, y se ven menos capaces de afrontar los problemas. Dicho de una forma más simple, la tendencia a la preocupación implica una actitud negativa ante los problemas, por simples que sean, y un

procesamiento sesgado de la información ante cualquier amenaza a las metas de la persona.

## B) Estrés

Para que se desarrolle el trastorno se necesita, además, un período prolongado de estrés, dominado por un sentimiento persistente de preocupación. Por otra parte, el inicio de un episodio de preocupación suele coincidir con determinados eventos imprevistos, por ejemplo, una mala noticia, una alteración corporal o psicológica inexplicada, o el retraso injustificado de alguien a quien se espera. Otras veces, la preocupación comienza a partir de un determinado problema que quiere solucionarse pero que no se sabe cómo, o de una indecisión ante dos o más alternativas. A veces, incluso aparece sin aparente relación con las circunstancias.

Pero, en definitiva, cualquier episodio de preocupación conlleva la anticipación de un suceso indeseable, o de sus consecuencias, en función de las metas y valores que la persona tenga. Y a veces, mediante dicha anticipación, la persona también consigue explicar, aunque sea de forma negativa, por qué ha ocurrido algo. Por ejemplo, al pensar "le ha podido pasar algo", una madre preocupada por la tardanza de su hijo se está explicando el motivo de dicha tardanza, al tiempo que lo hace anticipando un suceso indeseable.

En ese sentido, lo que define a la preocupación es un proceso de inferencia que sirve a un propósito general de anticipar y explicar la ocurrencia de ciertos sucesos y eventos negativos. Pero la cuestión es: ¿cómo se realiza ese proceso de inferencia? Una posibilidad podría consistir en la activación y selección de ciertos esquemas, ya que se ha postulado muchas veces que, cuando una persona recibe o procesa información, quizá lo hace seleccionando esquemas representativos que están accesibles a la memoria operativa. Dichos esquemas contendrían información acerca de lo potencialmente peligroso o problemático.

Por otro lado, a más recursos atencionales disponibles, más posibilidad de explicar imprevistos y de anticipar sucesos indeseados, lo que justificaría la elevada frecuencia de preocupaciones justo a la hora de acostarse. Una vez detectada la inferencia, puede comenzar un proceso de elaboración en el que se representa el suceso negativo, las consecuencias, las acciones que se llevarán a cabo, las emociones que se experimentarán, o todo ello a la vez. Según el tipo de representación, se producen resultados emocionales distintos.

Pero, para que el proceso termine, se necesitaría una estimulación alternativa, suficientemente relevante o, al menos, que requiera la participación del ejecutivo central; no serviría cualquier tipo de distracción. Si el período de estrés se prolonga, hacen falta recursos de control adicionales.

## C) Desregulación

Dependiendo tanto del objeto de preocupación, como de sus estrategias metacognitivas, la persona puede estar más centrada en el objeto de preocupación, buscando información que pueda confirmar o desconfirmar sus temores, o más centrada en ella misma y en su perturbación. Si intenta controlarse evitando pensar o suprimiendo lo que está pensando, se puede producir un efecto rebote. Y, si fallan los intentos de control, la persona puede empezar a preocuparse por su propia preocupación, lo que constituye uno de los mejores predictores del TAG.

### Limitaciones del modelo

Aunque este modelo pretende integrar elementos de modelos teóricos previos y consigue explicar numerosos datos empíricos, también son evidentes algunas de sus limitaciones. Una de ellas es su falta de precisión. Por ejemplo, el modelo no aclara cuáles son los procesos concretos que permiten que cada preocupación nueva que se experimenta pueda convertirse en crónica. Ni tampoco especifica qué es lo que hace que se diversifiquen tanto los temas de preocupación. Por tanto, la investigación futura deberá centrarse en estos interesantes aspectos procesuales.

### Exposición de casos clínicos

#### A) H: ¿por qué me preocupo tanto?

H es una estudiante universitaria de 23 años que dice preocuparse sin motivo por muchas y diferentes cuestiones. Por ejemplo, desde hace algún tiempo le preocupa que su padre, taxista de profesión, tenga un accidente con el coche. Asimismo, también dice preocuparse mucho por los exámenes pero incluso meses antes de enfrentarse a ellos. Pero, quizá, lo que más le asusta es la posibilidad de morir en cualquier momento; de hecho, dice ser consciente, cada vez más, de que "te puede tocar en cualquier momento".

Lo que quiere saber H es por qué le pasa esto; según ella, nadie ha sabido decírselo. Inspirándose en los modelos teóricos expuestos a lo largo de este capítulo, ¿qué se le podría decir? y, aunque falten muchísimos datos, ¿se podría pensar en un diagnóstico provisional de trastorno por ansiedad generalizada?

#### B) La señora E

El caso de la señora E fue presentado en el capítulo 1. Como se recordará, la señora E sí podría ser diagnosticada de trastorno por ansiedad generalizada porque desde hace años experimenta preocupaciones intensas y variadas, difíciles de

controlar, así como numerosas molestias físicas, que le perturban e interfieren con sus actividades cotidianas. A continuación se intentará ofrecer una explicación provisional del desarrollo del TAG en este caso. Para ello, nos basaremos en el modelo integrador expuesto al final del capítulo.

Hipótesis explicativa: la señora E dice haber sido siempre muy preocupadiza. Se podría decir, por tanto, que, gracias a su vulnerabilidad biológica o sus experiencias vitales y sociales, se ha ido configurado en ella una tendencia ansiosa.' en efecto, repasando su historia personal, la señora E recuerda que su madre, abogada de profesión, también se preocupaba con frecuencia y estaba advirtiéndola continuamente de posibles peligros a su alrededor, lo que se agudizó a raíz de un problema médico que la señora E tuvo a los tres años de edad. Además, su padre murió de un derrame cerebral. Algo más tarde, cursó sus estudios con normalidad y, después del Bachillerato, realizó un curso de secretariado internacional. En esa época, dice haber sentido taquicardias, pero no recuerda bien por qué. Pronto consiguió trabajo, pero lo dejó para casarse. Describe a su marido, empleado en una empresa química, como autoritario y dependiente, pero cree estar bien a su lado. Tienen dos hijos: el mayor con 23 años y la menor con 17. En un día típico, la señora E se levanta, prepara la comida y ordena la casa, sale un rato con alguna amiga, come con sus hijos, se echa la siesta y vuelve a salir antes de la cena y del rato nocturno de televisión. Se describe como una mujer perfeccionista, aunque algo vaga, "machacona" y presumida.

Desde hace cinco años, sus preocupaciones han empezado a ser más diversas y menos controlables. Ello coincidió con la entrada de su hijo mayor en la universidad, la incipiente adolescencia de su hija y el inicio de una enfermedad degenerativa en su madre, en concreto, Alzheimer. A partir de su constante preocupación, y de no aceptar dicho sentimiento ("soy muy pesada"), la señora E intenta controlarse, pero sólo a veces lo consigue. La mayoría de las ocasiones utiliza inútilmente ciertas actividades para "distraerse", pero, al no lograrlo, se aviva en ella la idea de que no es capaz de controlar su mente, y se preocupa una vez más por una posible demencia. Se produce, en definitiva, una sobrecarga cognitiva que la señora E no logra regular de forma satisfactoria.

Esta hipótesis explicativa estará sujeta a revisión conforme vaya desarrollándose el caso.

### Cuadro resumen

1. Los modelos biológicos de ITAG han subrayado el papel que pueden jugar algunas estructuras cerebrales, como el córtex, el tálamo, los ganglios basales o la ínsula del lóbulo temporal, además de los sistemas de neurotransmisión serotoninérgica y

adrenérgica.

2. Los modelos psicológicos del TAG se han centrado, sobre todo, en el fenómeno de la preocupación y en las causas que lo convierten en patológico.
3. Entre las propuestas psicológicas se ha sugerido que el problema surge, principalmente, de tres formas, no necesariamente independientes: cuando la preocupación se convierte en hábito, cuando se produce un fallo en el proceso de solución de problemas o cuando se produce una desregulación emocional.
4. Un modelo integrador del TAG sugiere que existe una tendencia ansiosa previa, producida por cierta vulnerabilidad biológica y por la experiencia vital y social que se haya tenido. A partir de dicha tendencia, que se caracteriza por la presencia de determinados esquemas y creencias, y que predice sesgos en el procesamiento de la información, el trastorno aparecerá cuando se produzca un período prolongado de estrés y no se logre regular.

#### Preguntas de autoevaluación

1. Según Wells, el principal predictor del TAG es:

- a) La búsqueda de seguridad.
- b) La metapreocupación.
- c) El fallo emocional.
- d) El efecto rebote.
- e) La evaluación positiva de la preocupación.

2. Según la última propuesta de Borkovec, la preocupación sirve fundamentalmente para:

- a) Evitar amenazas.
- b) Evitar conductas de vigilancia.
- c) Evitar imágenes de miedo.
- d) Evitar problemas cotidianos.
- e) Evitar creencias falsas.

3. Según Tallis y Eysenck, la causa del mantenimiento de la preocupación es:

- a) La falta de autoconfianza.
- b) La falta de habilidades de afrontamiento.
- c) La falta de control mental.
- d) La falta de apoyo social.
- e) La falta de neurotransmisores.

4. Según Dugas el principal predictor de ITAG consiste en:

- a) Las experiencias de fallo.
- b) El carácter abstracto de lo anticipado.
- c) La autofocalización.
- d) La intolerancia a la incertidumbre.
- e) El esquema aprensivo.

5. Según Davey, el estilo iterativo en el ITAG se explica por:

- a) Un esquema aprensivo de falta de control.
- b) Una falta de habilidad de afrontamiento.
- c) La reelaboración del foco del problema.
- d) La excesiva abstracción de los pensamientos.
- e) Una regla implícita de parada.



# 3

## Evaluación

Existen numerosos procedimientos específicos de los que el profesional se podría servir durante la evaluación clínica. En este capítulo se exponen algunos. Se comenzará con los formatos de entrevista más utilizados, para continuar con distintas sugerencias de observación y finalizar con un amplio número de escalas e inventarios. La revisión, pese a no ser exhaustiva, pretende dar cuenta de casi todas las variables evaluables de interés clínico. Es de esperar que la utilización de estos procedimientos dependa de criterios de calidad, utilidad y pertinencia, más que de mera disponibilidad. En otras palabras, que el clínico los sepa utilizar inteligentemente y no los administre por el solo hecho de disponer de ellos.

### 3.1. Entrevistas estructuradas

Cualquier profesional sabe que la primera entrevista ha de consistir, en esencia, en conocer las quejas y demandas concretas que empujan a una persona a consulta, pero, a la vez, debe entablar una relación con ella lo suficientemente cálida como para poder rastrear la naturaleza de sus problemas y, en el marco de su funcionamiento biopsicosocial, explorar a fondo los recursos de que dispone. A ello hay que añadir, en nuestro caso, la necesidad de saber, más pronto que tarde, si podría diagnosticarse TAG, y si sería o no el trastorno principal. De los diversos protocolos disponibles que facilitan la tarea diagnóstica, destacan el ADIS, el GADQ y el WAQ; una ventaja de los dos últimos es que admiten su pasación en forma de cuestionario. Las siguientes entrevistas que se realicen, por el contrario, deben centrarse más bien en la cuestión de si el procedimiento terapéutico está consiguiendo o no algún tipo de cambio.

#### 3.1.1. Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV; Brown, DiNardo y Barlow, 1994)

El protocolo de entrevista ADIS-IV, tanto en su versión para adultos como en su versión para niños, está basado en los criterios del DSM y resulta útil y fiable en el diagnóstico de los distintos trastornos de ansiedad. En concreto, se ha observado un índice de coincidencia diagnóstica de hasta un 80% en el TAG (Brown et al., 2001), mucho mayor que con versiones anteriores.

La principal ventaja del ADIS es poder reconocer, en menos de dos horas, distintos trastornos de forma simultánea. En esta última versión, no sólo se pueden reconocer trastornos de ansiedad, sino también trastornos del estado de ánimo, somatoformes y por

abuso de sustancias, lo que resulta casi imprescindible dada la alta comorbilidad del TAG.

### 3.1.2. Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GADQ-IV; Newman et al., 2002)

El GADQ-IV es un formato de entrevista sencillo que facilita el diagnóstico del TAG, siguiendo los criterios del DSM. En concreto, las preguntas se refieren a si la preocupación constituye un problema, si interfiere con la actividad diaria, si es excesiva, si se logra controlar y qué síntomas físicos se experimentan. Asimismo, se le pide a la persona que enumere sus preocupaciones principales.

Según algunas investigaciones, con este formato de entrevista se identifica correctamente al 92% de los casos que habían sido previamente diagnosticados de TAG por el ADIS-IV.

### 3.1.3. Worry and Anxiety Questionnaire (WAQ; Dugas et al., 2001)

Con un formato muy similar al GADQ-IV, la última versión del WAQ sólo tiene seis preguntas. Además de indagar en las preocupaciones más frecuentes de la persona, se cuestiona, en una escala visual de cinco puntos, en qué grado es excesiva la preocupación, lo frecuente y lo difícil de controlar que resulta, la interferencia que produce y la severidad de los seis síntomas físicos propuestos por el DSM-IV.

Una versión anterior del WAQ ha sido analizada en nuestro país, con buenos resultados en cuanto a fiabilidad y a sensibilidad diagnóstica (Ibáñez et al., 2000).

#### Cuadro 3.1. Adaptación del WAQ (Dugas et al., 2001)

---

---

*Cuestiones*

---

1. ¿Qué es lo que te preocupa actualmente?

- |    |    |
|----|----|
| a) | d) |
| b) | e) |
| c) | f) |

Para las siguientes preguntas, marca el número correspondiente (de 1 a 5).

2. Tus preocupaciones ¿son exageradas?

En absoluto	Moderadamente	Excesivamente
1.....	2.....	3.....4.....5

3. En los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia te has preocupado?

Casi nada	Casi diariamente	Diariamente
1.....	2.....	3.....4.....5

4. ¿Tienes dificultad en controlar tus preocupaciones?

En absoluto	Moderadamente	Excesivamente
1.....	2.....	3.....4.....5

---

## Cuestiones

5. En los últimos seis meses, ¿cuánto te han molestado los siguientes síntomas?

a) Inquietud o sensación de estar al límite

En absoluto	Moderadamente	Excesivamente
1.....	2.....	3.....4.....5

b) Cansancio o fatiga

En absoluto	Moderadamente	Excesivamente
1.....	2.....	3.....4.....5

c) Dificultad para concentrarte

En absoluto	Moderadamente	Excesivamente
1.....	2.....	3.....4.....5

d) Irritabilidad

En absoluto	Moderadamente	Excesivamente
1.....	2.....	3.....4.....5

e) Tensión muscular

En absoluto	Moderadamente	Excesivamente
1.....	2.....	3.....4.....5

f) Alteración del sueño

En absoluto	Moderadamente	Excesivamente
1.....	2.....	3.....4.....5

6. ¿Hasta qué punto la preocupación o la ansiedad interfiere en tu vida (en tu trabajo, actividades sociales, vida familiar, etc.)?

En absoluto	Moderadamente	Excesivamente
1.....	2.....	3.....4.....5

### 3.1.4. Preguntas relevantes en una entrevista de evaluación

Una vez confirmado el diagnóstico de TAG, y de cara al tratamiento, las sucesivas entrevistas deberían profundizar en las características de la ansiedad, en sus diferentes manifestaciones y, también, en la interpretación que la persona hace de ellas. Respecto al síntoma de la preocupación, algunas preguntas de interés durante el proceso de evaluación podrían ser las siguientes:

a) ¿Qué es lo que te preocupa?

No debería olvidarse que las preocupaciones tienen una raíz más profunda y diversa de lo que parece; tras cada preocupación puede esconderse otra más central. Por ello, se ha sugerido que en la entrevista se incluya lo siguiente: por ejemplo, si una persona dice preocuparse de sus exámenes, se procederá a preguntarle: "¿Qué es lo que te preocupa exactamente de suspender los exámenes?". Y, ante su contestación, se le volverá a preguntar: "¿Y qué es lo que te preocupa de eso?" El protocolo acabará cuando la persona no dé más respuestas, repita una contestación tres veces seguidas o, simplemente, no quiera continuar.

Una limitación de este procedimiento es que, si no se hace con cuidado, es posible generar cierta confusión o descrédito en la persona, debido a tanta repetición. No obstante, constituye un buen comienzo para dilucidar los motivos reales por los que la persona se preocupa. Una ventaja adicional es que se puede cuantificar y sirve para la investigación. De hecho, el número de consecuencias negativas anticipadas respecto a un mismo tema parece diferenciar entre personas con y sin TAG y, como variable, tiene una excelente fiabilidad interjueces, aunque desgraciadamente también parece sensible a la exposición previa de información negativa.

b) ¿Con qué intensidad te preocupa?

Inicialmente se le podría preguntar a la persona con qué intensidad le preocupa cada asunto. Algunos autores han empleado escalas visuales, desde cinco a 100 puntos. Pero, para profundizar más, y de cara al tratamiento, sería interesante evaluar si la preocupación aparece con imágenes o más bien como un autodiálogo. En ese caso, puede ser relevante preguntar acerca del grado de viveza de dichas imágenes, o el grado de abstracción, variables con una aceptable fiabilidad pese a su carácter cualitativo (Stóber y Borkovec, 2002). Se ha sugerido que, a mayor abstracción, menor intensidad emocional.

c) ¿Desde cuándo te preocupa?

Existen preocupaciones que duran minutos, otras que duran horas y otras que duran años, cuando no toda la vida. Como es obvio, el abordaje de unas y otras será diferente, lo que hace necesario preguntar por esta cuestión. Un procedimiento interesante, con posibles beneficios terapéuticos añadidos, es la denominada revisión evolutiva de las preocupaciones. Consistiría en, una vez conocidas las preocupaciones actuales, preguntar: "¿Y qué te preocupaba hace exactamente un año? ¿Era lo mismo que ahora? Y, hace dos años, ¿qué te preocupaba? ¿Y hace tres? ¿Y hace cinco? ¿Y hace 10? ¿Y hace 15?...".

d)¿Por qué crees que te preocupa?

Es interesante pedirle a la persona que sugiera al menos una razón de cada una de sus preocupaciones, aun sabiendo que los motivos reales pueden no ser muy conscientes. Así, se le da la oportunidad de reflexionar sobre ello. El procedimiento comentado antes, la denominada revisión evolutiva de preocupaciones, es una excelente forma de encontrar asuntos de temática y raíz parecida a lo largo de la experiencia vital y, con ellos, poder intuir los valores y objetivos profundos que están siendo amenazados.

e)¿Con qué frecuencia te preocupa actualmente?

También es importante conocer la frecuencia con la que la persona se preocupa. Pero, como es sabido, evaluar este tipo de variables sólo resulta informativo si se hace en el marco de una preocupación concreta; en caso contrario, puede ser hasta engañoso. Pero la frecuencia puede concebirse de dos formas: como el número de veces que aparece cada preocupación por unidad de tiempo, o como el número total de veces que ocurre.

f)¿Qué haces para dejar de preocuparte por eso?

Por un lado, es conveniente evaluar la percepción de la falta de control de cada episodio de preocupación, usando escalas de distintos anchos, aunque la de cinco puntos es la más utilizada. Pero, por otro lado, no debe olvidarse explorar qué estrategias utiliza la persona a la hora de intentar controlar sus estados de preocupación; quizá ahí resida la causa del mantenimiento del problema, como sugiere Wells (1995 y 2005).

g)¿Qué consecuencias crees que tiene preocuparse por eso?

En los últimos años, se ha observado que las creencias de la persona acerca de la preocupación misma, es decir, si la valora como algo positivo o como algo negativo, pueden influir en el proceso patológico. Puede haber personas a quienes incluso les agrade preocuparse, si piensan que ello incrementará su motivación por algún asunto, mejorará su rendimiento o, simplemente, porque consideran que preocuparse equivale a ser "buena persona" y no preocuparse a ser un "egoísta". Por el contrario, hay quien piensa que la preocupación sólo acarrea consecuencias negativas y nefastas. Para intentar evaluar esta cuestión se han construido diversas escalas, la cuales se comentarán más adelante. Asimismo, existe una entrevista estructurada, la SIBAW (Structured Interview on Beliefs About Worry; Francis y Dugas, 2004) cuyo objetivo es conocer si la persona considera útil o no preocuparse. El análisis factorial muestra que la SIBAW recoge cuatro tipos de creencias positivas relacionadas con la preocupación: a)

como ayuda a la hora de solucionar problemas y como motivación, b) como ayuda para protegerse de emociones negativas, c) como rasgo positivo de personalidad y d) como acto que puede alterar los sucesos (pensamiento mágico).

### 3.2. Observación, autoobservación y registros fisiológicos

Durante el proceso evaluativo, algunas técnicas de observación y de autoobservación podrían ser útiles para obtener información complementaria, o para corroborar la conseguida mediante la entrevista y las escalas.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
¿Qué te ha preocupado?							
Intensidad (De 1-100)	1 25 50 75 100	1 25 50 75 100	1 25 50 75 100	1 25 50 75 100	1 25 50 75 100	1 25 50 75 100	1 25 50 75 100
¿Qué síntomas físicos has tenido (tensión, molestias en el estómago, etc.)?							
Número de veces que te has preocupado a lo largo del día (marcar con una X, seguida de la intensidad)							
¿Qué has hecho para dejar de preocuparte?							
¿Qué estabas haciendo antes de preocuparte?							
¿Qué pensamientos e imágenes has tenido?							
<i>Análisis complementario de cada preocupación</i>							
¿Desde cuándo te preocupa?							
¿Por qué crees que te preocupa?							
¿Qué consecuencias positivas y negativas crees que tiene preocuparse por esto?							

FIGURA 3.1. Autorregistro semanal de episodios de preocupación.

Por ejemplo, se le puede sugerir a la persona que utilice un contador de pulsera, o un diario, para registrar la aparición o las características de los síntomas (siendo extensible dicha sugerencia a los familiares, por ejemplo, para evaluar la irritabilidad o los problemas de sueño). También se puede utilizar una grabadora para registrar "el discurso mental", o un vídeo para observar diversos comportamientos. Por otra parte, algunas manifestaciones físicas, como la tensión muscular y las alteraciones del sueño, admiten una evaluación fisiológica adicional. En ese sentido, se ha comprobado que en el TAG se

puede producir insomnio y una reducción de la eficiencia del sueño, aunque la latencia del sueño REM es normal, a diferencia del trastorno depresivo en el que ésta es más baja (citado por Nutt, 2001).

No obstante, y como es sabido, la utilización de todos estos procedimientos exige una valoración previa por parte del profesional ya que no en todos los casos será apropiado su uso.

### 3.3. Escalase inventarios

Dos de los primeros instrumentos que intentaron medir ansiedad, de forma general, fueron el MAS (Manifest Anxiety Scale; Taylor, 1953), construido a partir de una revisión del MMPI realizada por cinco profesionales, y el STAI (State Trait Anxiety Inventory; Spielberger et al., 1970 y 1983), que se ha convertido en uno de los instrumentos más usados tanto en la práctica clínica como en la investigación psicológica (el propio autor ha contado más de tres mil estudios que lo citan). Algunos de sus ítemes se señalan en el cuadro 3.2.

Pero en este apartado la exposición se centrará en instrumentos menos conocidos, por lo general, y desarrollados en los últimos años. La mayoría se centra en el síntoma central de la preocupación. Algunos como el PSWQ, el WDQ o el AnTI, han gozado rápidamente del interés tanto de profesionales como de investigadores (véase cuadro 3.3).

#### Cuadro 3.2. Instrumentos clásicos de evaluación en eITAG

<i>Instrumento</i>	<i>Ejemplos de ítems</i>	<i>Formato de respuesta</i>
MAS	(7) Me preocupan problemas de dinero. (11) Me suelo preocupar por posibles desgracias. (27) A menudo me encuentro muy preocupado por las cosas. (31) Casi siempre estoy preocupado por alguien o por algo. (37) A veces me he preocupado más de la cuenta por cosas que no merecían la pena. (39) Me preocupo por cosas innecesarias.	Verdadero Falso
STAI	(29) Me preocupo demasiado por cosas sin importancia. (40) Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

Cuadro 3.3. Instrumentos de evaluación centrados en la preocupación

<i>Nombres</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Características</i>
WS-L	Evaluar objetos de preocupación en niños	Ítemes = 31 Consistencia interna = 0,89-0,93 Correlación con FSSCR, RCMAS y STAICM
TWAS	Evaluar objetos de preocupación en adolescentes	Ítemes = 137 Consistencia interna = 0,98
WDQ	Evaluar objetos de preocupación en adultos	Ítemes = 25 Consistencia interna = 0,92 Estabilidad = 0,79-0,85 Correlación con STAI

Nombres		Objetivos	Características
WS-W	Evaluar objetos de preocupación en ancianos	Ítemes = 35 Consistencia interna = 0,90 Estabilidad = 0,69 Correlación con MAACL y SCL-90	
PSWQ	Medir tendencia a la preocupación en adultos	Ítemes = 16 Consistencia interna = 0,80-0,93 Estabilidad = 0,80-0,92 Correlación con STAI y BAI	
PSWQ-C	Medir tendencia a la preocupación en niños	Ítemes = 14 Consistencia interna = 0,82-0,89 Estabilidad = 0,65-0,92 Correlación con RCMAS y SCARED	
AnTI	Medir a la vez tendencia y objetos de preocupación	Ítemes = 22 Consistencia interna = 0,75-0,84 Estabilidad = 0,80 Correlaciona con STAI	
WW	Medir creencias positivas de preocupación	Ítemes = 20 Consistencia interna = 0,87-0,92 Estabilidad = 0,71-0,75	
COWS	Medir creencias positivas y negativas de preocupación	Ítemes = 29 Consistencia interna = 0,72-0,87	
MCQ	Medir creencias asociadas a la preocupación, en general	Ítemes = 65 Consistencia interna = 0,72-0,89 Estabilidad = 0,76-0,89	

### 3.3.1. Worry Scale (WS-L; Last, 1986, citada en Perrin y Last, 1997)

#### A) Descripción

Dirigida a la población infantil, la WS consta de 31 ítemes cuyo objetivo es evaluar la frecuencia de determinadas preocupaciones en un formato de respuesta graduado de 0 a 2 (0 = nunca, 1 = a veces, 2 = frecuentemente). Además de la puntuación total, se puede

obtener una puntuación parcial, sumando el número de respuestas que presente la máxima frecuencia.

## B) Proceso de construcción

La redacción de los ítemes se basó en los criterios del DSMIII-R para el trastorno por ansiedad excesiva, el trastorno por evitación, el trastorno de ansiedad por separación y la fobia social. Y se utilizó una muestra de niños norteamericanos, con un rango de edad entre los cinco y los 13 años.

## C) Datos psicométricos

1. Consistencia interna ( $\alpha$ ): de 0,89 (en grupo control) a 0,93 (en grupo con trastornos de ansiedad).

2. Validez: la WS correlaciona con otros instrumentos de ansiedad infantil, como la RCMAS (Revised Children Manifest Anxiety Scale; Reynolds y Paget, 1981), la STAIC-M (State - Trait Anxiety Inventory for Children-Modified; Fox y Houston, 1983) y la FSSC-R (Fear Survey Schedule for Children-Revised; Ollendick, 1983). Véanse referencias en Perrin y Last (1997).

3.3.2. Things I WorryAbout Scale (TWAS; Millar, Gallagher y Ellis, 1993, citados en Millar y Gallagher, 1996)

## A) Descripción

Dirigida a la población adolescente, la TWAS consta de 137 ítemes cuyo objetivo es evaluar la frecuencia de preocupaciones personales en un formato de respuesta graduado en cuatro puntos (de 1 = nunca me preocupo, hasta 4 = siempre me preocupo). La escala ofrece, además, la oportunidad de añadir cualquier otra preocupación no recogida por los ítemes.

## B) Proceso de construcción

Se realizó un primer cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, al que respondieron 378 adolescentes norirlandeses, de entre 15 y 16 años. Tras un análisis de contenido se confeccionó un listado definitivo que se volvió a administrar a una nueva y más amplia muestra ( $N = 3824$ ).

## C) Datos psicométricos

1. Consistencia interna ( $\alpha$ ): 0,98 para la puntuación global y más de 0,80 para todos

los factores.

2. Estructura factorial: el análisis refleja 13 factores. De otro modo: que las preocupaciones recogidas en la muestra parecen articularse en torno a los siguientes temas: a) empezar el trabajo o la escuela, b) el sexo contrario, c) las relaciones familiares, d) el rendimiento académico, e) la elección de trabajo o curso, f) la comunicación verbal, g) conseguir trabajo o curso, h) uno mismo, i) la comunicación en casa, j) los asuntos económicos, k) la eficacia social, l) el cambio y el desarrollo y m) la búsqueda de información.

Cuadro 3.4. WS-L

<i>Ítemes</i>
Me preocupa que me puedan suceder cosas malas.
Me preocupa que le pueda pasar algo malo a mi madre o a mi padre.
Me preocupa que mi madre o mi padre puedan irse y no volver.
Me preocupa que me puedan secuestrar.
Me preocupa que me pueda perder.
Me preocupa que pueda tener un accidente.
Me preocupa que pueda morir.
Me preocupa que mi madre o mi padre puedan morir.
Me preocupa estar solo en casa.
Me preocupa estar solo lejos de casa.
Me preocupa cuando estoy con gente que no conozco.
Me preocupa no tener bastantes amigos.
Me preocupa no gustarle a la gente.

---

---

Ítemes

---

Me preocupa equivocarme.  
Me preocupa hacerme mayor.  
Me preocupan los errores que he cometido en el pasado.  
Me preocupa estar avergonzado delante de los demás.  
Me preocupa lo que los demás piensen de mí.  
Me preocupa no hacer bien mi trabajo.  
Me preocupan mis tareas escolares.  
Me preocupa cómo rindo en los deportes.  
Me preocupa que el profesor me diga que hable con él.  
Me preocupa conocer a nuevos alumnos.  
Me preocupa conocer a nuevos adultos.  
Me preocupa hablar delante de gente.  
Me preocupa que la gente me mire.  
Me preocupa ir al colegio.  
Me preocupan los problemas físicos y los dolores.  
Me preocupa que nadie me quiera.  
Me preocupa el futuro.  
Me preocupa que mi corazón funcione deprisa.

---

3. Validez: el 87% de la muestra indicó que los ítemes de la escala habían cubierto todas sus preocupaciones, lo que se ha interpretado como un dato a favor de la validez aparente de la escala.

Cuadro 3.5. TWAS

---

---

Ítemes

---

EMPEZAR EL INSTITUTO O EL TRABAJO  
Hacer nuevos amigos en el instituto/trabajo.  
Llevarse bien con otros estudiantes/trabajadores.  
Si me gustará el curso/el trabajo, y si lo haré bien.  
Tener responsabilidades en el instituto/en el trabajo.  
Cómo voy a arreglármelas en el curso/en el trabajo.  
Cómo empezar una conversación en el instituto/en el trabajo.

---

Cómo hacer reclamaciones en el trabajo/el instituto.  
Cómo pedir ayuda en el instituto/en el trabajo.  
Que me dejen trabajando solo.  
Trabajar con gente mayor.

#### RELACIÓN CON PERSONAS DEL SEXO CONTRARIO

Empezar una conversación con alguien.  
Pedir o aceptar una cita.  
Hablar con alguien.  
Tener confianza con alguien.  
Saber de qué hablar en una cita.  
Discutir un problema.  
Dejar que alguien sepa que me gusta.  
Expresarle mis sentimientos a alguien.  
No tener novio o novia.  
Dudar entre casarme y no hacerlo.  
Hacer amigos en la escuela.

#### RELACIONES FAMILIARES

Ser tratado como un niño por mis padres/tutores.  
Ser obligado a hacer cosas por mis padres/tutores.  
Que mis padres/tutores me digan lo que tengo que hacer.  
Que mis padres/tutores sean muy estrictos y demasiado protectores.  
Que me pongan en ridículo mis padres/tutores.  
Que mis padres/tutores tomen decisiones por mí.  
Que mis padres/tutores averigüen algo sobre mí.  
Pedirle permiso a mis padres/tutores para hacer algo.  
Afrontar las críticas de mis padres/tutores.

#### RENDIMIENTO ACADÉMICO

Estar bajo presión.  
Manejar el estrés de los exámenes y de los trabajos del curso.  
Tener suficiente tiempo para hacer mi trabajo académico.  
Tener mucho trabajo.  
Ponerme a estudiar.  
Lo que ocurriría si no lo hago lo bastante bien.  
Si aprobaré los exámenes.  
Tener asignaturas que no sean importantes para mí.  
No tener buenas notas para conseguir trabajo.  
Fallar en lo que emprenda en el futuro.

---

ELEGIR TRABAJO/CURSO

Decidir qué tipo de trabajo/curso me gustaría hacer.  
Encontrar en qué estoy interesado.  
Encontrar en qué sería bueno.  
Elegir un trabajo/curso.  
Pensar en los trabajos/cursos que me gustarían.  
No saber qué quiero en el futuro.  
Qué tipo de trabajo haré finalmente.  
Qué hacer después de los exámenes.  
Tener miedo a tomar la decisión equivocada.  
Descubrir qué clase de persona soy.

COMUNICACIÓN VERBAL

Hablar en clase.  
Hablar delante de la clase.  
Responder preguntas en clase.  
Preguntar en clase.  
Hablar delante de un grupo de gente.  
Pedir ayuda a alguien.  
Mirar a alguien cuando me habla.  
Tener que tratar con público.  
Hacerme entender cuando estoy con los demás.  
Preocuparme de conocer gente nueva.

LOGRAR UN TRABAJO/CURSO

Qué hacer al empezar una entrevista.  
Qué hacer para acabar una entrevista.  
Responder bien en una entrevista.  
Preparar una entrevista.  
Responder las preguntas clave en la entrevista.  
Cómo vestirme para una entrevista.  
Empezar un trabajo/curso.  
Cómo aceptar o rehusar la oferta de un trabajo/curso.  
Pedir a alguien que sea mi referencia.

SOBRE MÍ

Que la gente se ría de mí.  
Que los demás piensen mal de mí.  
Que la gente hable de mí cuando no estoy presente.  
Estar solo, o ser ignorado.

---

Mi apariencia.  
Sentir vergüenza fácilmente.  
No tener suficiente confianza en mí mismo.  
Defenderme solo.  
Sentirme diferente de otra gente.  
Sobre el pasado.  
Que me rechacen cuando no quiero hacer algo.  
Ser intimidado en la escuela.  
Que los demás escuchen lo que tengo que decir.  
Reconocer que he hecho algo equivocado.

#### COMUNICACIÓN EN CASA

Hablar con mis padres/tutores.  
Lograr que mis padres/tutores me escuchen.  
Discutir problemas con mis padres/tutores.  
Conseguir que mi familia esté de acuerdo conmigo.  
Llevarme bien con mis padres/tutores.  
Hablar con mis hermanos y hermanas.  
Pasar demasiado tiempo fuera con los amigos.  
Pedirles consejo sobre mis relaciones.  
No ser capaz de hablar con alguien acerca de mis problemas.  
Disculparme con mis padres/tutores.  
Estar confuso sobre mi vida presente.  
Comprender los problemas que tiene mi familia.  
No ser capaz de solucionar los problemas que tengo.  
Cambiar demasiado de opinión.

#### ASUNTOS DE DINERO

Tener suficiente dinero.  
No tener dinero.  
Encargarme de mi dinero.  
Pagar mis deudas.  
Tener suficiente dinero para mantenerme cuando sea viejo.  
Tener que trabajar para ganar suficiente dinero.  
Tener que pedir dinero a la familia o a los amigos.  
No hacer nada con mi vida.

#### EFICACIA SOCIAL

Meter a los amigos en problemas.  
Que los demás elijan mi trabajo.

---

---

---

Ítemes

Que los demás tomen decisiones por mí.  
Enfadarme con mis mejores amigos.  
Quedarme embarazada o que mi novia se quede.  
Ser acusado injustamente de algo.  
Decir algo que pueda herir a alguien.  
Terminar una relación.  
Desanimar a alguien del otro sexo.  
No encontrar trabajo nunca.  
Llegar a depender de las drogas o del alcohol.  
Decir cosas equivocadas.  
Enfadarme con mis padres/tutores.  
No ser capaz de empezar el trabajo o el instituto.

CAMBIO Y TRANSICIÓN

Dejar a familia y amigos al irme de casa.  
No conocer a nadie si me mudo.  
Dejar mi hogar.  
Si seré capaz de vivir por mí mismo cuando sea viejo.  
Mudarme a vivir a un sitio o país diferente.  
Mantener siempre a mis amigos íntimos.  
Lo que me pase durante los próximos 10 años.  
Mi propia muerte.  
Ponerme enfermo.  
Que se muera la gente que me rodea.

BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Pedir información laboral.  
Pedir consejo a la gente sobre posibles trabajos.  
Cómo enterarme de trabajos.  
Conocer a gente para pedirle trabajo.  
Ser capaz de pedir información laboral por escrito.  
Llamar por teléfono a alguien para pedirle trabajo.  
Dar a otros la oportunidad de hablar.  
Explicar algo a otras personas.

---

### 3.3.3. Worry Domains Questionnaire (WDQ; Tallis, Eysenck y Mathews, 1992)

#### A) Descripción

Dirigida a la población adulta, la WDQ consta de 25 ítemes cuyo objetivo es intentar medir la frecuencia de determinadas preocupaciones, en concreto, las que giran en torno a los siguientes temas: las relaciones personales, la falta de confianza, el futuro, la

incompetencia en el trabajo y el dinero. El formato de respuesta es de cuatro puntos.

## B) Proceso de construcción

Inspirados en la idea de que la memoria a largo plazo pueda estar organizada en categorías, los autores hicieron preguntas abiertas a un grupo de universitarios ingleses (N = 71), y se confeccionó una primera versión, de 155 ítems, que se administró a una nueva muestra (N = 95). Mediante análisis de cluster, el instrumento parecía articularse en torno a seis temas diferentes: relaciones, falta de confianza, futuro sin objetivos, incompetencia en el trabajo, economía personal y asuntos sociopolíticos. No obstante, este último dominio fue omitido en la versión final debido a su elevada deseabilidad social.

## C) Datos psicométricos

1. Consistencia interna ( $\alpha$ ): 0,92 para la escala global. Por subescalas: relaciones (0,71), incompetencia en el trabajo (0,75), futuro sin objetivos (0,76), economía personal (0,80) y falta de confianza (0,81).
2. Fiabilidad test-retest: entre 0,79 y 0,85.
3. Estructura factorial: el análisis refleja cinco factores, estructura confirmada en estudios posteriores.
4. Validez: este instrumento correlaciona con otros instrumentos; por ejemplo, con el STAI-T (0,76). Por otra parte, se ha puesto en entredicho la validez convergente y discriminante de algunos ítems del dominio "Futuro sin objeti vos" que parecen más relacionados con la desesperanza que con la preocupación.

### Cuadro 3.6. WDQ

---

---

Ítemes

---

RELACIONES

- Que perderé amigos íntimos.
- Que no sea atractivo para el sexo opuesto.
- Que mi familia se enfadará conmigo o no aprobará algo que yo haga.
- Que será difícil mantener una relación estable.
- Que no sea amado.

FALTA DE CONFIANZA

- Que no pueda ser asertivo o expresar mis opiniones.
- Que los demás no me admitan.
- Que me falte confianza en mí mismo.
- Que pueda parecer estúpido ante mí mismo.
- Que me sienta inseguro.

FUTURO SIN OBJETIVO

- Que nunca consiga lo que ambiciono.
- Que no consiga mucho.
- Que las perspectivas sobre mi trabajo futuro no sean buenas.
- Que mi vida no tenga sentido.
- Que no me concentre.

INCOMPETENCIA LABORAL

- Que llegue tarde a una cita.
- Que deje trabajo sin acabar.
- Que cometa errores en el trabajo.
- Que no trabaje lo suficientemente duro.
- Que no ponga al día el trabajo pendiente.

ECONOMÍA PERSONAL

- Que se acabe mi dinero.
  - Que no sea capaz de conseguir cosas.
  - Que los problemas económicos restrinjan mis vacaciones y viajes.
  - Que mis condiciones de vida no sean adecuadas.
  - Que no me pueda permitir pagar las cuentas.
- 

### 3.3.4. Worry Scale (WS-W; Wisocki y Handen, 1983; citado en Wisocki et al., 1986)

#### A) Descripción

Dirigida a la población anciana, esta escala tiene 35 ítemes y su objetivo es evaluar la frecuencia de preocupaciones en tres áreas distintas: economía doméstica, salud y asuntos sociales e interpersonales. El formato de respuesta ofrece cinco posibilidades (de

0 = nunca a 4 = la mayor parte del tiempo o más de dos veces por día). Recientemente, se han incluido 53 ítems más con el objetivo de abarcar también preocupaciones familiares, personales y sociopolíticas.

## B) Datos psicométricos

1. Consistencia interna ( $\alpha$ ): 0,90.

2. Fiabilidad test-retest: 0,69.

3. Validez: este instrumento correlaciona con los mismos ítems pasados en forma de diario, y también con instrumentos como la SCL-90-R (Symptoms Check List; Derogatis, Rickels y Rock, 1976) y la MAACL (Multiple Affect Adjective Checklist; Zuckerman, 1960). Véanse referencias en Wisocki et al. (1986).

Cuadro 3.7. WS-W

Ítems
DINERO
Que perderé mi casa.
Que no seré capaz de cubrir mis necesidades vitales (comida, medicinas, ropa).
Que no seré capaz de mantenerme por mí mismo, independientemente.
Que no seré capaz de disfrutar de las cosas buenas de la vida (como los viajes, o el entretenimiento).
Que no seré capaz de ayudar económicamente a mis hijos.

---

---

Ítemes

---

SALUD

- Que mi visión o audición empeorarán.
- Que no podré controlar la vejiga o los riñones.
- Que no seré capaz de recordar cosas importantes.
- Que no seré capaz de caminar por mí mismo.
- Que no seré capaz de disfrutar de la comida.
- Que tendré que ser cuidado por mi familia.
- Que tendré que ser cuidado por extraños.
- Que no seré capaz de cuidar de mi cónyuge.
- Que tendré que ir a un hospital o a un centro de día.
- Que no seré capaz de dormir por la noche.
- Que puedo tener una enfermedad importante o un accidente.
- Que mi cónyuge o un familiar cercano puedan tener una enfermedad importante o un accidente.
- Que no seré capaz de disfrutar del sexo.
- Que mis reflejos se harán más lentos.
- Que no seré capaz de tomar decisiones.
- Que no seré capaz de conducir el coche.
- Que tendré que usar ayudas mecánicas (como gafas, audífono, bastón).

CONDICIONES SOCIALES

- Que pareceré mayor.
  - Que la gente no me encuentre atractivo.
  - Que nadie querrá estar a mi lado.
  - Que nadie me amará ya.
  - Que seré una carga para mis seres queridos.
  - Que no seré capaz de visitar a familiares ni a amigos.
  - Que puedo ser atacado por ladrones en la calle.
  - Que puedan entrar en mi casa y robarme.
  - Que nadie venga a ayudarme si lo necesito.
  - Que no me visiten ni los amigos ni la familia.
  - Que mueran mis familiares o amigos.
  - Que me deprima.
  - Que tenga problemas psicológicos graves.
- 

### 3.3.5. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer et al., 1990)

#### A) Descripción

Consta de 16 ítemes y está dirigido a población adulta. Su objetivo es intentar evaluar la frecuencia, intensidad y dificultad de controlar la preocupación, sin hacer referencia a temas concretos. El formato de respuesta tiene cinco posibilidades (de 1 =

no es típico en mí a 5 = muy típico en mí), por lo que el rango de puntuación total oscila entre los 16 y los 80 puntos. Cinco de los ítems son inversos (el ítem 1, el 3, el 8, el 10 y el 11).

## B) Proceso de construcción

Este instrumento surgió de un trabajo de Tom Meyer con el que obtuvo el grado de Máster por la Universidad Estatal de Pensilvania. El objetivo consistía en desarrollar una medida de los aspectos patológicos del proceso de la preocupación. Basándose en diarios de personas diagnosticadas de TAG, y en sentencias de instrumentos como la CSAI (Cognitive-Somatic Anxiety Inventory; Borkovec y Mathews, 1988, citados en Meyer et al., 1990), se propusieron 161 ítems iniciales que se administraron a una muestra de universitarios norteamericanos (N = 337). Pero el análisis psicométrico sólo permitió retener 16 ítems.

## C) Datos psicométricos

1. Consistencia interna (a): se han obtenido valores entre 0,80 y 0,93.
2. Fiabilidad test-retest: aunque el valor más elevado ha sido de 0,92, obtenido por los autores, en la mayoría de los estudios revisados no se supera el valor de 0,80.
3. Estructura factorial: con alguna excepción, diversos estudios parecen corroborar una solución unifactorial.
4. Validez: este instrumento parece distinguir entre el TAG y otros trastornos de ansiedad pero no así entre TAG y trastorno depresivo mayor. Además, correlaciona ligeramente con el número de ocurrencias de pensamientos preocupantes registrados en un diario, y con otros muchos cuestionarios, entre ellos el STAI-T (0,64-0,79), el BAI (0,54) y el BDI (0,60).

## D) Adaptaciones

El PSWQ se ha adaptado a varios idiomas, lo que constituye un índice de su gran impacto internacional. Entre otros, se ha traducido al francés, al alemán, al italiano y al español. Nuestra propia versión intenta subsanar los problemas de redacción que presenta la escala original y que pueden dificultar la comprensión: en concreto, se ha evitado el uso de la doble negación en los ítems números 1 y 11, y se ha reformulado el ítem número 5 para que no hubiese varias afirmaciones en la misma oración.

El PSWQ también se ha adaptado para su aplicación en ancianos, y en niños. En el primer caso, se han eliminado los ítems inversos. En el segundo caso, se ha prescindido

del primer y del undécimo ítem, se han reducido las opciones de respuesta de cinco a cuatro, y se han reformulando algunos ítemes para mejorar la comprensibilidad. Los datos psicométricos de esta adaptación para niños, el PSWQ-C (Chorpita et al., 1997), son similares a la versión para adultos:

1. Consistencia interna (a): entre 0,82 y 0,89.
2. Fiabilidad test-retest: 0,92. No obstante, en un estudio con una muestra no clínica sólo se alcanzó un valor de 0,65.
3. Estructura factorial: diversos estudios confirman una solución unifactorial, aunque existen ítemes que no cargan satisfactoriamente.
4. Validez: este instrumento correlaciona con otros instrumentos de ansiedad, entre ellos, el RCMAS (Revised Children's Manifest Anxiety Scale; Reynolds y Paget, 1981): 0,44-0,71 y el SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders; Birmaher et al., 1997): 0,66.

#### Cuadro 3.8. PSWQ y PSWQ-C

PSWQ

Aunque me falte tiempo para hacerlo todo, no me preocupo.  
Me agobian mis preocupaciones.  
No suelo preocuparme por las cosas.  
Son muchas las situaciones que hacen que me preocupe.  
Aunque sé que no debería preocuparme, es difícil evitarlo.  
Me preocupo mucho cuando estoy bajo presión.  
Siempre estoy preocupándome por algo.  
Me resulta fácil dejar a un lado las preocupaciones.  
Tan pronto como acabo una tarea, en seguida empiezo a preocuparme por otra cosa que tenga que hacer.  
Nunca suelo preocuparme.  
Cuando nada se puede hacer ya sobre un problema, no vuelvo a preocuparme por él.  
Toda mi vida he sido una persona con tendencia a la preocupación.  
Me doy cuenta de que me he preocupado excesivamente por las cosas.  
Una vez que empiezo a preocuparme, no puedo parar.  
Me preocupo constantemente.  
Me preocupo por los proyectos hasta haberlos realizado.

PSWQ-C

Mis preocupaciones me molestan mucho.  
No me preocupo mucho por las cosas.  
Muchas cosas hacen que me preocupe.  
Aunque sé que no debería preocuparme, es difícil evitarlo.  
Me preocupo mucho cuando estoy bajo presión.  
Siempre estoy preocupado por algo.  
Me resulta fácil dejar de preocuparme cuando quiero.  
Cuando termino alguna tarea, empiezo a preocuparme por la siguiente.  
Nunca me preocupo por nada.  
Siempre he sido alguien que se preocupa mucho.  
Me doy cuenta de haberme preocupado por las cosas.  
Una vez que empiezo a preocuparme, no puedo parar.  
Me preocupo todo el tiempo.  
Me preocupo por las cosas hasta que están hechas.

---

### 3.3.6. AnxiousThoughts Inventory (AnTI; Wells, 1994)

#### A) Descripción

Dirigida a la población adulta, el objetivo del AnTI consiste en intentar evaluar tanto la frecuencia de determinadas preocupaciones, como la de algunos pensamientos relacionados con la propia preocupación. Consta de 22 ítemes y tiene un formato de

respuesta de cuatro puntos (de 1 = casi nunca a 4 = casi siempre). Se estructura en tres subescalas: preocupación social, preocupación por la salud y metapreocupación.

## B) Proceso de construcción

Basándose en descripciones realizadas por personas diagnosticadas de TAG, se elaboraron 44 ítemes iniciales que fueron administrados a una muestra de universitarios ingleses (N = 100). Aunque los primeros análisis mostraron una estructura hexadimensional, estudios posteriores sugieren una solución tridimensional. Este instrumento fue presentado por vez primera en 1992, en el Congreso Mundial de Terapia Cognitiva celebrado en Toronto (Estados Unidos).

## C) Datos psicométricos

1. Consistencia interna (a): 0,84 para la subescala de preocupación social, 0,81 para la subescala de preocupación por la salud y 0,75 para la subescala de metapreocupación.
2. Fiabilidad test-retest: 0,80. Por subescalas: salud (0,84), social (0,76) y metapreocupación (0,77).
3. Estructura factorial: el análisis sugiere tres factores moderadamente correlacionados entre sí.
4. Validez: se ha observado cierta validez clínica discriminante (aunque se han utilizado pocos participantes para ello) y una alta correlación con otros instrumentos, como el STAI-T (0,72) y la subescala de neuroticismo del EPI (0,73), por ejemplo.

### Cuadro 3.9. AnTI

#### PREOCUPACIÓN SOCIAL

Me preocupa mi aspecto.

Me preocupan mis fallos y debilidades.

Me preocupa que mis capacidades no estén a la altura de lo que esperan los demás.

Me preocupa no ser capaz de conducirme en la vida tan bien como otros parecen hacerlo.

Me preocupa decir y hacer cosas equivocadas cuando estoy ante extraños.

Siento vergüenza fácilmente.

Pienso que soy un fracaso.

Me preocupa parecer tonto ante mí mismo.

Me preocupa no gustarle a la gente.

#### PREOCUPACIÓN POR LA SALUD

Pienso que puedo tener una enfermedad grave.

Si tengo síntomas físicos inexplicados, tiendo a pensar en lo peor.

Me preocupa la muerte.

Me preocupa sufrir un infarto o un cáncer.

Cuando padezco alguna enfermedad banal como un sarpullido, tiendo a pensar que puede ser algo más grave.

Me preocupa mi salud física.

#### METAPREOCUPACIÓN

Cuando miro al futuro, pienso más en lo malo que pueda sucederme que en lo bueno.

Tengo decepciones tan profundas que no puedo quitármelas de la cabeza.

Tengo pensamientos repetitivos como calcular cosas, o repetirme frases.

Algunos pensamientos desagradables entran en mi cabeza contra mi voluntad.

Tengo dificultad en eliminar de mi mente pensamientos que se repiten.

Pienso que me estoy perdiendo cosas en la vida por preocuparme tanto.

Me preocupa no poder controlar mis pensamientos como yo quisiera.

---

### 3.3.7. WhyWorry (WW; Freeston et al., 1994)

#### A) Descripción

Consta de 20 ítemes y está dirigida a la población adulta. Su objetivo es evaluar las consecuencias positivas que, según una persona, pueda tener la preocupación; en concreto, si sirve para solucionar o controlar problemas, prevenir sucesos negativos,

mejorar el rendimiento, prepararse emocionalmente ante posibles decepciones, evitar sentimientos de culpa, distraerse de otros pensamientos más "importantes", o para ser, en definitiva, mejor persona.

## B) Proceso de construcción

Basándose en su propia experiencia clínica, los autores elaboraron un primer instrumento con 30 ítemes que administraron a una muestra de estudiantes universitarios canadienses (N = 108). Tras un primer análisis, se seleccionaron aquellos ítemes que discriminaban entre personas con síntomas de TAG y personas sin dichos síntomas. La versión final del instrumento fue analizada factorialmente con una nueva muestra de estudiantes (N = 154).

## C) Datos psicométricos

1. Consistencia interna ( $\alpha$ ): 0,87.
2. Fiabilidad test-retest: 0,71.
3. Estructura factorial: el análisis sugiere una solución bifactorial en la cual, según los autores, el primer factor podría representar la idea de que la preocupación puede prevenir o minimizar resultados negativos y el segundo, la de que la preocupación es una acción positiva a la hora de encontrar soluciones.
4. Validez: se ha observado que este instrumento correlaciona con otros instrumentos, por ejemplo, con el PSWQ (0,58), el WDQ (0,56), el BAI (0,55) y el BDI (0,42).
5. La adaptación española realizada por González, Bethencourt, Fumero y Fernández (2006), con más de ochocientos participantes, tiene propiedades psicométricas similares a la original y una estructura también bifactorial.

Cuadro 3.10. WW

---

---

### Ítemes

---

Cuando me preocupo, siento que soy el único que tiene dificultades.  
Preocuparme de cosas sin importancia me distrae de los asuntos que realmente me perturban y en los que no quiero pensar.  
Si me preocupo, puedo descubrir una forma de ser mejor persona.  
Me preocupo porque estoy acostumbrado a preocuparme.  
Me preocupo porque me enseñaron a esperar lo peor.  
Me preocupo porque, si pasa lo peor, me sentiría culpable de no hacerlo.  
Me preocupo para intentar proteger al mundo.  
Si me preocupo, puedo descubrir una forma mejor de hacer las cosas.  
Me preocupo para intentar protegerme.  
Si no me preocupo, sería culpa mía si pasa lo peor.  
Me preocupo por el pasado para aprender de mis errores.  
Cuando me preocupo, pienso que la vida parece más fácil para los demás que para mí.  
Me preocupo para intentar tener un mayor control sobre mi vida.  
Me preocupo porque, si pasa lo peor, no sería capaz de afrontarlo.  
Me preocupo para evitar decepciones.  
Cuando me preocupo, me digo a mí mismo que siempre debe haber una solución para cada problema.  
Me preocupo por muchas pequeñas cosas para no pensar en las más importantes.  
Preocupándome, puedo evitar que ocurran cosas malas.  
Incluso sabiendo que no es verdad, siento que preocuparme ayuda a disminuir la probabilidad de que ocurran cosas malas.  
Si me preocupo menos, tendré menos oportunidades de solucionar los problemas.

---

### 3.3.8. Consequences of Worrying Scale (COWS; Davey, Tallis y Capuzzo, 1996)

#### A) Descripción

Consta de 29 afirmaciones sobre las consecuencias de preocuparse, pero, a diferencia de la WW, incluye tanto afirmaciones sobre las consecuencias "positivas" de preocuparse, como sobre las consecuencias "negativas". Está dirigido a la población adulta y el formato de respuesta es de cinco puntos. No obstante, como se observará a

continuación, algunos de sus ítemes contienen más de un enunciado. Por ejemplo, en el ítem "Preocuparme incrementa mi ansiedad y eso hace que rinda peor", no queda claro si un sujeto contesta al incremento de la ansiedad, al empeoramiento del rendimiento o a ambas cosas a la vez. Este error de redacción puede afectar a la fiabilidad de la escala.

## B) Proceso de construcción

Los autores hicieron preguntas abiertas a un grupo de estudiantes universitarios ingleses (N = 128) sobre las consecuencias de preocuparse. Tras un análisis de contenido, desarrollaron dos cuestionarios (uno sobre consecuencias negativas del proceso y otro sobre las positivas) que después integraron y volvieron a pasar a una nueva muestra (N = 143). Los análisis factoriales sugieren que, entre las consecuencias positivas, se encuentran ítemes relacionados con la creencia de que preocuparse motiva y de que preocuparse facilita el pensamiento analítico, y de que, entre las consecuencias negativas, se encuentran ítemes relacionados con la creencia de que la preocupación interfiere con el rendimiento, exagera el problema y causa perturbación emocional.

## C) Datos psicométricos

1. Consistencia interna (a): se obtuvieron los siguientes valores para cada una de las subescalas: motiva (0,85), ayuda al pensamiento analítico (0,72), interfiere con el rendimiento (0,87), exagera el problema (0,74) y causa malestar emocional (0,82).
2. Estructura factorial: como se dijo antes, la subescala sobre consecuencias positivas de la preocupación se subdivide en a) motivación y b) facilitación del pensamiento analítico. La subescala sobre consecuencias negativas se subdivide en c) interfiere con el rendimiento, d) exagera el problema y e) causa perturbación emocional.
3. Validez: según los autores, algunas subescalas del COWS correlacionan moderadamente con el PSWQ. En concreto, las tres sobre consecuencias negativas (0,44-0,57), y de forma marginal la subescala ayuda al pensamiento analítico (0,25).

### Cuadro 3.11. COWS

LA PREOCUPACIÓN AFECTA AL RENDIMIENTO

- Al preocuparme se eleva mi ansiedad y baja mi rendimiento.
- Cuando me preocupo, dejo de actuar eficazmente.
- La preocupación me deprime y hace difícil que me concentre y siga con las cosas.
- La preocupación hace que me centre en las equivocaciones.
- La preocupación distorsiona el problema que tengo y así soy incapaz de resolverlo.
- Preocuparme me vuelve pesimista y fatalista.
- Preocuparme debilita mi energía para resolver justamente aquello que me preocupa.
- La preocupación me vuelve irracional.

LA PREOCUPACIÓN EXAGERA EL PROBLEMA

- Me pongo paranoico cuando me preocupo.
- Al preocuparme, dejo de pensar correctamente.
- En el fondo sé que no necesito preocuparme tanto, pero no puedo evitarlo.
- Los problemas crecen cuando empiezo a darles vueltas.
- La preocupación me paraliza cuando trato ciertas situaciones.

LA PREOCUPACIÓN CAUSA PERTURBACIÓN EMOCIONAL

- La preocupación me causa estrés.
- La preocupación incrementa mi ansiedad.
- La preocupación consigue alterarme.
- La preocupación me pone tenso e irritable.

LA PREOCUPACIÓN MOTIVA

- La preocupación actúa como un estimulante.
  - La preocupación me desafía y me motiva; sin ella no conseguiría mucho en la vida.
  - Para hacer algo, tengo que preocuparme por ello.
  - La preocupación me hace ser consciente y mejorar mi rendimiento.
  - La preocupación me induce a hacer cosas porque eleva mis niveles de adrenalina.
  - La preocupación clarifica mis pensamientos y mejora mi concentración.
-

---

---

### Ítemes

---

#### LA PREOCUPACIÓN AYUDA AL PENSAMIENTO ANALÍTICO

La preocupación me hace pensar en cosas de la vida, y preguntarme cuestiones en las que no pienso cuando estoy feliz.

La preocupación me da la oportunidad de analizar las situaciones y ver los pros y los contras.

La preocupación me prepara para afrontar nuevas situaciones.

La preocupación me permite imaginar lo peor que pueda ocurrir y, si ocurre, las cosas seguro que irán mejor.

Al preocuparme, reorganizo y planifico mejor mi tiempo y, si me mantengo así, eso me hace sentirme mejor.

La preocupación hace que me interese por los problemas y ello me permite explorar diferentes posibilidades.

---

### 3.3.9. Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ; Cartwright-Hatton y Wells, 1997)

#### A) Descripción

Dirigida a la población adulta, consta de 65 ítemes (tres inversos: el número 20, el 41 y el 44), a los que hay contestar si se está o no de acuerdo en una escala de cuatro puntos. Los ítemes son afirmaciones sobre:

1. La utilidad de la preocupación para afrontar problemas y evitar situaciones indeseables (creencias positivas).
2. La creencia de que la preocupación es incontrolable y peligrosa para la salud física o mental (incontrolabilidad y peligro).
3. El funcionamiento de la atención y la memoria (confianza cognitiva).
4. Las consecuencias negativas de tener ciertos pensamientos (creencias negativas sobre pensamientos en general, incluyendo temas de superstición y responsabilidad).
5. La facilidad para percatarse de los propios pensamientos (autoconciencia cognitiva).

Recientemente, se ha efectuado una versión abreviada de este instrumento, con sólo

30 ítemes (Wells y Cartwright-Hatton, 2004).

## B) Proceso de construcción

Se realizó una entrevista semiestructurada a una muestra inicial, compuesta por 25 estudiantes universitarios ingleses y 12 personas con diagnósticos diferentes (TAG, obsesión, hipocondría, pánico). En conjunto, los participantes creían que la preocupación puede ser una característica (positiva o negativa) de la personalidad y una forma de autoobservarse pero también una causa de enfermedad, una consecuencia de buscar soluciones a problemas o de intentar controlar los pensamientos. Con esa información, se elaboró una primera versión con 94 ítemes y se administró a una nueva muestra de estudiantes universitarios (N = 314); tras el análisis, muchos ítemes tuvieron que ser eliminados. La segunda versión, de 79 ítemes se administró a una nueva muestra (N = 306), antes de establecer la tercera y definitiva versión.

## C) Datos psicométricos

1. Consistencia interna (a): se obtuvieron los siguientes valores para cada una de las subescalas: creencias positivas (0,87), incontrolabilidad y peligro (0,88), confianza cognitiva (0,84), creencias negativas en general (0,74) y autoconciencia cognitiva (0,72).
2. Fiabilidad Test-Retest: 0,94. Para cada una de las subescalas: creencias positivas (0,85), incontrolabilidad y peligro (0,89), confianza cognitiva (0,84), creencias negativas en general (0,76) y autoconciencia cognitiva (0,89).
3. Estructura factorial: los análisis han confirmado la estructura pentadimensional de la escala.
4. Validez: diversos estudios muestran que este instrumento correlaciona con el PSWQ. Y, como apoyo parcial a su validez concurrente, se ha observado que la subescala confianza cognitiva correlaciona con el CFQ (Cognitive Failures Questionnaire; Broadbent et al., 1982), y la subescala autoconciencia cognitiva con el instrumento de Fenigstein, Scheier y Buss (1975). Véanse referencias en Cartwright-Hatton y Wells (1997).

### Cuadro 3.12. MCQ

#### CREENCIAS POSITIVAS

Preocuparme me ayuda a evitar problemas en el futuro.  
Necesito preocuparme para mantenerme organizado.  
La preocupación me ayuda a tener las cosas solucionadas en mi mente.  
La preocupación me ayuda a evitar situaciones desastrosas.  
La gente despreocupada no es profunda.  
La preocupación me ayuda a afrontar las cosas.  
Si no me preocupara, tendría más equivocaciones.  
Preocuparse es signo de buena persona.  
Saldría perdiendo en la vida si no me preocupara.  
Necesito preocuparme para hacer las cosas.  
Mis pensamientos de preocupación no son productivos.  
La preocupación me ayuda a resolver problemas.  
Mi pensamiento es más claro cuando estoy preocupado.  
Sería un egoísta si nunca me preocupara.  
Necesito preocuparme para trabajar bien.  
No sería normal si no me preocupara.  
Si dejara de preocuparme, me volvería arrogante y desagradable.  
La preocupación me ayuda a planificar mejor el futuro.  
Sería estúpido y complaciente no preocuparse.

#### INCONTROLABILIDAD Y PELIGRO

La preocupación es peligrosa para mí.  
Preocupándome puedo llegar a enfermar.  
Si no controlo mis pensamientos de preocupación, ellos acabarán por controlarme a mí.  
Mis preocupaciones persisten, no importa lo que intente detenerlas.  
No puedo ignorar mis pensamientos de preocupación.  
La preocupación puede volverme loco.  
La preocupación genera en mi cuerpo mucho estrés.  
Me resulta difícil controlar mis pensamientos.  
Las preocupaciones se cuelan en mi cabeza contra mi voluntad.  
Cuando empiezo a preocuparme, no puedo parar.  
Mis pensamientos me desconcentran.  
Me preocupo por mis pensamientos.  
La preocupación puede no dejarme ver claramente una situación.  
Mis pensamientos de preocupación son incontrolables.

---

Mis pensamientos de preocupación aparecen automáticamente.  
Sería una persona más fuerte si me preocupara menos.

#### CONFIANZA COGNITIVA

Tengo dificultad en saber si he hecho algo recientemente, o sólo lo he imaginado.

Confío poco en mi memoria para los nombres y las palabras.

A veces, mi memoria puede engañarme.

Tengo poca memoria.

Si imagino no haber hecho algo, puedo llegar a dudar de ello.

Me distraigo muy fácilmente.

Confío poco en mi memoria para los lugares.

No me fío de mi memoria.

Confío poco en mi memoria para las acciones.

Me resulta difícil mantener mi mente concentrada en algo mucho tiempo.

#### CREENCIAS NEGATIVAS, RESPONSABILIDAD Y SUPERSTICIÓN

Si no controlo una preocupación, sería culpa mía si sucede.

Debería controlar mis pensamientos todo el tiempo.

Puedo ser castigado si no controlo ciertos pensamientos.

Si no detengo mis pensamientos de preocupación, pueden convertirse en realidad.

No ser capaz de controlar los pensamientos es un signo de debilidad.

Si no pudiera controlar mis pensamientos, me volvería loco.

Algunos pensamientos siempre necesitan ser controlados.

Puedo ser castigado por no tener ciertos pensamientos.

Está bien dejar mis pensamientos vagar.

Es malo pensar ciertas cosas.

Si no controlo mis pensamientos, puedo terminar avergonzándome.

Si no pudiera controlar mis pensamientos, no sería capaz de funcionar.

Me siento responsable si pasa una cosa mala sobre la que no me he preocupado.

#### AUTOCONCIENCIA COGNITIVA

Pienso mucho sobre mis propios pensamientos.

Me doy cuenta de cómo trabaja mi mente cuando estoy pensando en un problema.

---

---

---

### Ítemes

---

Observo mis pensamientos.  
Rara vez cuestiono mis pensamientos.  
Estoy constantemente observando mi pensamiento.  
Presto atención a la forma en que trabaja mi mente.  
Examino constantemente mis pensamientos.

---

#### 3.3.10. Inventario de Consecuencias Percibidas de Preocupación (ICPP; Prados, 2007)

##### A) Descripción

Consta de 60 afirmaciones sobre las consecuencias de preocuparse, la mitad referidas a consecuencias positivas y la otra mitad a consecuencias negativas. El inventario está dirigido a la población adulta y su formato de respuesta es de cinco puntos (de 1 = completamente en desacuerdo a 5 = completamente de acuerdo), por lo que la puntuación de cada subescala puede oscilar entre 30 y 150.

##### B) Proceso de construcción

Una mirada atenta a instrumentos como el WW, el COWS y el MCQ pone de manifiesto que el significado de la expresión consecuencias positivas parece diferente en cada uno: el WW se refiere a que, gracias a la preocupación, es posible prevenir desgracias y anticipar soluciones; el COWS se refiere a que la preocupación sirve para motivarse y para mejorar el pensamiento analítico; por último, el MCQ se refiere a que la preocupación sirve para organizar mejor el tiempo, prevenir desgracias, y está relacionada con características positivas de personalidad. Quizá, el excesivo apoyo en el análisis factorial a la hora de construir dichas escalas ha hecho que muchos ítemes sean eliminados antes de tiempo, reduciéndose con ello la validez de contenido; de otro modo: que no se ha seguido la conocida sugerencia de los expertos de construir escalas siguiendo un criterio racional y, sólo después, utilizar el análisis factorial para examinar la estructura de la escala, como tampoco se ha cuidado la redacción de forma exquisita: algunos ítemes resultan ambiguos porque contienen más de una aseveración, lo que atenta contra la fiabilidad (como en el COWS).

Con el objetivo de superar los inconvenientes señalados, se elaboró un nuevo instrumento. Partiendo de un criterio racional, inicialmente se consideró que dicho instrumento debería incluir al menos seis objetos de creencias: las referidas a la influencia de la preocupación en la motivación, en el razonamiento, en el rendimiento, en el estado

emocional, en la preparación emocional, y las referidas a la relación entre personalidad y preocupación. Tras los análisis preliminares, y una vez seleccionados 60 ítems, la mitad de tipo positivo y la otra mitad de tipo negativo, el inventario se administró a una amplia muestra de universitarios españoles (N = 686) para determinar sus propiedades psicométricas.

### C) Datos psicométricos

1. Consistencia interna ( $\alpha$ ): 0,93 para la subescala de consecuencias positivas y 0,92 para la subescala de consecuencias negativas.
2. Correlación de dos mitades: 0,92 (tanto para el coeficiente de Spearman-Brown, como para el coeficiente de Guttman). Dicho resultado indicaría que, si dividiéramos cada subescala en dos partes, éstas podrían considerarse formas paralelas en el caso de que, además, tuvieran las mismas medias y desviaciones típicas, lo cual es interesante dado el conocido efecto de "recuperación espontánea" en la evaluación repetida del afecto, incluso con grupos control en una lista de espera.
3. Estructura factorial: el análisis sugiere una descomposición de cuatro factores para la subescala de consecuencias positivas y de seis factores para la subescala de consecuencias negativas.

### Cuadro 3.13. ICPP

CONSECUENCIAS POSITIVAS DE PREOCUPARSE

La preocupación me ayuda a razonar.  
La preocupación sirve para corregir lo que no quieras que pase.  
La preocupación motiva.  
La preocupación mejora mi rendimiento.  
La preocupación estimula.  
Mi concentración es mejor cuando estoy preocupado.  
La preocupación me ayuda a afrontar lo que tenga que venir.  
Tengo pensamientos más lúcidos cuando me preocupo.  
Soy más productivo cuando estoy preocupado.  
Cuanto más te preocupas, mejor persona eres.  
Experimento una sensación positiva cuando me preocupo.  
El que no se preocupa es un irresponsable.  
En algún sentido me gusta estar preocupado.  
La preocupación sirve para buscar soluciones.  
Si no te preocupas, es que te da igual todo.  
La preocupación sirve para interesarse por las cosas.  
Tener preocupaciones me hace sentir vivo.  
La preocupación previene desastres.  
La preocupación me pone las pilas.  
La persona que se preocupa se conoce mejor a sí misma.  
Tengo mejores ideas cuando me preocupo.  
Si me preocupo, estaré más en disposición de soportar las desgracias.  
La preocupación me pone en acción.  
Me complace preocuparme.  
Trabajo mejor cuando me preocupo.  
La preocupación sirve para analizar los problemas.  
Aguanto mejor los problemas si me preocupo antes por ellos.  
El que no se preocupa es un egoísta.  
Me satisface preocuparme.  
Trabajo más rápido cuando me preocupo.

CONSECUENCIAS NEGATIVAS DE PREOCUPARSE

Cuando me preocupo, pierdo el interés por las cosas.  
Preocuparse es vivir dos veces el problema.  
La preocupación merma mis reflejos mentales.  
Cuando estoy preocupado, estoy menos motivado por las cosas.  
Cuando me preocupo, soy incapaz de pensar.  
La preocupación te hace estar más sensible ante los sucesos negativos.

---

---

---

## Ítemes

---

Rindo mucho menos cuando me preocupo.  
La preocupación es signo de debilidad.  
Me preocupa mucho preocuparme.  
La misma preocupación te impide resolver el problema.  
Trabajo peor cuando estoy preocupado.  
Razono peor cuando estoy preocupado.  
Preocupándote sólo consigues que las cosas te afecten más.  
La preocupación sin duda supone un desgaste psicológico.  
La preocupación me paraliza.  
La gente que se preocupa es que se ahoga en un vaso de agua.  
Me aflige preocuparme.  
La preocupación dificulta mi capacidad de pensar.  
La preocupación disminuye mi rendimiento.  
La preocupación me atonta.  
Cuando estoy preocupado, no tengo ilusión por nada.  
Reaccionas peor ante algo cuando te preocupas previamente.  
No tengo ganas de hacer nada cuando estoy preocupado.  
La gente que se preocupa mucho es incapaz de disfrutar de la vida.  
La preocupación me hace sentir nervioso.  
Consigo menos cosas cuando me preocupo.  
La gente que se preocupa mucho es más inmadura.  
Te pones más nervioso ante algo si te has preocupado previamente.  
Las personas que se preocupan mucho son más cobardes.  
La preocupación me pone en tensión.

---

### Exposición de casos clínicos

#### A) La señora N

La señora N es una mujer de 32 años, madre de dos hijas pequeñas, que dice preocuparse demasiado. Su principal preocupación es que le "pueda pasar algo" a su hija mayor o a su suegra, a quien cuida desde hace siete años. Apenas puede hacer nada sin pensar en ello. Y dice que los nervios "se le han pasado al corazón", ya que con frecuencia siente palpitaciones y molestias en el estómago.

Objetivo: antes de comenzar a diseñar un plan de intervención específico, se debe hacer una evaluación psicológica para especificar las quejas y demandas de la señora N.

Procedimiento seguido: en primer lugar, se efectuó una entrevista inicial, en la que, además del motivo de la consulta y la descripción del problema, se pidieron datos demográficos, académicos, laborales e interpersonales, y se preguntó acerca del inicio, curso y tratamientos previos del problema. Se administró el WAQ, para confirmar un posible diagnóstico deTAG, y el PSWQ y el AnTI, para precisar la frecuencia, intensidad y grado de control de sus preocupaciones. En una segunda entrevista, se profundizó en la naturaleza de dichas preocupaciones. Por ejemplo, se le pidió que especificara todo lo posible el contenido y la intensidad de las mismas; en ocasiones se le hacía la pregunta "¿Y qué te preocupa de eso?", para empezar a ahondar en sus motivos de preocupación (vid. apartado 3.1.4). Para descartar otros trastornos, y dados sus síntomas cardíacos, también se le preguntó por el tipo de imágenes que estaba vivenciando, además de qué pensaba acerca de la preocupación misma, y qué hacía para controlarse. Con la información disponible, pudo constatar un diagnóstico principal deTAG, y se diseñó el plan de tratamiento.

## B) La señora E

El caso de la señora E fue expuesto en el capítulo 1 y en el 2. Como se recordará, en dicho caso se realizó un diagnóstico provisional deTAG.

Objetivos de evaluación: el primer objetivo de la evaluación fue corroborar la hipótesis diagnóstica inicial y descartar otro tipo de trastornos; dada la información disponible tras la primera entrevista, se creyó pertinente explorar la presencia de un trastorno adaptativo, y también la de un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. El segundo objetivo consistió en profundizar en los temas de preocupación de la señora E, en sus creencias y actitudes, en sus fortalezas y en sus expectativas de cara al tratamiento.

Procedimiento seguido: tras la entrevista inicial, a la señora E se le pidió que rellenase algunos instrumentos. En concreto, se utilizó el PSWQ y el AnTI, por su utilidad, pertinencia y calidad psicométrica. En el primero, la señora E puntuó 62 y, en el segundo, 51, desglosándose en 23 para la subescala de preocupación social, 14 para la de preocupación por la salud y 14 para la de meta preocupación. Estos datos indican que, en general, aunque no existe un número elevado de preocupaciones distintas, éstas sí son frecuentes, intensas y poco controlables.

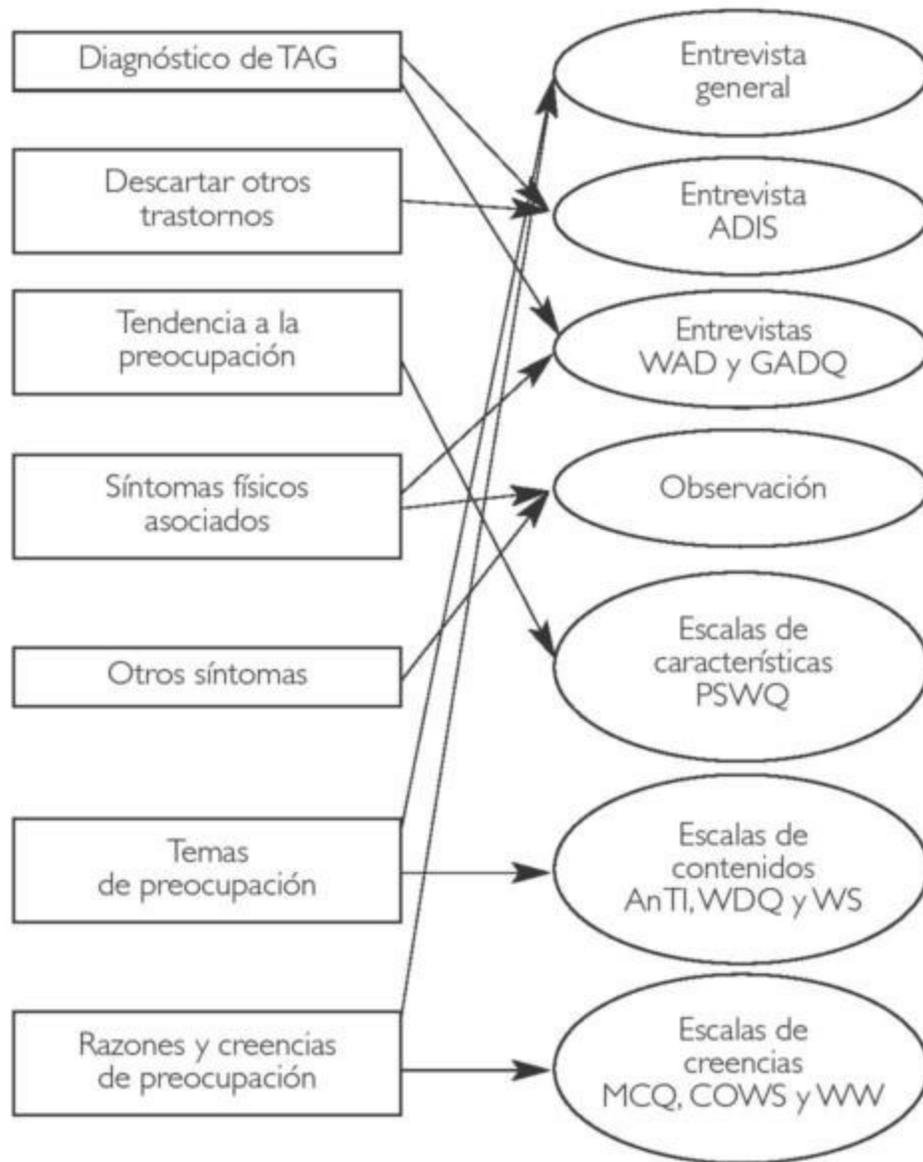
Para profundizar en sus temas de preocupación, se utilizó la técnica de la flecha descendente. Por ejemplo, cuando la señora E decía preocuparse por sus hijos, por si "les pasaba algo", se le procedía a preguntar: "¿y qué le preocupa exactamente de

eso?". Así, se averiguó que el bienestar de sus hijos constituía su fuente principal de preocupación. Incluso, algunos temores que parecían inicialmente asociados a ella misma al final se referían también a sus hijos. Por ejemplo, su miedo a sufrir AlzÁineinner en el futuro conllevaba implícitamente la posibilidad de "destrozar la vida" de sus hijos, y su temor a que le "ocurriese algo" a ella y a su marido, le hacía preguntarse: "¿y qué va a ser de mis hijos?". Muchas de sus preocupaciones podrían estar relacionadas con la creencia de "hay mucho malo en el mundo".

Se confirmó el diagnóstico de TAG, pero no reunía los suficientes requisitos para el trastorno adaptativo (su problema se agrava, pero no aparece exclusivamente en respuesta a un estresante) ni para ningún otro. Dada su buena motivación para el tratamiento, se diseñó un plan de intervención para la señora E.

### *Cuadro resumen*

1. En los últimos años han aparecido numerosos procedimientos de evaluación aplicables al TAG. Por ejemplo, existen varios formatos de entrevista, como el GADQ o el WAQ, que facilitan la tarea diagnóstica. No obstante, no se debe olvidar evaluar la presencia de otros trastornos.
2. En las sucesivas entrevistas, las preguntas deben profundizar en las características de los síntomas, por ejemplo, las de la preocupación.
3. Algunos autorregistros podrían ser útiles para evaluar tanto la frecuencia de la preocupación como su contenido. Para lo primero se podría usar un diario o un contador de pulsera y, para lo segundo, una grabadora.
4. Asimismo, hay disponibles numerosas escalas e inventarios. Unas se han centrado en los contenidos de las preocupaciones, como el WDQ, o el WS-W. Otras, como el PSWQ, intentan registrar las características de la preocupación (frecuencia, falta de control, etc.). Y otros instrumentos intentan evaluar las creencias relacionadas con la preocupación, como el V/W, el COWS o el MCQ.



Esquema del cuadro resumen.

### Preguntas de autoevaluación

1. La principal limitación del COWS es:

- a) Su excesiva extensión.
- b) Su mala redacción de ítems.
- c) Su heterogeneidad.
- d) Su baja consistencia interna.
- e) Su baja estabilidad.

2.¿Qué instrumento utilizarías para evaluar la tendencia a la preocupación en un niño?

- a) El WDQ.
- b) El AnTI.
- c) El PSWQC.
- d) El WW.
- e) El COWS.

3.El MCQ sirve para:

- a) Evaluar frecuencia de la preocupación.
- b) Evaluar contenidos de preocupación.
- c) Evaluar falta de control de la preocupación.
- d) Evaluar creencias sobre preocupación.
- e) Evaluar síntomas físicos de preocupación.

4.Entre las ventajas del PSWQ, está la siguiente:

- a) No tiene ítems mal redactados.
- b) Es específico del TAG.
- c) Evalúa objetos y características.
- d) Es breve.
- e) Su formato bipolar de respuesta.

5.¿Qué instrumento posee una mejor consistencia interna global?

- a) El WDQ.
- b) El AnTI.
- c) El COWS.
- d) El PWSQ.
- e) El TWAS.



# 4

## Guía para el terapeuta

A lo largo de este capítulo se revisarán los diferentes acercamientos utilizados hasta ahora en el tratamiento del TAG, así como la eficacia que han conseguido. También se discutirá por qué, a nuestro parecer, la mal llamada terapia cognitivo-conductual no logra, frente al TAG, una eficacia similar a la obtenida en el tratamiento de otros trastornos. Por último, se terminará con nuestra particular propuesta de intervención y cuyos resultados, aún en fase de evaluación experimental, parecen bastante prometedores.

### 4.1. Enfoque farmacoterapéutico

Hasta hace poco tiempo, el tratamiento de elección psiquiátrica frente al TAG solía consistir en la administración de fármacos con efecto ansiolítico, especialmente las denominadas benzodiazepinas. En los últimos años, sin embargo, a raíz de las limitaciones de estos medicamentos y de un mayor conocimiento psicofarmacológico, se tiende a recetar otras sustancias, como la buspirona o la venlafaxina, que parecen alcanzar una mayor eficacia.

#### 4.1.1. Benzodiazepinas

Se denominan benzodiazepinas (BZD) a un grupo numeroso de fármacos con propiedades similares, especialmente de tipo ansiolítico, y cuya estructura química consiste en un anillo benzénico unido a un anillo diazepínico de siete lados. Como es sabido, las BZD empezaron a ser populares en la década de los sesenta en detrimento de otros fármacos por entonces habituales en el tratamiento de la ansiedad, como los barbitúricos (por ejemplo, el hidrato de cloral) y el meprobamato pero que acarreaban demasiados efectos secundarios.

Las BZD producen una acción sedante, pero sólo si la dosis es alta; a dosis bajas tienen una acción depresora del sistema nervioso central, incrementan la segunda fase del sueño y suprimen el período REM. Se cree que su mecanismo de acción consiste en potenciar la acción de los neurotransmisores centrales inhibidores, particularmente la del ácido gamma-aminobutírico (GABA); en concreto, lo que parece potenciarse es la capacidad de este neurotransmisor para aumentar la conductancia del cloro.

Durante años, se han utilizado profusamente las BZD en el tratamiento del TAG y, en particular, el diazepam, el clonazepam y el alprazolam (este último se ha empleado también en niños). Sin embargo, algunos estudios controlados constatan que la eficacia

de estos fármacos ni siquiera es superior a la del placebo (Power et al., 1989 y 1990; Simeon et al., 1992), lo cual, unido a su riesgo de dependencia, sobre todo si el tratamiento es largo, explicaría por qué las BZD ya no se consideran la primera elección terapéutica frente al TAG. Pero ello no quiere decir que estos fármacos no sean útiles a corto plazo, en especial cuando lo que se pretende es estabilizar los síntomas y prevenir posibles crisis repentinas.

#### 4.1.2. Buspirona

La buspirona es un fármaco de la familia de las azaspirodecanodionas y su acción principal es ansiolítica aunque no se relaciona químicamente con las BZD. A diferencia de éstas, no presenta efectos sedantes ni miorrelajantes, no produce dependencia, no altera las funciones cognitivas y no interactúa con el alcohol. Tampoco provoca interacciones farmacocinéticas significativas. Ello la hace especialmente indicada en ancianos y en personas con antecedentes de abuso de drogas. Pero tiene la desventaja, no obstante, de que su acción es retardada, sólo aparece entre las dos y tres semanas de tratamiento y alcanza su máximo efecto al cabo de cuatro o seis semanas. Además, su biodisponibilidad es únicamente del 4% dada su metabolización en el hígado, con una vida media entre dos y 11 horas. También puede producir cefalea, náusea o vértigo.

La buspirona es un agonista parcial de la serotonina (5-hidroxitriptamina o 5-HT), por lo que su efecto ansiolítico posiblemente se deba a su capacidad para fijarse a los receptores 5-HT(1A). En cuanto a su uso en el tratamiento del TAG, se han publicado algunos casos tratados con éxito, empleando una dosis de 20 mg/día (por ejemplo, Kranzler, 1988). Aunque es necesaria mucha más investigación, esta sustancia parece especialmente indicada cuando hay depresión concurrente.

#### 4.1.3. Venlafaxina

Pero, si hay alguna sustancia aprobada específicamente para el tratamiento del TAG, ésa es la venlafaxina, un fármaco que inhibe de forma selectiva tanto la recaptación de la serotonina como la de la noradrenalina. Dado que está indicada igualmente frente a la depresión, la investigación con esta sustancia está obligando a desestimar, por simplista, la tradicional clasificación de los fármacos como ansiolíticos o como antidepresivos. De hecho, algunos estudios ya señalaban hace años que los denominados antidepresivos tricíclicos pueden ser eficaces frente al TAG en tanto que también inhiben, aunque no lo hacen de forma selectiva, tanto la recaptación de la noradrenalina como la de la serotonina. Pero su inicio lento y sus numerosos efectos secundarios frenaron esa línea de investigación. Sus sucesores en popularidad durante los años noventa, los denominados inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), también empezaron a aplicarse en casos diagnosticados de TAG, especialmente la fluoxetina y la sertralina (Hallowell, 1997; Rynn, Siqueland y Rickels, 2001). Pero la venlafaxina,

además de ser más específica (Silverstone y Salinas, 2001), se suele comercializar en una fórmula de liberación prolongada que permite una sola dosis diaria y genera, por tanto, menos efectos secundarios (por ejemplo, menos náuseas). De forma similar, en la actualidad se investiga con otros inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y de la noradrenalina (IRSN), como la mirtazapina y la nefazodona.

Cuadro 4.1. Principales fármacos utilizados en el tratamiento del TAG

<i>Fármaco</i>	<i>Tipo</i>	<i>Otros fármacos de la misma clase</i>	<i>Posibles efectos secundarios</i>
Venlafaxina	Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina (IRSN)	Mirtazapina Nefazodona	Náuseas
Fluoxetina Sertralina	Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)	Fluvoxamina Paroxetina	Náuseas Cefaleas Vómitos Ansiedad
Buspirona	Azapirodecanodionas	Gepirona Ipsapirona	Náuseas Cefaleas Vómitos
Alprazolam Clonazepam Diazepam	Benzodiacepinas	Clorazepato Clordiazepóxido Flurazepam Halazepam Lorazepam Midazolam Oxazepam Prazepam Quazepam Temazepam Triazolam	Sedación Alteración cognitiva Dependencia

#### 4.2. Enfoque psicoterapéutico

A lo largo de la historia de la psicoterapia se han sugerido numerosos consejos interesantes para manejar el TAG. En este apartado se repasarán algunos de ellos, desde los pioneros hasta los más recientes. Aunque, como es lógico, se hará un especial énfasis en los avalados empíricamente, siguiendo la tendencia actual de intentar vaciar la psicoterapia de charlatanería y pseudociencia.

#### 4.2.I. Primeros acercamientos

Algunas de las primeras propuestas psicoterapéuticas ante el TAG son las de Sigmund Freud, Caleb W.Saleeby, Mathew N.Chappell y Dale Carnegie, entre muchas otras. Como a continuación se comprobará, estos autores parten de supuestos completamente diferentes, que redundan en procedimientos de intervención muy distintos entre sí.

##### A) Sigmund Freud

Como es sabido, el psicoanálisis se gestó en los últimos años del siglo XIX como una forma de intervención psicológica guiada teóricamente frente a ciertos trastornos mentales. Fue, por ello, uno de los primeros procedimientos de intervención frente al TAG, que por entonces se denominaba "neurosis de ansiedad" e incluía el trastorno de pánico, y era descrito por Freud con cuatro síntomas característicos:

- 1.Expectación ansiosa crónica.
- 2.Irritabilidad crónica.
- 3.Ataques de ansiedad.
- 4.Evitación fóbica secundaria.

Con la expresión "expectación ansiosa" el padre del psicoanálisis se refería a la anticipación de sucesos indeseados ante determinadas situaciones. Por ejemplo, cuando suena inesperadamente el teléfono y la persona que lo escucha tiende a imaginar que a alguien de su familia le ha podido ocurrir algo grave (Freud, 1917/1984). Algunos han visto en este tipo de anticipaciones una mera "proyección de la ansiedad en el mundo real" o, con otras palabras, un "intento de hacer manejable la ansiedad existencial".

Además de la expectación ansiosa crónica, en la "neurosis de angustia" se forman otros síntomas, como la irritabilidad, los ataques de ansiedad y la evitación fóbica secundaria, los cuales, a su vez, pueden originar otras perturbaciones. Así se explicaba Freud, en parte, la elevada comorbilidad de este trastorno.

Aunque la teoría de este autor sufrió variaciones a lo largo de los años, cambiando su inicial planteamiento "energético" por uno más "estructural", el objetivo terapéutico siguió

siendo el mismo: descubrir y encauzar los conflictos subyacentes que conforman los síntomas. Para ello, la persona se debe comprometer a expresar todo cuanto se le pase por la cabeza en cada sesión (la denominada "regla fundamental"), mientras que el terapeuta se mostrará totalmente receptivo y prescindirá de toda valoración personal, todo consuelo, consejo o adoctrinamiento ("regla de abstinencia"). En ese proceso surgirán múltiples "resistencias" y también diversos sentimientos, tanto de la persona hacia su analista ("transferencia"), como del analista hacia aquélla ("contratransferencia"), que, lejos de ser contraproducentes como se pensó en un principio, se consideran sumamente útiles para desvelar contenidos inconscientes.

Hay que reconocer numerosos méritos en esta propuesta terapéutica. Entre ellos, que:

1. Otorga un papel más activo a la persona de lo que venían haciendo procedimientos anteriores, como la hipnoterapia.
2. Intenta introducir en la psiquiatría de la época la base psicológica de que ésta carecía.
3. Subraya el papel del desarrollo vital en la formación de los trastornos psicológicos.

Pero, a pesar de estos, y de muchos otros aciertos, este enfoque ha sido criticado desde diversos ángulos y no siempre sin conocimiento de causa o por simple "reacción emocional condicionada", como ironizaba Marvin Goldfried. Entre las muchas limitaciones del psicoanálisis cabe citar el carácter infalsable de bastantes de sus afirmaciones y la actitud escéptica, cuando menos, ante el estudio sistemático de la eficacia terapéutica. Un ejemplo de lo último, tomado del propio Freud (1917/1984: 481), es el siguiente:

Varios partidarios del psicoanálisis me invitaron a oponer una estadística de éxitos a la colección de fracasos que se nos reprochan, pero yo no he aceptado su consejo y he alegado en apoyo de mi negativa que cuando una estadística se compone de elementos muy diferentes entre sí - como lo son los casos de afecciones neuróticas sometidos hasta hoy al análisis - carece de todo valor probatorio.

Además, con respecto al tratamiento del TAG, y como se verá algo más adelante, el enfoque psicodinámico en general ha resultado ser menos eficaz que otras formas de intervención psicoterapéutica (Durham et al., 1994).

B) Caleb W. Saleeby

Otra aportación a la teoría y al tratamiento del trastorno fue la del médico británico

Caleb W. Saleeby, autor de una de las primeras monografías publicadas sobre el tema (Saleeby, 1907). Luego, se interesó por muchísimos asuntos diferentes, fue prolífico publicando libros y perteneció a demasiadas instituciones, entre ellas la Royal Society, en la cual coincidió con personajes del renombre de Francis Galton o Karl Pearson, y en la que se convirtió en un fanático defensor de la eugenesia, incluso cuando el movimiento empezó a perder popularidad. Quizá por ello, entre otras razones, Saleeby es hoy un autor completamente olvidado.

Pese a todo, merece la pena releer su monografía sobre la preocupación, a la que define como la "enfermedad de nuestra civilización". El texto es agudo y analiza con cierta profundidad las causas que convierten a este fenómeno cotidiano en un trastorno. Más en concreto, según Saleeby, la preocupación patológica, que se expresa con un exceso de atención hacia un asunto determinado, básicamente surge de la falta de confianza en uno mismo. En ese sentido, la terapia deberá centrarse en aumentar la autoconfianza de la persona, entre otros objetivos. Así, en el intento de controlar y mitigar las preocupaciones excesivas, Saleeby sugiere cuatro propósitos:

#### 1. Cuidado físico

Como buen médico, el autor propone que no hay que olvidarse en ningún momento del estado físico de la persona, ya que comer y dormir adecuadamente contribuirá al restablecimiento de la salud. Pese a su obiedad, es un objetivo frecuentemente olvidado en psicoterapia.

#### 2. Conciencia del "sufrimiento"

Con la irrupción del psicoanálisis como método psicoterapéutico, se generalizó también la necesidad de alcanzar un grado mínimo de conocimiento de la razón o causa de por qué se sufre. De forma similar, Saleeby afirma que el primer objetivo para el terapeuta debe ser que la persona adquiera cierta "conciencia de por qué sufre", en el caso de que no lo sepa.

#### 3. Distracción mental

Después de haber alcanzado cierto conocimiento de las causas de la preocupación, es importante intentar distraerse. Saleeby propone que se utilice el tiempo con alguna afición o ejercicio físico.

#### 4. Aumento de la autoconfianza

Pero, sobre todo, lo más importante que se debe conseguir, según el autor, es que la persona incremente la confianza en sí misma, porque "la autoconfianza y la preocupación no pueden coexistir". Para Saleeby, es precisamente la falta de

autoconfianza la que induce al "exceso de atención" que es la preocupación y, si ésta persiste, aparecerán enfermedades físicas y mentales; físicas, ya que la preocupación puede contribuir a reducir las defensas del organismo (en esto sigue a Iliá Metchnikoff, fundador de la inmunología y Premio Nobel de Medicina), y mentales, debido a la sobrecarga cognitiva que genera.

Con este planteamiento, Saleeby se anticipa a numerosos autores, entre ellos al célebre Albert Bandura, para quien, como se recordará, cualquier psicoterapia no es sino una forma de generar y afianzar "expectativas de eficacia personal", las cuales, a la postre, influyen en los modos de conducta, los procesos de pensamiento y las reacciones emocionales. Pero lo que Saleeby no aclara es de qué forma la falta de autoconfianza genera preocupación y, más en concreto, cómo se puede revertir dicho proceso. Hoy se sabe, además, que la distracción terapéutica sólo es posible con actividades que no puedan ser realizadas de forma "automática".

Por otro lado, no contamos con ningún dato acerca de la eficacia de estas sugerencias terapéuticas, ni siquiera proveniente de la observación clínica debido a que Saleeby dejó pronto la práctica médica para dedicarse a la divulgación.

### C) Mathew N.Chappell

Otro acercamiento terapéutico pionero fue el de Mathew N.Chappell, autor del libro *Cómo controlar la preocupación*. El interés de este autor por el tema se debe a Leta S.Hollingworth, principal promotora, junto a Terman, Yerkes y Pintner, de la creación en 1919 de la sección de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología.

Para Chappell la preocupación patológica es un hábito que surge de la práctica continuada, por lo que debe tratarse mediante un "aprendizaje de sustitución" (Chappell, 1948: 70). Para ello, lo primero que debería hacer el terapeuta es explicar a la persona lo que le pasa, en cuanto que su estado se ha convertido en impredecible e incontrolable (Chappell, 1948: 41) y, después, el terapeuta debe ayudar a dicha persona a elegir algún pensamiento alternativo en el que concentrarse cuando aparezca la preocupación (por ejemplo, algún suceso especialmente feliz del pasado o algún acontecimiento de la infancia). Este ejercicio debería ser practicado todos los días al menos durante un período de tres semanas. Es importante también, a juicio de Chappell, no prestar atención a lo que digan los demás, puesto que los consejos de éstos se dirigen más a la voluntad que a otro aspecto humano, y la preocupación podría incluso incrementarse. Por último, el autor propone intentar eliminar algunas creencias, a las que no duda en adjetivar de "estúpidas", y que pueden contribuir al trastorno. Un ejemplo de dichas creencias es "que se es cobarde en la vida", etc. (Chappell, 1948: 72). En resumen, la propuesta de Chappell es la siguiente:

1. Explicar a la persona lo que le pasa.

2. Ayudar a la persona a buscar pensamientos alternativos.
3. Ayudar a la persona a concentrarse en dichos pensamientos cuando le asalte la preocupación.
4. Ayudar a la persona a eliminar las creencias que puedan estar relacionadas con la preocupación.

Como puede apreciarse, este procedimiento está influido por los primeros acercamientos terapéuticos "antiirracionalistas", llamémosles así, como el de Dubois, de larga tradición filosófica, en concreto estoica, y que luego, como es sabido, desarrolló ampliamente Albert Ellis.

Pero, desgraciadamente, tampoco Chappell aportó dato alguno en favor de la eficacia de este modo de intervención.

#### D) Dale Carnegie

Un último acercamiento terapéutico pionero que quizá merece la pena destacar es el de Dale Carnegie (1948). A diferencia de los autores anteriores, Carnegie no era un profesional de la salud sino un profesor dedicado a la educación de adultos pero que había observado la nefasta influencia de la preocupación en el rendimiento de sus alumnos. Él mismo cuenta el proceso que lo llevó a escribir un libro sobre este fenómeno:

A medida que iban pasando los años, fui comprendiendo que otro de los grandes problemas de aquellos adultos era la preocupación [...]. Era manifiesto que necesitaba un libro de texto para combatir las preocupaciones; así pues, traté de encontrar uno [...]. Pese a ello no pude descubrir ni uno solo que pudiera utilizar como texto para mi curso de adultos. Así, pues, decidí escribir uno yo mismo. Empecé a prepararme para escribir este libro. ¿Cómo? Leyendo lo que los filósofos de todas las épocas han escrito sobre la preocupación. También leí cientos de biografías [...]. Tuve, asimismo, entrevistas con docenas de personas destacadas en todos los campos de la vida [...]. Hice también algo que era más importante que las lecturas y las entrevistas. Trabajé durante cinco años en un laboratorio para librarse de las preocupaciones, un laboratorio que funcionaba en nuestras propias clases para adultos. Que yo sepa, fue el primer y único laboratorio de su clase en el mundo. Lo que hacíamos era esto: dábamos a los alumnos una serie de normas sobre cómo dejar de preocuparse y les pedíamos que aplicaran esas normas a sus propias vidas y después le contaran a la clase los resultados obtenidos. Otros informaban sobre las técnicas que habían utilizado en el pasado (1948: 11-13 de la versión española).

De forma resumida, las principales sugerencias que ofrece Carnegie frente a la preocupación patológica son las siguientes:

1. Centrarse en el presente en vez del futuro.
2. Cuando se está preocupado, analizar lo "peor" que podría suceder.
3. Prepararse para aceptarlo si sucediera.
4. Intentar conseguir que lo "peor" sea menos malo.

Asimismo, para favorecer el análisis de las preocupaciones, Carnegie sugería a sus alumnos que las escribiesen. Como es sabido, ciertas tendencias psicoterapéuticas enfatizan tanto el papel de la "narración" como el de la "aceptación" (Roemer y Orsillo, 2002). Por tanto, suponemos que esta propuesta debe de ser eficaz en cierto modo, aunque, por desgracia, tampoco se ha sometido a prueba formalmente, esto es, de forma experimental.

#### 4.2.2. Terapia de conducta

Desde la creación de las primeras clínicas psicológicas reconocidas como tales, por ejemplo las de Witmer, Seashore o Tallin, han sido muchos los terapeutas que definen el resultado de su quehacer profesional con el término reaprendizaje. Pero quienes más han subrayado este concepto han sido, sin duda, los denominados terapeutas de conducta. La expresión terapia de conducta, acuñada por Skinner y Lindsley en un informe no publicado de 1954, se refería en un principio sólo a las técnicas basadas en los principios del condicionamiento operante, pero, gracias a la influencia pavloviana de los terapeutas británicos, como Hans J. Eysenck, la etiqueta llegó a popularizarse como cualquier forma de tratamiento psicológico basado en la teoría del aprendizaje en general.

Aunque no fue éste un enfoque unitario, la mayoría de los primeros terapeutas de conducta tendió a negar, o simplemente evitar, el papel de la actividad cognitiva en la conducta, y por tanto en el tratamiento psicológico. Y lo hicieron casi de forma "inquisitiva", como lo calificó hace años Michael Mahoney. Por otro lado, los clientes usuales de la incipiente terapia de conducta fueron niños y residentes en instituciones, lo que quizá potenció aún más dicha actitud, frente a la actividad cognitiva.

En este contexto ¿cómo se trataba el TAG? Uno de los terapeutas de conducta más famosos de los primeros años, el sudafricano Joseph Wolpe, en su influyente libro *Psicoterapia por inhibición recíproca*, sugiere que la "ansiedad por todas partes" característica de este trastorno ha tenido que ser "condicionada a propiedades constantes del ambiente" (Wolpe, 1958/1981: 83). Por tanto, según él, una forma de intentar eliminar este tipo de ansiedad es "contracondicionarla".

## A) Desensibilización sistemática

Para este autor, los estímulos que desencadenan ansiedad podrían ser "contracondicionados" de forma gradual, empezando por el menos ansiógeno y utilizando la relajación muscular. Se trataría de asociar dichos estímulos a una nueva respuesta, incompatible con la de ansiedad. El objetivo final es que la persona logre relajarse ante aquellas situaciones que antes le producían malestar emocional. Así nació la desensibilización sistemática, una de las técnicas de tratamiento psicológico más eficaces y más profusamente utilizadas. Básicamente, el procedimiento sería el siguiente:

1. Entrenamiento en relajación.
2. Evaluación de la capacidad de imaginar.
3. Clasificación jerárquica de los estímulos ansiosos.
4. Imaginación del primer elemento de la jerarquía.
5. Relajación muscular cuando la imaginación produzca ansiedad.
6. Imaginación del siguiente elemento en la jerarquía.
7. Relajación muscular cuando la imaginación produzca ansiedad.
8. Se repiten los pasos 6 y 7 con todos los elementos de la jerarquía.

La desensibilización sistemática, y algunas de sus derivaciones como la desensibilización en afrontamiento, se han aplicado con cierto éxito en personas diagnosticadas de TAG (Borkovec y Mathews, 1988; Borkovec et al., 2002), aunque también parece eficaz la aplicación de la relajación progresiva sola y el entrenamiento en biofeedback electromiográfico (Leboeuf y Lodge, 1980; Raskin et al., 1980); de otra forma: que frente al TAG la desensibilización sistemática no parece más eficaz que otras técnicas.

Quizá, lo que ocurre es que en este trastorno no suelen existir estímulos fácilmente identificables, y por ello el tratamiento no es tan eficaz como frente a la fobia específica, donde alcanza sus más altos porcentajes de éxito terapéutico. En ese sentido, a principios de los años setenta apareció el denominado entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA), especialmente diseñado para personas diagnosticadas de TAG. Porque, como dice su autor, Richard Suinn, "la preocupación misma no tiene foco" (1990: 49).

## B) Entrenamiento en el manejo de la ansiedad

A diferencia de la desensibilización sistemática, el EMA se centra más en las

respuestas de ansiedad que en los estímulos desencadenantes. Su principal objetivo es que la persona aprenda a reconocer la aparición de la ansiedad y pueda contrarrestarla lo más pronto posible mediante la relajación. Las respuestas que se manifiestan son comportamentales, fisiológicas y también cognitivas, ya que, según Suinn, los pensamientos son sensibles a los mismos principios y leyes que las conductas observables.

El EMA es breve, suele aplicarse en ocho sesiones, y el plan de actuación es el siguiente:

1."sesión

- a)Se ofrece una explicación del procedimiento.
- b)Se enseña un método de relajación.
- c)Se hace imaginar un acontecimiento o situación relajante.

2." sesión

- a)Se pide rememoración de algún episodio de ansiedad moderada.
- b)Se realiza relajación, sin tensión muscular.
- c)Se realiza relajación ante el recuerdo del episodio ansioso.

3." sesión

- a)La relajación la inicia la propia persona.
- b)Se pide rememoración ansiosa, pero atendiendo a los síntomas.
- c)Se realiza relajación.
- d)Se repite todo varias veces.

4." sesión

- a)Se pide rememoración de algún episodio de ansiedad intensa, que se alterna con el de ansiedad moderada.
- b)La persona decide el momento para terminar, e iniciar la relajación.

5."sesión

a) Se completa el cambio de control, desde el terapeuta a la persona.

#### 6. "-8." sesión

a) Se fortalece el autocontrol de la persona.

b) Se practica con situaciones cotidianas y reales de ansiedad.

Como se ve, el EMA se basa en el uso activo de la imaginación, la relajación y el autocontrol. Por otro lado, debido a su brevedad, la asignación de tareas para casa resulta imprescindible. Respecto a su eficacia hay que decir que, aunque este procedimiento fue diseñado especialmente para el tratamiento de la ansiedad generalizada, los estudios controlados muestran que su efectividad no es mejor que la obtenida por la terapia cognitiva estándar (Lindsey et al., 1987).

#### C) Detención del pensamiento

Otra técnica muy empleada ante el TAG ha sido la mal llamada detención del pensamiento. Originalmente introducida por Bain, y popularizada por autores como Wolpe, esta técnica consiste en intentar interrumpir el flujo de pensamientos mediante la palabra "basta" o alguna similar.

Lo primero que la persona debe aprender es a concretar cuáles y cómo son los pensamientos que lo perturban, pudiéndose utilizar algún listado estandarizado en caso de que le cueste trabajo verbalizarlos. Una vez identificados, se pide a la persona que se siente con los ojos cerrados y que, cuando se le indique, empiece a decir dichos pensamientos en voz alta. Antes de que termine, el terapeuta gritará "basta" (o algo similar, como "alto", "no", etc.), acompañándose de una palmada fuerte sobre la mesa. Cuando la persona abra los ojos, se le preguntará si ha conseguido detener el pensamiento. El proceso se repetirá al menos durante unos 10 minutos. Posteriormente, será la propia persona quien realizará toda la secuencia, primero en voz alta, y luego sin hablar. Cuando haga este ejercicio en su casa, será conveniente que disponga de un momento prefijado para ello (por ejemplo, 10 minutos cada día). De igual forma, si bien al principio debe repetirse la palabra clave en todas las ocasiones, después no será necesario hacerlo siempre.

Existe cierta controversia acerca de los mecanismos funcionales de esta técnica. Así, se ha especulado, entre otras explicaciones, que podría actuar como un castigo, como un hábito inhibitorio reforzado positivamente, como una sensación de alivio reforzada negativamente, o bien como un elemento de distracción. En cualquier caso, y aunque pueda dotar a la persona de una cierta sensación de control, esta técnica debería utilizarse con precaución pues, desgraciadamente, no conocemos estudios comparativos de su eficacia. Y, aún más, la investigación experimental viene demostrando que intentar

suprimir directamente el pensamiento puede incluso producir un efecto rebote, tal como se ha observado tanto en personas diagnosticadas de TAG como en sujetos control.

#### D) Desarrollos recientes: la terapia de aceptación y compromiso

Por último, dentro de los enfoques actuales de la terapia de conducta, debemos mencionar, por la creciente influencia que está teniendo, a la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Derivada del análisis de conducta clásico, las principales suposiciones de este enfoque son:

1. Los trastornos psicológicos se relacionan, sobre todo, con conductas que implican evitación y no aceptación.
2. El "control" y la "inflexibilidad" pueden ser parte del problema.
3. El propio sufrimiento tiene "sentido", esto es, está conectado con metas y valores personales.
4. El pensamiento se analiza como un tipo de conducta verbal que ocurre en un contexto social, y tiene consecuencias innegables.

Pese a las críticas que este enfoque puede suscitar, especialmente su trasnochada identificación entre el pensamiento y el lenguaje, lo cierto es que ya se está aplicando en casos de TAG, bien como única orientación, bien como parte de la terapia cognitivo-conductual (Roemer y Orsillo, 2002). En nuestro país, ya se ha informado de un caso tratado con cierto éxito en 18 sesiones. Además de relajación progresiva y exposición ante la ansiedad, se le aplicaron técnicas basadas en este enfoque, como el reforzamiento de la relación decir-hacer-decir, y diversas técnicas de aceptación (Huerta, Gómez, Molina y Luciano, 1998).

Pero aún es necesaria más investigación para poner a prueba la eficacia diferencial de estas nuevas técnicas frente a las ya clásicas y, en definitiva, comprobar si añaden o no algo nuevo a las formas tradicionales de hacer terapia.

#### 4.2.3. Terapia cognitiva

Como es sabido, la terapia cognitiva es un enfoque de intervención clínica entre cuyas suposiciones destaca la de que el cambio cognitivo es necesario y suficiente en el abordaje de muchos trastornos psicológicos. A este nuevo paradigma contribuyeron numerosos profesionales desencantados del psicoanálisis como método de tratamiento. Tal es el caso de Albert Ellis, a quien no le satisfacía la pasividad del psicoanálisis ante las demandas de acción de sus pacientes; "sí, ahora veo exactamente lo que me preocupa y por qué me preocupa, pero, con todo, aún sigo preocupado. ¿Qué debo hacer ahora?" (le

preguntaba un paciente a Ellis, 1962/2003: 16). Otro pionero de la terapia cognitiva, Aaron Beck, también se lamentaba del hecho de que sus "¡compañeros de estudios de psicoanálisis y otros colegas comenzaban su sexto o séptimo año de psicoanálisis sin aparente mejoría en su conducta o en sus sentimientos!" (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983: 8).

Pero a este nuevo enfoque también contribuyeron de forma importante algunos terapeutas de conducta que se resistían a creer que la teoría del aprendizaje animal podría contener todos los principios básicos necesarios para explicar la conducta humana, y sin que el pensamiento y el lenguaje desempeñen un papel explicativo relevante en ella. Entre dichos autores se podría citar a Albert Bandura, Arnold Lazarus, Michael Mahoney o Donald Meichenbaum, por nombrar sólo unos cuantos. Y sus principales aportaciones fueron un mayor énfasis en los objetivos específicos, una mejor delimitación de los procedimientos concretos a la hora de conseguir dichos objetivos y una evaluación más rigurosa de los resultados terapéuticos.

De esta manera, fue surgiendo una nueva forma de entender el sufrimiento humano y la psicoterapia. Por ejemplo, Albert Ellis, uno de los pioneros como se dijo anteriormente, empezó a darse cuenta de la relación entre determinadas creencias y la mayoría de los trastornos psicológicos; ayudar a la persona a identificar y corregir dichas creencias será la principal tarea de su propuesta terapéutica. En particular, y con respecto al tema que nos ocupa, este terapeuta también fue uno de los primeros en observar que muchas personas creen "irracionalmente" que deben preocuparse mucho por los problemas y las perturbaciones de los demás. Con ello, parecerá que son mejores personas, o que no son egoístas. Este tipo de creencias, sin duda, facilitará la aparición de preocupaciones triviales e innecesarias (Ellis, 1962/2003: 79). Curiosamente, ésta es una de las líneas actuales de investigación sobre el tema de la preocupación patológica, como se expuso en el capítulo 2.

Una limitación de este enfoque terapéutico, no obstante, es que su principal objetivo (que la persona cambie su "filosofía de vida" y se "conduzca de forma más racional") puede resultar demasiado ambicioso. Otra, que su propuesta de intervención no está suficientemente estructurada.

El planteamiento clínico de Beck, por el contrario, es más sistemático y se centra tanto en las creencias o esquemas disfuncionales aprendidos como en los sesgos cognitivos y "pensamientos automáticos negativos" que dichas creencias producen. Según Beck, en el TAG, existe una tendencia a imaginar que sucede "lo peor", y los principales pensamientos automáticos negativos se refieren a temas como la falta de control, la depreciación o el rechazo. Al final, esta actividad cognitiva es, en gran medida, responsable de la perturbación afectiva experimentada. Entre las distintas técnicas terapéuticas propuestas por Beck destaca el registro diario de pensamientos, el diálogo socrático y los experimentos de comprobación. Estudios recientes como el de Bennett-

Levy (2003) sugieren que estos últimos son especialmente importantes, y la valoración general de esta terapia, aunque quedan muchas cuestiones pendientes, parece aceptable.

Dentro del enfoque cognitivo, un planteamiento menos estructural fue el de Donald Meichenbaum, terapeuta y profesor de la Universidad de Toronto. Este autor aportó una manera sencilla pero poderosa de mejorar la autorregulación personal. Basándose en la idea vygotskiana de que el lenguaje es un instrumento cognitivo que posibilita el control del comportamiento, Meichenbaum sugirió que el cambio de pensamientos concretos puede comenzar por corregir lo que se dice uno a sí mismo. Aunque inicialmente aplicó este enfoque a diversos problemas (por ejemplo, la esquizofrenia y la impulsividad infantil), pronto lo utilizó frente a la preocupación excesiva. En concreto, desarrolló un programa de intervención con alumnos muy preocupados por sus exámenes; el entrenamiento consistía básicamente en instar a los sujetos a que cambiasen su "diálogo interno" habitual a la hora de hacer un examen, y que utilizasen frases alternativas, como, por ejemplo: "Lo estoy haciendo bien, no hay por qué preocuparse" (Meichenbaum, 1972).

Por último, cabría otro planteamiento terapéutico, el de intentar mejorar la forma en que las personas plantean y solucionan sus problemas cotidianos antes de que éstos los abrumen y consigan mermar su salud psicológica, tal como propone Thomas D'Zurilla (1993). Veamos el ejemplo de una mujer de 36 años, la señora S, quien decía preocuparse por "todo": entre otras cosas, de la salud, de los aditivos de los alimentos, o por la gente que quería aprovecharse de ella. Incluso le desazonaba preocuparse demasiado y que tanto malestar tuviera efectos nocivos para su salud física:

[...1 cuatro meses antes de que la Sra. S. iniciara la terapia, le habían comunicado que su madre sufría cáncer. En el momento en que empezó la terapia aún se desconocía el pronóstico de la enfermedad de su madre. Dos meses después de esclarecerse el diagnóstico de la enfermedad de su madre, su hijo cogió un catarro severo que derivó en neumonía, ambas enfermedades generaron un estrés considerable que redujo la capacidad de la Sra. S. para sobrellevar estos conflictos con efectividad. Poco después de iniciar la terapia, se produjo más ansiedad cuando el profesor de su hijo le informó que éste tenía un problema de lectura que influía sobre sus logros escolares. Este conflicto tampoco pudo ser convenientemente manejado por la Sra. S.

Durante 28 sesiones, se intentó enseñar a dicha mujer la siguiente idea: que es más conveniente y productivo considerar las actuales circunstancias como problemas que resolver antes que como amenazas que evitar. En ese sentido, también se subrayó la importancia de recabar suficiente información a la hora de pretender comprender un problema y de plantear soluciones eficaces ante él. Y, sobre todo, se enfatizó la utilidad de hacerse preguntas uno mismo con el objetivo de guiar el proceso de afrontamiento, por ejemplo:

- a)"¿Qué puedo hacer para minimizar la preocupación sobre el cáncer de mi madre?"
- b)"¿Qué puedo hacer para ayudar a mi madre a sobrellevar el cáncer?"
- c)"¿Qué puedo hacer para prevenir que evolucione [el catarro de mi hijo] en un problema más serio?"
- d)"¿Qué puedo hacer para asegurar una dieta sana y segura para mi familia?"

Todas las orientaciones y enfoques cognitivos anteriormente expuestos tienden a ser integrados en protocolos estandarizados de intervención. Así, por ejemplo, ante el TAG un procedimiento habitual es el siguiente (tomado de Ost y Breitholtz, 2000):

#### 1. Papel de los pensamientos anticipatorios en la emoción y en la conducta

El primer paso consiste habitualmente en mostrar a la persona, con ejemplos, ejercicios o metáforas, la interconexión entre el pensamiento, la emoción y la conducta, aclarando previamente, eso sí, el significado de estos conceptos. No siempre la persona y el terapeuta coinciden en dicho significado.

#### 2. Identificación de pensamientos y creencias disfuncionales subyacentes

Para identificar pensamientos disfuncionales, se suele utilizar la técnica del registro de pensamientos y, para intentar identificar creencias disfuncionales, además de algunos instrumentos existentes (por ejemplo, el DAS), se puede emplear la técnica de las frases incompletas, o la técnica de la flecha descendente.

#### 3. Cuestionamiento de pensamientos

Para lograr cuestionar los pensamientos anticipatorios, el terapeuta suele realizar preguntas típicas como las siguientes: "¿Qué probabilidad real existe de que ocurra eso que te preocupa? ¿Qué evidencia a favor y en contra hay para que suceda eso verdaderamente?". También se puede invitar a la persona a generar por escrito contrarrazones, esto es, razones por las que sería difícil o imposible que ocurriera lo que se teme. Se empezaría por la preocupación ante la que sea más fácil generar dichas contrarrazones, y se terminaría con la más difícil (véase MacLeod, 1994: 127).

#### 4. Pensamientos alternativos

De igual forma, el terapeuta ayuda a la persona a generar explicaciones alternativas a lo que ésta tema. El terapeuta formula preguntas típicas como las siguientes: "¿Qué otras explicaciones podrían darse?". Así, por ejemplo, ante la tardanza de un ser querido, la persona podría pensar que aquél se ha podido

encontrar con alguien y que por eso se ha retrasado.

## 5. Afrontamiento

Por último, se intenta que la persona se enfrente directamente a lo que teme, en la realidad o de forma imaginada. También se procura que la persona busque soluciones de forma anticipada. El terapeuta realiza preguntas típicas como las siguientes: "¿Y qué si ocurre lo que piensas? ¿Tan grave es eso? ¿Qué se podría hacer en el caso de que ocurriera lo que estás pensando? ¿Cómo podría solucionarse?". Así, por ejemplo, en el caso de la preocupación por un posible contratiempo, la persona deberá pensar en la mejor manera de solucionar dicho contratiempo.

Cuadro 4.2. Procedimientos de intervención cognitivo-conductuales frente al TAG

Autor	Procedimientos terapéuticos
Caro (1985)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapia cognitiva de Beck: comprobación de hipótesis, programación de actividades, técnicas de distracción (hacer punto, hablar).</li> <li>2. Terapia racional-emotiva de Ellis, para combatir ideas de muerte y aceptación de lo inevitable.</li> <li>3. Entrenamiento en asertividad: disco rayado, asertividad negativa.</li> <li>4. Relajación.</li> </ol>
Alario (1989)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desensibilización sistemática.</li> <li>2. Entrenamiento en asertividad: disco rayado, asertividad negativa "banco de niebla".</li> <li>3. Terapia cognitiva (Beck y Ellis): comprobación de hipótesis, programación de actividades de dominio y placer, desdramatización.</li> <li>4. Hipnosis: con cinta magnetofónica para el insomnio.</li> <li>5. Relajación muscular progresiva.</li> </ol>
Benedito y Botella (1992)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relajación muscular progresiva.</li> <li>2. Exposición en la imaginación.</li> <li>3. Terapia cognitiva: comprobación de hipótesis, desastrosificación, retribución.</li> <li>4. Parada del pensamiento.</li> </ol>
Bados y Bach (1997)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definición del problema.</li> <li>2. Respiración controlada y técnicas de inervación del nervio vago.</li> <li>3. Reestructuración cognitiva de pensamientos, verbal y por escrito, dirigida a la sobreestimación y la catastrofización.</li> <li>4. Exposición a situaciones.</li> <li>5. Planificación de tiempo.</li> <li>6. Cuadros de decisión.</li> </ol>

Este protocolo cognitivo también se puede encontrar mezclado con técnicas de orientación conductual. En el cuadro siguiente se exponen algunos ejemplos, tomados de casos tratados en España.

Pero ¿realmente es eficaz la terapia cognitiva en el tratamiento del TAG? Y, de serlo, ¿es también más eficaz que la farmacoterapia o la terapia de conducta? Por último, ¿es más eficaz un tratamiento combinado que uno simple? Se intentará contestar a estas

preguntas en el siguiente apartado.

#### 4.3. Evidencia disponible. Significación clínica y estadística

Uno de los primeros intentos en comparar la eficacia de diversos procedimientos de intervención frente a la preocupación excesiva fue llevado a cabo por Elwood L. Robinson, antiguo colaborador de Borkovec. En concreto, este autor comparó la reestructuración cognitiva con la relajación progresiva, y con la desensibilización en afrontamiento, contando con un grupo en lista de espera (Robinson, 1989). Según los resultados, pareció más eficaz la reestructuración cognitiva; no obstante, la baja fiabilidad y validez de las variables dependientes utilizadas hace dicha conclusión necesariamente provisional. Además, como se observará en el siguiente cuadro, la revisión general de estudios comparativos no apoya dicha conclusión.

Cuadro 4.3. Eficacia terapéutica frente al TAG: estudios comparativos

<i>Estudio</i>	<i>Tratamientos comparados</i>	<i>Eficacia observada</i>
Leboeuf y Lodge (1980)	Relajación progresiva (RP) Biofeedback electromiográfico (BE)	RP = BE
Raskin <i>et al.</i> (1980)	Relajación progresiva (RP) Biofeedback electromiográfico + relajación progresiva (BE + RP)	RP = BE + RP
Lehrer <i>et al.</i> (1983) Tarrier y Main	Relajación progresiva (RP) Meditación (M) Control	1. Tratamiento > control 2. RP > M

<i>Estudio</i>	<i>Tratamientos comparados</i>	<i>Eficacia observada</i>
Tarrier y Main (1986)	Relajación aplicada breve (1 sesión) (RAB) Relajación aplicada (RA) Control	1. Tratamiento > Control 2. RAB = RA
Durham y Turvey (1987)	Terapia cognitiva (TCg) Terapia de conducta (TC)	TCg = TC
Lindsey et al. (1987)	Terapia cognitivo-conductual (TCC) Entrenamiento en manejo de ansiedad (EMA)	TCC = EMA
Borkovec y Mathews (1988)	Terapia no directiva Desensibilización en afrontamiento Terapia cognitiva + relajación progresiva	Sin diferencias entre tratamientos
Power et al. (1989)	Terapia cognitivo-conductual (TCC) Diazepam (D) Placebo (P)	1. TCC > P 2. D = P
Power et al. (1990)	Terapia cognitivo-conductual (TCC) Terapia cognitivo-conductual + Diazepam (TCC + D) Diazepam (D) Placebo (P)	1. TCC (con o sin D) > D 2. D = P
Butler et al. (1991)	Terapia cognitivo-conductual (TCC) Terapia de conducta (TC)	TCC > TC
Barlow et al. (1992)	Relajación progresiva (RP) Terapia cognitiva (TCg) Combinación (RP + TCg) Control	1. Tratamiento > control 2. Sin diferencias entre tratamientos

<i>Estudio</i>	<i>Tratamientos comparados</i>	<i>Eficacia observada</i>
White et al. (1992)	Terapia cognitiva Terapia de conducta Terapia cognitiva-conductual	Sin diferencias entre tratamientos
Simeon et al. (1992)	Alprazolam (A) Placebo (P)	A = P
Borkovec y Costello (1993)	Relajación aplicada (RP) Terapia cognitiva-conductual + relajación aplicada (TCC + RP) Terapia no directiva (TND)	TND fue la menos eficaz
Durham et al. (1994)	Terapia cognitiva (TCg) Terapia psicodinámica (TP)	TCg > TP
Stanley et al. (1996)	Terapia cognitiva-conductual (TCC) Terapia de apoyo (TA)	TCC = TA
Öst y Breitholtz (2000)	Relajación aplicada (RA) Terapia cognitiva (TCg)	RA = TCg
Borkovec et al. (2002)	Terapia cognitiva Relajación aplicada y desensibilización Combinación de ambas	Sin diferencias entre tratamientos

De esta revisión, efectuada a partir del año 1980, que es cuando la categoría diagnóstica alcanza cierto grado de fiabilidad, se puede establecer que en el tratamiento actual del TAG:

- 1.El tratamiento psicológico es preferible al tratamiento farmacológico con benzodiacepinas.
- 2.Dentro de las posibilidades psicoterapéuticas, el tratamiento psicodinámico parece menos efectivo que otros.
- 3.No existen diferencias, en cuanto a la eficacia, entre la terapia cognitiva y la terapia de conducta en sus diversas formas.

4. La combinación de tratamientos no parece añadir mayor eficacia.

#### 4.3.1. Tratamiento psicológico frente a tratamiento farmacológico

Según los estudios revisados, las benzodiazepinas (al menos el diazepam y el alprazolam) no parecen mejor que el placebo en el tratamiento del TAG, ni en adultos (Power et al., 1989 y 1990), ni en niños (Simeon et al., 1992). Ello explica por qué algunos casos no mejoran tras años de medicación. En la actualidad, están empezando a aplicarse otros fármacos como la sertralina, en niños (Rynn et al., 2001), o la venlafaxina, en adultos, y especialmente cuando el TAG es un diagnóstico secundario al de depresión (Silverstone y Salinas, 2001). Pero es preciso investigar si la eficacia de estos nuevos fármacos es comparable o superior a la de la psicoterapia.

#### 4.3.2. Terapia psicodinámica frente a terapia cognitivo-conductual

Según los estudios revisados, entre las terapias psicológicas, las menos eficaces parecen ser las no directivas y las de corte psicodinámico, mientras que las más efectivas parecen ser el entrenamiento en relajación y la terapia cognitivo-conductual. Sin embargo, en los últimos años, están apareciendo nuevos enfoques que integran elementos psicodinámicos con elementos interpersonales. Pero está por verificar su eficacia de forma controlada.

#### 4.3.3. Terapia cognitiva frente a terapia de conducta

En conjunto, y tras la revisión realizada, se podría afirmar que no existen diferencias en cuanto a la eficacia entre la terapia cognitiva y la terapia de conducta, en sus diversas formas. Una explicación de ello es, quizá, que ninguna de las dos obtiene un elevado grado de eficacia. De hecho, la mejora clínica que ambos trata mientos consiguen apenas supera el 50% (Barlow et al., 1992; Borkovec y Costello, 1993; Ost y Breitholtz, 2000).

#### 4.3.4. Tratamiento único frente a tratamiento combinado

Cabría esperar que, si la eficacia de ambas orientaciones no es muy elevada, una combinación de ambas lograra mejores resultados. Pero, según la revisión de estudios realizada, la unión de tratamientos no parece añadir una mayor eficacia, ni siquiera cuando las sesiones de tratamiento se incrementan (Borkovec et al., 2002).

De igual modo, la administración adicional de benzodiazepinas no mejora la eficacia alcanzada por la terapia cognitivo-conductual (Power et al., 1990).

#### 4.3.5. Reflexiones finales

De las cuatro conclusiones anteriormente expuestas, es destacable que, frente al TAG, la

terapia cognitiva no consiga ser más eficaz que la terapia de conducta, y ni siquiera supere a la relajación, progresiva o aplicada. Una primera explicación de ello podría ser que la terapia cognitiva conllevara algún tipo de efecto contraproducente y reductor de su eficacia. Por ejemplo, entendida o explicada de forma errónea, pudiera ser que con la terapia cognitiva la persona:

1. Se llegue a sentir culpable de sus propios pensamientos y sentimientos.
2. Se llegue a sentir todavía más incompetente.
3. Intente controlar aún más sus pensamientos, desencadenando un paradójico efecto rebote.

Aunque ha pasado completamente desapercibido, el propio Beck insinuó algo parecido hace años cuando escribió que "[...1 las preocupaciones e ideas perseverantes pueden verse agravadas por este tipo de terapia" (Beck et al., 1983: 15). Lo que no nos dijo es por qué. Quizá se refería a ese efecto rebote, que puede provenir de los intentos desesperados de la persona por controlar sus propios pensamientos. Nosotros mismos también hemos constatado dicho efecto en uno de nuestros primeros casos. La señora P, una mujer de 46 años diagnosticada de TAG, tras aplicársele terapia cognitiva, pasó de 60 a 65 en el PSWQ y de 58 a 64 en el AnTI. La propia mujer lo explicaba diciendo que no conseguía reevaluar de forma alternativa sus preocupaciones, y que ello se estaba convirtiendo, además, en una nueva preocupación para ella.

Pero, dado que en muchos otros casos la terapia cognitiva sí es eficaz (Mitte, 2005), quizá lo que ocurra es que los procedimientos de este enfoque y su filosofía subyacente no sean del todo óptimos para el TAG. En primer lugar, porque, como el propio Beck reconoce, a la persona preocupada le resulta difícil hacer introspección. En segundo lugar, por los métodos de intervención mismos. Como es sabido, lo que básicamente intenta este tipo de terapia ante la preocupación patológica, entre otras cosas, es que la persona revalúe la probabilidad de ocurrencia de aquello que anticipa, con el objetivo de establecer unos parámetros más acordes con la "realidad". Y, para ello, los terapeutas utilizan varios procedimientos con la esperanza de que la persona juzgue menos probable lo temido y así se reduzca su preocupación. Pero este objetivo es muy difícil de conseguir en la práctica, porque el juicio sobre la probabilidad de ocurrencia depende también del afecto y de la utilidad del resultado. Y, aunque se consiguiera, ello no implica necesariamente una despreocupación: la persona puede reconocer que es muy difícil que ocurra algo pero, aun así, preocuparse. Del mismo modo, pretender que la persona se imagine aquello que teme y reevalúe su gravedad, puede resultar inviable en muchas ocasiones; de hecho, Dugas y Ladouceur (2000) creen que este objetivo sólo es aplicable a preocupaciones que involucren sucesos altamente improbables. Pero hay algo más. Piénsese, por ejemplo, en la madre preocupada porque su hijo se retrasa y que cree que éste podría haber tenido un accidente. A diferencia del tratamiento de la fobia, en la que

la persona reconoce que su reacción es desproporcionada y, por tanto, puede entender la necesidad de la exposición, la preocupación se suele concebir como una reacción normal, y lo único que se quiere es que "no ocurra" lo que se está pensando.

Además de estas limitaciones respecto al método, la filosofía subyacente a la terapia cognitiva tampoco parece detallar de forma satisfactoria el fenómeno de la preocupación. Algunos autores han criticado, de hecho, que, aunque la terapia cognitiva supuso un desarrollo indudable del paradigma asociacionista tradicional al incluir la descripción, análisis e intervención sobre el sistema de creencias, "dejó sin resolver el problema más básico para la creación de una psicología cognitiva aplicada, a saber, el desarrollo y organización del conocimiento humano" (Guidano, 1997: 115). La preocupación, como señalan algunos autores, es un complejo fenómeno en el que participan activamente las metas, creencias y conocimientos de la persona para generar procesos de anticipación concretos. No es sólo una respuesta, también es una "propuesta", tomando prestado el juego de palabras del maestro Pinillos; es decir, una actividad donde se expresa tanto la naturaleza proactiva de la cognición como la evolución misma del conocimiento de una persona. Al dejar fuera estas dos características, el abordaje asociacionista de la preocupación utilizado por la terapia cognitiva podría resultar, cuando menos, parcial. Por otro lado, ¿se puede contrarrestar la preocupación apelando exclusivamente a la racionalidad? Pues quizá no del todo, ya que el pensamiento espontáneo no es precisamente "racional". En ese sentido, es conocido el ejemplo de Kurt Gödel, uno de los lógicos más famosos del siglo xx, y que, a pesar de su formación, no podía evitar ciertas preocupaciones constantes e "irracionales", desde las más ansiosas a las más paranoicas, como la posibilidad de que alguien lo envenenase mientras comía.

Todo ello quizá explique por qué la terapia cognitiva clásica no llega a ser tan eficaz como cabría esperar frente a la preocupación patológica. Afortunadamente, en los últimos años, algunos investigadores centrados en el TAG han propuesto procedimientos mucho más específicos de tratamiento, y esperamos que mejores que las terapias clásicas. En el próximo apartado se analizarán varios de estos programas de intervención.

#### 4.4. Programas actuales de intervención

En los últimos años han aparecido algunos programas de intervención específicos frente al TAG, la mayoría centrados en el característico síntoma de la preocupación disfuncional, y dirigidos tanto a adultos como a niños y ancianos. A continuación, se revisarán de forma crítica los más importantes.

##### 4.4.1. Programas para adultos

Entre los programas de intervención para adultos, algunos tienen por objetivo primordial el control situacional y temporal de la preocupación; otros, intentar modificar las

creencias asociadas a las consecuencias de la preocupación, y otros, promover un cambio de las variables personales más íntimamente relacionadas con el trastorno.

#### A) El control de la preocupación como objetivo

Algunos autores, como Rowland Folensbee, formado con Borkovec en la Universidad Estatal de Pensilvania, han sugerido que una forma de mitigar la excesiva preocupación es intentar controlarla situacional y temporalmente. Después de todo, la queja principal de las personas diagnosticadas de TAG es su percepción de que no pueden controlar sus pensamientos.

De manera similar a como se hace frente al insomnio, la obsesión, o la adicción al tabaco, la persona podría intentar postergar su preocupación a un momento y a un lugar prefijados por ella misma; así, quizá se redujese la ocurrencia, la duración, e incluso el contenido de sus preocupaciones, según Folensbee. En concreto, el procedimiento que este autor sugiere es el siguiente:

- Se establece un tiempo (por ejemplo, media hora diaria) y un lugar para llevar a cabo el entrenamiento.
- Se intenta aprender a identificar el inicio de las preocupaciones.
- Cuando la persona experimenta preocupación, debe intentar posponerla hasta el tiempo y lugar prefijados.
- Asimismo, cuando la persona experimenta preocupación, debe intentar reemplazar dicha preocupación y procurar atender a la estimulación del ambiente.
- Durante el tiempo prefijado, la persona debe escribir las preocupaciones pospuestas.

Este procedimiento ha sido sometido a prueba, de forma experimental. En concreto, Borkovec, Wilkinson, Folensbee y Lerman (1983) compararon a un grupo de personas al que se le aplicó este método, frente a otro grupo al que se le enseñó relajación progresiva, y se observó que la postergación conseguía una reducción significativa del porcentaje de preocupación diaria.

Pese al interés que puede suscitar esta propuesta, la validez externa y de constructo de esta investigación es limitada, por lo que es pronto para establecer conclusiones. En primer lugar, utiliza análogos clínicos, estudiantes universitarios a quienes se les ofrece créditos por su participación; en segundo lugar, la variable dependiente evaluada (el porcentaje de tiempo que los sujetos se preocupan) no es demasiado fiable, por lo que los resultados atribuidos a la manipulación experimental podrían deberse, sencillamente, a este hecho.

## B) La reinterpretación de las consecuencias percibidas de preocuparse

Acorde con su modelo teórico, Adrian Wells también ha propuesto un procedimiento específico para manejar la preocupación disfuncional, basado en la reestructuración de las consecuencias que la persona atribuye al acto mismo de preocuparse. Como se recordará, para Wells la preocupación es inicialmente una estrategia seleccionada por el sujeto para anticipar y solucionar posibles problemas, pero, cuando es demasiado frecuente, intensa o duradera, puede generar una evaluación negativa o "metapreocupación". La intervención que propone este autor se basa en intentar modificar, con cuestionamiento socrático y pruebas de realidad, tanto la evaluación positiva inicial de la preocupación, como la evaluación negativa final.

Wells (1995) relata un estudio de caso único, en el que, tras cuatro semanas de tratamiento, se observa una reducción significativa en el AnTI, así como en la frecuencia y duración de los episodios de preocupación que la persona experimenta. De igual forma, Wells y King (2006) han evaluado este enfoque terapéutico con 10 casos diagnosticados de TAG y han observado una recuperación inicial de casi el 88%, y del 75% a los 12 meses.

No obstante, esta propuesta aún no ha sido sometida a comprobación experimental, por lo que es desconocida su eficacia frente a un grupo control. De cualquier forma, intentar modificar la evaluación negativa que se hace de la preocupación sí parece interesante porque supone que la persona logre aceptar sus emociones y sus estados, lo que es coherente con el énfasis actual de otros procedimientos terapéuticos frente al TAG (vid. Roemer y Orsillo, 2002).

## C) La tolerancia a la incertidumbre como objetivo

Otro intento por ofrecer una terapia específica contra el TAG lo constituye el programa de Michel Dugas. Como se expuso en el capítulo 2, para Dugas y su numeroso equipo de investigación, la propia incertidumbre es la principal amenaza para alguien con TAG. Por tanto, el principal objetivo será aumentar la tolerancia de la persona respecto a dicha incertidumbre.

Aparecida por primera vez en 1997, esta propuesta de intervención ha ido incorporando técnicas con los años. De forma resumida, consta de tres procedimientos principales:

- Exposición mediante la imaginación, especialmente en el caso de preocupaciones en las que se anticipan sucesos improbables.
- Entrenamiento en solución de problemas, especialmente en el caso de problemas inmediatos. El objetivo concreto consistirá en mejorar la orientación a los

problemas.

-Comprobación de hipótesis y cuestionamiento socrático, especialmente para reestructurar las creencias asociadas a la preocupación y la baja tolerancia a la incertidumbre.

Más en concreto, el guión terapéutico que sugieren estos autores es el siguiente:

#### 1. Presentación de la lógica de la intervención

El terapeuta explica a la persona el papel que ciertas variables desempeñan en el inicio y el mantenimiento del trastorno. A continuación se fijan unos objetivos, en concreto el de reconocer y aceptar situaciones inciertas, y el de desarrollar estrategias adecuadas para afrontar dichas situaciones.

#### 2. Entrenamiento reflexivo

Durante tres sesiones, se intenta enseñar a la persona a que discrimine entre dos clases de preocupación distintas: las solucionables y las no solucionables. Para contribuir a dicho objetivo, se programan tareas para casa que deben realizarse al menos cuatro veces al día.

#### 3. Reevaluación de creencias sobre la preocupación

En caso de que existan creencias positivas sobre la preocupación, deberán ser objeto de reestructuración.

#### 4. Orientación al problema

El objetivo que se pretende conseguir es que la persona no conciba los problemas como amenazas en sí mismos, sino como problemas solucionables.

#### 5. Exposición cognitiva

Es aplicable frente a aquellas preocupaciones en las que no se pueda utilizar el enfoque de solución de problemas.

#### 6. Prevención de recaídas y seguimiento

Como en muchos otros procedimientos de intervención, es necesario destinar un tiempo de terapia para la prevención de futuros episodios de preocupación. Y, una vez terminado el programa, será necesario realizar un seguimiento.

En un primer estudio, Dugas y Ladouceur (2000) aplicaron este procedimiento de

intervención a cuatro personas durante 16 sesiones de una hora de duración, una sesión cada semana; dos de los participantes cumplían los criterios diagnósticos del TAG según el DSM y los otros dos no. El primer participante fue un hombre de 48 años, diagnosticado de TAG, y secundariamente de trastorno de pánico. Aunque el problema le duraba ya seis años, sólo hacía dos que estaba bajo tratamiento farmacológico (clonacepam). Sus principales preocupaciones se referían al trabajo (no tener seguridad), a la competencia personal (no ser capaz de hacer las cosas), a los hijos (que les pase algo) y a la relación con un amigo (que se rompa la relación con él). El segundo caso fue el de una mujer de 22 años, cuyas principales preocupaciones eran no encontrar trabajo, el bienestar de su marido y de su hijo, las opiniones de los demás hacia ella y su valía como madre. El tercer caso fue el de una mujer de 20 años, cuyas principales preocupaciones eran el futuro personal y el profesional, así como la salud de su madre. Y el cuarto participante fue un hombre de 24 años, ingeniero químico, diagnosticado de TAG, y de forma secundaria de trastorno obsesivo-compulsivo y fobia social. El problema duraba ya cuatro años, y sus principales preocupaciones giraban en torno a la salud, la posibilidad de tener un accidente laboral, su relación con su novia, la muerte de seres queridos y su apariencia física.

Una vez aplicado el programa de intervención a estos cuatro casos, se observó que:

1. Se redujo el porcentaje de tiempo que estas personas decían preocuparse.
2. Se redujo la puntuación en el PSWQ y en la IUS (Intolerance of Uncertainty Scale, instrumento elaborado por los autores), aunque en el cuarto caso no hubo cambio clínico significativo.
3. No hubo diferencias clínicamente significativas durante el seguimiento en el GAD-Q (en tres de los cuatro casos; 1, 2 y 4) y en el BAI (en dos de los cuatro casos: 1 y 4).

Y, en un segundo estudio, también se observó la aparente eficacia de este procedimiento terapéutico frente a un grupo control (Ladouceur, Dugas, Freeston, Léger, Gagnon y Thibodeau, 2000).

Pero, pese a esos resultados, ambos estudios presentan limitaciones que hay que sopesar. En el primer estudio, el terapeuta es el propio autor, y no se utiliza grupo control. En el segundo, aunque sí se utiliza grupo control, los resultados no parecen muy estables. Además, quizá hubiera sido más interesante incluir otras condiciones terapéuticas, es decir, haber contrastado el programa frente a otras formas de intervención como la terapia cognitiva estándar o la terapia de conducta, ya que, si un nuevo programa terapéutico no es mejor que los anteriores ¿qué sentido tiene utilizarlo?

#### 4.4.2. Programas para niños

Los niños, y así lo reconoce la APA en la actualidad, también pueden sufrir TAG. Pero hasta hace poco ha sido un trastorno infradiagnosticado que, o pasaba desapercibido, o se valoraba positivamente, queriendo ver erróneamente en la preocupación infantil un signo de madurez. Hoy se sabe que el TAG es un trastorno que merece atención clínica, y que presenta porcentajes de comorbilidad igual de elevados que los observados en población adulta: un 56% con la depresión, y un 75% con otros trastornos de ansiedad (Masj et al., 2004). Para evitar los falsos positivos, se aconseja hacer un riguroso diagnóstico diferencial con el trastorno de ansiedad por separación, la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros.

Aunque el tratamiento frente al TAG infantil ha incluido las benzodiacepinas, y últimamente también la sertralina, quizá sea el enfoque cognitivo-conductual el de mayor evidencia empírica. En concreto, Philip C.Kendall, de la Universidad de Temple, en Filadelfia, diseñó en 1994 un programa de 16 sesiones, durante cuatro meses, que incluía exposición en vivo y aprendizaje de habilidades de afrontamiento. En concreto, se intentó enseñar a los niños a reconocer sus síntomas y reacciones de ansiedad, a cambiar sus pensamientos ansiógenos, a desarrollar un plan de afrontamiento, y a autorreforzarse si lo conseguían. Más en concreto, el guión de las sesiones fue el siguiente (adaptado de Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés, 2003):

1."sesión

- a)Toma de contacto con el niño.
- b)Obtención de información relevante.

2." sesión

- a)Identificación de sentimientos.

3."sesión

- a)Construcción de jerarquías ansiosas.

4."sesión

- a)Relajación con grabación.
- b)Entrenamiento en casa.

5.a sesión

- a)Reconocimiento de autoverbalizaciones.

6.a sesión

a) Desarrollo de estrategias de afrontamiento.

7.º sesión

a) Ejercicios de autoevaluación.

b) Ejercicios de autorrefuerzo.

8.º sesión

a) Revisión.

9.n sesión

a) Práctica de habilidades aprendidas en situaciones no ansiógenas.

b) Exposición gradual en vivo.

a sesión

a) Exposición.

b) Refuerzo.

15.a sesión

a) Práctica de afrontamiento.

b) Explicar a otros niños cómo afrontar la ansiedad.

16.º sesión

a) Revisión.

Este programa parece eficaz comparado con una condición de lista en espera y se ha aplicado tanto a la ansiedad generalizada como a la ansiedad de separación. Inspirados en él, se han desarrollado otros programas parecidos de intervención, algunos con un entrenamiento adicional para padres (véase revisión en Eisen y Silverman, 1998, y Orgilés et al., 2003). Pero, desgraciadamente, todos estos programas aún deben contrastarse con otras formas de terapia.

4.4.3. Programas para ancianos

Recientemente, también se han desarrollado programas psicoterapéuticos para ancianos. En nuestro país, por ejemplo, Montorio et al. (2000) han diseñado un programa psicoeducativo grupal, en siete sesiones, con el objetivo de reducir la excesiva preocupación de personas ancianas. De forma general, cada sesión constaba de un debate, el aprendizaje de una técnica terapéutica y la asignación de tareas para casa. Durante cada debate los participantes tenían la oportunidad de discutir acerca de diversos temas relacionados con la preocupación (por ejemplo, qué es preocuparse, por qué se preocupa uno, cómo se controla la preocupación, etc.). Las técnicas que iban siendo enseñadas fueron la relajación, la parada de pensamiento con distracción, el cuestionamiento racional y el entrenamiento en solución de problemas. La relajación se aplicó en dos modalidades, la primera utilizando la respiración profunda, y la segunda, intentando imaginar alguna situación relajante (por ejemplo, en el mar o en la montaña). La parada de pensamiento con distracción se utilizó, sobre todo, para incrementar la sensación de control de la persona sobre sus pensamientos. El cuestionamiento racional se empleó para aprender a distinguir entre distintas variedades de preocupación; puede haber preocupaciones que se refieran a asuntos menos conectados con la realidad y que no se puedan solucionar (por ejemplo, que haya una guerra nuclear), y preocupaciones que, aun siendo reales, tampoco se puedan solucionar. En caso de ser solucionables, deben ser reformuladas y afrontadas mediante árboles de decisión. En ese sentido, también es importante enseñar nociones básicas para la solución de problemas.

De forma esquemática, la estructura del programa fue la siguiente:

1."sesión

- a)Presentación del programa.
- b)Presentación de los participantes y de las normas de funcionamiento.
- c)Técnica: relajación mediante la respiración.
- d)Tareas para casa.

2." sesión

- a)Revisión de tareas asignadas.
- b)Debate sobre el tipo de preocupaciones de las personas mayores.
- c)Técnica: relajación con visualización.
- d)Tareas para casa.

3." sesión

- a)Revisión de tareas asignadas.
- b)Debate sobre las diferencias entre las preocupaciones de las personas mayores y las de los jóvenes.
- e)Técnica: parada de pensamiento con distracción.
- d)Tareas para casa.

#### 4." sesión

- a)Revisión de tareas asignadas.
- b)Debate: definición de preocupación, diferencia con conceptos relacionados, consecuencias de preocuparse.
- c)Técnica: cuestionamiento racional.
- d)Tareas para casa.

#### 5." sesión

- a)Revisión de tareas asignadas.
- b)Debate: tipos de preocupación.
- e)Técnica: cuestionamiento racional.
- d)Tareas para casa.

#### 6." sesión

- a)Revisión de tareas asignadas.
- b)Debate: función de la preocupación.
- c)Técnica: solución de problemas.
- d)Tareas para casa.

#### 7." sesión

- a)Revisión de tareas asignadas.
- b)Debate: el control de la preocupación.

### c)Recapitulación y recomendaciones.

Según un estudio piloto con siete mujeres, cuya edad media fue de 70,6 años, este programa parece eficaz para reducir estadísticamente la puntuación en el PSWQ. En otro estudio, esta vez con grupo control, se confirmó este resultado, aunque desgraciadamente no se observó reducción significativa en la metapreocupación (Nuevo y Montorio, 2005). Podría ser interesante ver si en ese resultado ha sido contraproducente o no el uso de la denominada parada de pensamiento, tal como algunos investigadores han venido demostrando en los últimos años.

Otra propuesta de intervención con ancianos que merece la pena reseñar es la de Stanley, Diefenbach y Hopko (2004), de la Universidad de Texas. Lo interesante de este programa de ocho sesiones es que incluye también el manejo de los hábitos de sueño, y utiliza una relajación de tipo muscular, quizá más apropiada que otras frente a la ansiedad generalizada. El guión terapéutico es el siguiente:

#### 1."sesión

a)Introducción.

b)Motivación.

c)Educación.

d)Respiración.

#### 2." sesión

a)Relajación muscular progresiva.

#### 3." sesión

a)Cambio de pensamientos.

#### 4.º sesión

a)Cambio de pensamientos.

#### 5.º sesión

a)Solución de problemas.

#### 6.º sesión

a)Cambio de conductas.

b) Hábitos de sueño.

7.º sesión

a) Revisión.

b) Práctica de habilidades de afrontamiento.

8.ª sesión

a) Revisión.

b) Finalización.

#### 4.5. Propuesta estructurada de intervención

Todos estos programas de intervención frente al TAG, expuestos en el apartado 4.4, se centran en el característico síntoma de la preocupación disfuncional y pretenden conseguir una mayor eficacia que la terapia cognitivo-conductual estándar. Pero, sorprendentemente, casi ninguno de estos programas lo ha demostrado. Al menos, todavía no existen datos suficientes para afirmarlo. Por desgracia, es una práctica frecuente comparar la eficacia de nuevos programas de intervención con el no tratamiento, pero no lo es tanto contrastarlos con las terapias clásicas. Pero, como se criticó ya antes, si una nueva propuesta de intervención no demuestra ser más eficaz que las anteriores, ¿qué sentido tendría utilizarla?

Basado en el modelo integrador sobre el TAG expuesto en el capítulo 2, a continuación se presenta un programa estructurado de intervención psicológica. A diferencia de otros, los primeros estudios realizados sobre su eficacia muestran que incluso podría ser más ventajoso que la relajación y la terapia cognitiva estándar.

##### 4.5.I. Marco teórico

Según nuestro punto de vista, el TAG es una perturbación caracterizada por una tendencia exagerada a la preocupación y una falta de control ante situaciones que se perciben como estresantes. Los síntomas físicos más habituales son la tensión muscular y las alteraciones del sueño, entre otras manifestaciones, aunque éstas pueden ser muy variadas, en función de los objetos concretos de anticipación, de su duración y de su recurrencia.

Por un lado, un procedimiento adecuado de intervención frente a este trastorno debería centrarse en intentar modificar dicha tendencia a la preocupación, o bien en aumentar el control frente a las situaciones estresantes. Lo primero es un objetivo difícil

de conseguir, que implicaría conocer previamente cómo se ha llegado a formar dicha tendencia, y qué recuerdos, creencias y actitudes la mantienen. Pero tampoco es fácil lo segundo; aumentar el control frente al estrés implica conocer cómo aparece dicho estrés y con qué metas y valores está relacionado. Según la persona, será más útil un procedimiento que otro. Además, según sean los síntomas, la intervención deberá centrarse, no sólo en lo cognitivo, sino también en lo comportamental e interpersonal. Por ejemplo, si hay molestias estomacales o taquicardia, se podría incluir un entrenamiento en relajación y, si hay dificultades interpersonales asociadas, habría que resolverlas.

A continuación se presenta un programa clínico-educativo. Por programa nos referimos a un procedimiento sistemático de intervención definido de tal modo que posibilite una aplicación fiable del mismo. Y por clínico-educativo nos referimos a que la población a la que va dirigido no es necesariamente "clínica", ya que el resultado que se pretende, en última instancia, es que la persona aprenda a manejar de forma constructiva sus preocupaciones, sean o no disfuncionales.

Denominaremos a nuestra propuesta con el acrónimo RECOA, en función de los objetivos generales que se pretenden (reflexión, control y autoorganización), y no tanto por el proceder de la misma ni por el ámbito de su actuación.

#### 4.5.2. Objetivos generales

Como se dijo antes, esta propuesta de intervención se dirige a propiciar tanto la reflexión de la persona en torno a sus objetos y motivos de preocupación, como la adquisición de estrategias efectivas para controlarla y neutralizarla. Se espera conseguir, además de una reducción de los síntomas, una cierta reorganización cognitiva y emocional. Éstos constituyen los objetivos generales del programa. A continuación se concretarán algo más.

##### A) Entrenamiento reflexivo

Uno de los objetivos del programa es propiciar la reflexión de la persona en torno a los objetos y motivos de su preocupación. Como otros muchos terapeutas, pensamos que la reflexión y la toma de conciencia son elementos necesarios para el cambio (aunque no suficientes, como afirmarían algunos). Así, la persona que pretenda manejar su preocupación debe comenzar por "darse cuenta" de qué preocupaciones tiene, cómo podría clasificarlas y por qué tiene esas preocupaciones y no otras, lo que a su vez requiere reflexionar sobre sus propias metas, valores, creencias y experiencias pasadas. Un ejemplo donde es clara la importancia de evaluar las metas o valores implicados en la preocupación es el siguiente: imagínese por un momento que dos hermanos están preocupados por la enfermedad de su madre pero que, tras un análisis más profundo, se

descubre que a uno le preocupa, en última instancia, sentirse solo en el mundo si ella muere, y al otro, en cambio, perder su independencia si tiene que cuidarla. Evidentemente, el manejo de cada preocupación será diferente.

De igual forma, conocer qué motiva la preocupación es el primer paso para poder anticipar soluciones. En un caso, esta vez narrado por D'Zurilla (1993: 153), otra mujer preocupada por la noticia inesperada del traslado de su marido ("nosotros no conocemos nada de esa zona. ¿Cómo encontraremos algo para vivir en tres meses? ¿Qué sucederá si no nos gusta aquello?"), al percatarse de que el principal motivo de su preocupación era la inseguridad del barrio donde iban a vivir, ello le condujo a buscar una solución, en concreto una vivienda adecuada a sus necesidades.

Pero ¿cómo se consigue esa toma de conciencia? Un procedimiento sencillo consistiría en repetir numerosas veces la misma pregunta: "¿Y qué te preocupa de eso?". Por ejemplo, si una persona dice preocuparse de que "le pase algo" a su padre, se procederá a preguntarle: "¿Y qué le puede pasar, qué te preocuparía?". Y, ante su contestación, se le volverá a preguntar: "¿Y qué es lo que te preocupa de eso?". El procedimiento, que también se ha denominado técnica de la flecha descendente, acabará cuando la persona no dé más respuestas o repita la misma contestación. Y, por supuesto, hay que hacerlo con cuidado, para no provocar desconcierto en la persona.

Otra forma de conseguir una toma de conciencia previa consistiría en escribir las preocupaciones personales más importantes y más frecuentes de los últimos años. Esta estrategia narrativa podría denominarse "revisión evolutiva de las preocupaciones" y, además de propiciar la reflexión de la persona sobre por qué se preocupa de unos temas y no de otros, contribuiría a desafiar la idea de que la preocupación sea útil en algún sentido (en el caso que aún se pensara), y a reevaluar la gravedad de los sucesos que se han anticipado, una vez pasado cierto tiempo. Por ejemplo, con este protocolo, uno de nuestros casos llegó a afirmar: "¡ Cuántas veces me he preocupado por lo mismo, y no me ha servido de nada!".

## B) Estrategias de control y neutralización

Un segundo objetivo general del programa es el de enseñar a la persona estrategias efectivas para controlar y neutralizar su preocupación, empezando por aceptar la realidad y las propias emociones. Algunos de los procedimientos concretos que podrían llevarse a cabo son:

### 1. Preparar una solución a un problema anticipado

Para cada temor, peligro o problema anticipado puede existir una solución. La tarea terapéutica consistirá en ayudar a la persona a encontrarla. No obstante, es importante que la persona haya conseguido, previamente, aceptar los hechos en

caso de que ocurriesen. Si para el grupo de Dugas resultaba imprescindible que la persona fuera capaz de "tolerar la incertidumbre", de saber si un suceso anticipado acabará ocurriendo o no, para nuestro modelo, si no se acepta esta incertidumbre, es porque, en definitiva, no se acepta la ocurrencia de dicho suceso. Para contribuir a dicha aceptación, se puede utilizar la técnica de exposición en la imaginación.

## 2. Refutar la inferencia que ha propiciado la preocupación

Además de la refutación proposicional de la terapia cognitiva estándar, buscando razones en contra de que pueda ocurrir algo (contrarrazones), habría que realizar una refutación a través de "contraejemplos" imaginados. Se espera conseguir que se activen esquemas que compitan con los actualmente activados. Por ejemplo, a una mujer que decía preocuparse mucho por la posibilidad de que a su hija, de viaje de estudios por Italia, "le pudiera pasar algo", se le instó a empezar a concebir a su primogénita de otra forma: más como una persona adulta, autónoma y responsable, y menos como una niña.

## 3. Postergar temporalmente la preocupación

En aquellas preocupaciones donde sea difícil anticipar una solución, o la persona no consiga un contraejemplo, se podría intentar un procedimiento de postergación, como proponía Folensbee. Como se recordará, el protocolo es el siguiente. En primer lugar, se establece un tiempo (por ejemplo, media hora diaria) y un lugar para llevar a cabo el entrenamiento. Después, se intenta aprender a identificar el inicio de la preocupación y, en cuanto la persona la experimente, debe intentar posponerla hasta el tiempo y lugar prefijados, procurando reemplazar dicha preocupación con otro pensamiento. Por último, durante el tiempo prefijado, la persona debe escribir las preocupaciones pospuestas. Este procedimiento permitiría, al menos, que la persona experimentara cierta sensación de control.

Una alternativa, aplicable en casos de preocupación aguda, consistiría en intentar fijar un límite razonable antes de empezar a preocuparse. Por ejemplo, en el caso de la preocupación por la tardanza de un familiar, se puede fijar un límite horario para empezar a preocuparse: "Si a las ocho de la mañana no ha vuelto, entonces veré lo que puedo hacer. Mientras tanto, quizá estoy exagerando; no hay razones para reaccionar así".

La ventaja de la postergación es que no conlleva el posible efecto rebote de la "parada de pensamiento". En caso de utilizar distracción, ésta ha de implicar un modo estratégico (no automático) de procesamiento. Por ejemplo, pensar en el frontal de una tienda a la que suele ir y, sucesivamente, centrar la imagen en

- La total aparición de la tienda desde el lado opuesto de la calle.
- El escaparate.
- Los detalles de los objetos individuales que se venden.
- La puerta de entrada.

### C) Reorganización

Para potenciar la reorganización cognitiva y emocional, se propone un entrenamiento cognitivo adicional. Ello se justifica por la relación observada en algunos estudios entre la capacidad cognitiva y el control mental. Se espera así incrementar la eficacia de los procedimientos y estrategias que se le enseñen. El entrenamiento constará de ejercicios de atención, de memoria y de pensamiento (flexibilidad dialéctica y toma de decisiones). Pueden verse algunos ejercicios concretos en el capítulo 5, en la guía para el paciente.

De momento, en el cuadro 4.4, se presenta la estructura, por sesiones, del programa de intervención.

Cuadro 4.4. Estructura del programa RECOA

Sesión	Contenido
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Presentación de la lógica del tratamiento.</li> <li>b) Exposición de los objetivos y duración del programa de intervención.</li> <li>c) Advertencia del tiempo necesario para el cambio.</li> <li>d) Evaluación inicial (incluye motivos y expectativas de cambio).</li> <li>e) Definición inicial de preocupación patológica y consecuencias para el manejo de la preocupación.</li> <li>f) Establecimiento de un horario para realizar tareas.</li> <li>g) Tareas para casa (evaluación complementaria).</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Análisis de la última preocupación.</li> <li>b) Análisis de las creencias asociadas a esa preocupación.</li> <li>c) Anticipación de soluciones.</li> <li>d) Tareas para casa (escribir todas las preocupaciones actuales, analizarlas, así como las creencias implicadas y anticipar soluciones).</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Revisión de las tareas realizadas en casa.</li> <li>b) Revisión evolutiva de preocupaciones y su relación con metas-valores.</li> <li>c) Iniciación a la refutación y al cambio interpretativo.</li> <li>d) Tareas para casa (reflexionar y controlar preocupaciones ficticias).</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Revisión de las tareas realizadas en casa.</li> <li>b) Análisis de preocupaciones con técnica de la flecha descendente, anticipación de soluciones.</li> <li>c) Iniciación a la postergación utilizando el horario prefijado.</li> <li>d) Entrenamiento cognitivo.</li> <li>e) Tareas para casa (postergación de preocupaciones y solución anticipada).</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Revisión de las tareas realizadas en casa.</li> <li>b) Análisis de preocupaciones, haciendo hincapié en los pensamientos de obligación.</li> <li>c) Postergación: búsqueda de "límites razonables" para las preocupaciones remotas.</li> <li>d) Entrenamiento cognitivo.</li> <li>e) Tareas para casa (análisis de preocupaciones remotas y postergación mediante límite razonable).</li> </ul>

<i>Sesión</i>	<i>Contenido</i>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Revisión de las tareas realizadas en casa.</li> <li>b) Análisis y refutación de preocupaciones ficticias.</li> <li>c) Entrenamiento cognitivo.</li> <li>d) Tareas para casa (revisión evolutiva de preocupaciones, análisis de creencias y ejercicios cognitivos).</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Revisión de las tareas realizadas en casa.</li> <li>b) Ejercicios con preocupaciones ficticias.</li> <li>c) Tareas para casa (postergación y ejercicios cognitivos).</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Revisión de tareas realizadas en casa.</li> <li>b) Ejercicios con preocupaciones ficticias.</li> <li>c) Ejercicios cognitivos.</li> <li>d) Recapitulación.</li> </ul>
9-10	Evaluación y seguimiento.

#### 4.5.3. Procedimiento

Este programa de intervención, como se observará, se puede desarrollar en ocho sesiones de una hora y media cada una (una o dos veces por semana). No obstante, como en muchos otros programas, será muy importante el trabajo que la persona realice en casa, entre sesión y sesión.

En el cuadro 4.5, se exponen algunos ejercicios concretos mediante los cuales intentar conseguir los objetivos del tratamiento.

A continuación, con la exposición de un caso se tratará de explicar, más en concreto, cómo se pueden llevar a cabo todos estos ejercicios.

Cuadro 4.5. Ejercicios del programa RECOA

*Reflexión*

- |  |   |
|--|---|
| 1. Análisis de valores y metas implicadas            | <p>a) Escribe todo lo que te preocupe, y ordénalo de mayor a menor intensidad. Escribe al lado las razones por las cuales podría pasar lo que temes. Y, en concreto, ¿qué es lo que te preocupa de cada preocupación? Sigue preguntándotelo hasta que puedas, y escríbelo en forma de cadena.</p> <p>b) Escribe las preocupaciones que tuvieras el año pasado, hace dos años, hace tres, etc. Escribe las razones por las que pensabas que podrían ocurrir.</p> <p>c) Escribe las preocupaciones que creas que vas a tener el año que viene, y en los tres siguientes. Escribe las razones por las que piensas que podrán ocurrir.</p> <p>d) Intenta conectar todas esas preocupaciones, pasadas, presentes y futuras, con tus metas y valores, y también con tu experiencia vital.</p> |
| 2. Análisis de las creencias y actitudes asociadas   | <p>a) En general, ¿crees que sirve de algo preocuparse? Haz una lista de las ventajas y los inconvenientes que tenga cada una de tus preocupaciones actuales.</p> <p>b) ¿Cuál es tu actitud ante los problemas y ante las amenazas?</p> <p>c) ¿Qué creencias tienes acerca de la sociedad y de ti mismo?</p>  |
| 3. Análisis de las reacciones emocionales habituales | <p>a) Piensa en la última preocupación que tuviste: ¿ante qué situación surgió? ¿Qué pasó por tu mente: imágenes, frases, etc.? ¿Cómo te sentiste? ¿Qué síntomas físicos tuviste? ¿Qué piensas sobre ese sentimiento? ¿Cómo te afectó? ¿Cómo afectó a los demás? ¿Cómo terminó esa preocupación?</p> <p>b) ¿Qué crees que te lleva a reaccionar así?</p>  |

*Control*

- |   |  |
|---|--|
| 1. Anticipación de soluciones             | <p>a) Escribe posibles soluciones a cada nodo de la cadena de preocupaciones.</p>  |
| 2. Aceptación y refutación de inferencias | <p>a) Busca e imagina razones para que no pase lo que temes.</p> <p>b) Imagina que pueden suceder otras cosas que desees.</p> <p>c) Imagina que ocurre lo que temes.</p> |



Objetivos	Ejercicios
3. Postergación de la preocupación	a) Establece un período diario de 30 minutos. Cada vez que te sientas preocupado, intenta postergar tus preocupaciones a ese momento. b) Fija un límite razonable para tu preocupación. c) Intenta concentrarte en el momento presente, y en asuntos que requieran toda tu atención.
4. Evaluación de las acciones para el cambio	a) ¿Ha sido efectivo el control? b) ¿Cómo podría mejorarse?
<i>Autoorganización</i>	
1. Entrenamiento cognitivo	a) Haz ejercicios de atención y memoria. Aplica lo aprendido al control de la preocupación. b) Haz ejercicios de pensamiento dialéctico, de solución de problemas y de toma de decisiones. Aplica lo aprendido al control de la preocupación.
2. Reelaboración del proyecto vital	a) Escribe lo que quieras que sea tu vida a partir de ahora, a partir de lo que has aprendido de ti.

## Caso R o la preocupación por el futuro laboral

### 1.ª sesión

R acude a consulta motivada por un sentimiento de "estrés continuo e intenso". Es una mujer de 27 años que vive sola y se dedica a la enseñanza. Pero aún no tiene un puesto fijo y ello la hace sentir muy insegura y preocupada por su futuro. Al mismo tiempo, R intenta "esforzarse al máximo" para hacer bien su trabajo y no ser despedida, pero dicho esfuerzo le genera todavía más estrés.

Tras la entrevista inicial, se observó que se cumplían los requisitos para el diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada, siguiendo tanto el DSM-IV-TR como la CIE-10. Es decir, su preocupación duraba ya más de un año y medio, siendo disfuncional y perturbadora, y se acompañaba de tensión muscular, inquietud, fatiga injustificada, irritabilidad, dificultad para respirar, sensación de nudo en la garganta y molestias en el estómago. Este diagnóstico provisional fue corroborado con el GADQ-IV.

Para evaluar los contenidos y las características de su preocupación, también se utilizó el PSWQ y el AnTI. La puntuación obtenida en el primero fue de 70, y la obtenida en el segundo fue de 48, más en concreto, puntuó 18 en la subescala de preocupación social, 12 en la subescala de preocupación por la salud y 18 en la subescala de metapreocupación. Tomados en conjunto, estos datos podrían significar que las preocupaciones de R no eran muy numerosas pero sí demasiado intensas e incontrolables.

Una vez comprobada su buena disposición para la terapia, se le explicó, de forma sencilla, en qué consiste el TAG, cómo se podría frenar y en cuánto tiempo cabría esperar resultados. Como tarea para casa, se le pidió que fijase un horario para hacer los ejercicios que se le fueran proponiendo, y que rellenase el ICPP para conocer sus creencias acerca de la preocupación.

## 2. "sesión

Se comenzó analizando una de sus preocupaciones más recientes. En concreto, R estaba preocupada por la posibilidad de suspender un examen de idiomas, requisito para mejorar sus condiciones laborales. En concreto, pensaba que era difícil aprobarlo porque "hace mucho que no practico", "me falta fluidez y he olvidado vocabulario", y por los mismos "nervios". Se le enseñó la técnica de la flecha descendente para ayudarla a descubrir los motivos de sus preocupaciones. Así, la preocupación de perder el trabajo escondía la de perder su independencia y ésta, la de tener que volver a vivir con su madre y tener que soportar todos sus prejuicios y manías. Una vez descubiertas todas esas preocupaciones encadenadas, se le propuso pensar en soluciones anticipadas a cada una de ellas. En concreto, R pensó que podría vivir en casa de una amiga durante un tiempo, en el caso de ser despedida y no poder pagarse el piso actual.

También se analizó si R creía ventajosa o no la preocupación. Se mostró partidaria de la segunda alternativa. De hecho, en el ICPP puntuó 47 en la subescala de creencias positivas y 96 en la subescala de creencias negativas (de un total de 150, respectivamente).

Como tarea para casa se le sugirió practicar lo aprendido con cada una de las preocupaciones que fuera teniendo.

## 3."sesión

Una vez revisada la tarea para casa, se le pidió que escribiera sus preocupaciones pasadas, con el objetivo de ver si existían temas recurrentes. En concreto, se la invitó a que escribiese las preocupaciones que tenía hace un mes. Una vez hecho eso, se repitió el procedimiento para sus preocupaciones de hace seis meses, un año, tres años, cinco años y 10 años, respectivamente. Se observó que sí había temas recurrentes a lo largo

del tiempo: uno tenía que ver con sus estudios (la posibilidad de suspender), otro con su futuro (la posibilidad de no desempeñar, finalmente, su vocación) y el último, con las relaciones familiares (la posibilidad de discutir y romper las relaciones). Este procedimiento le sirvió para comprobar que sus preocupaciones más superficiales estaban relacionadas con metas y valores más profundos.

También se le enseñó a imaginarse escenas útiles para refutar lo temido. En realidad, este procedimiento de refutación es similar al utilizado por la terapia cognitiva a la hora de buscar pensamientos alternativos, pero insistiendo en visualizar una imagen futura positiva para activar esquemas que compitan con los actualmente activados.

Como tarea para casa se le planteó que practicara lo aprendido.

#### 4."sesión

En esta sesión, además de analizar otra de sus preocupaciones y profundizar en sus motivos, se inició a R en la práctica de la postergación que consiste en fijar un momento y un lugar para intentar postergar en ellos cada aparición de pensamientos preocupantes. Este procedimiento también ha sido denominado "tiempo basura". Para facilitar este procedimiento, se realizaron algunos ejercicios de control atencional. En concreto, que pensara en un amigo a quien viera frecuentemente y que se centrara sucesivamente en la imagen del contorno exacto de su cara, en su rostro, en su cuerpo, en su paso al andar y en los colores habituales de su vestimenta. Y este ejercicio se repitió con diversa estimulación de fondo, tanto auditiva como visual.

Como tarea para casa se le propuso postergar, a partir de ese momento, toda preocupación que fuera experimentando.

#### 5."sesión

En esta sesión se prosiguió con el entrenamiento cognitivo. Esta vez con ejercicios de memoria. Se le explicó a R que algunos estudios han observado una relación entre la capacidad de la memoria operativa y el control mental, y se la animó a abrir un cajón del despacho y a que observara su contenido durante un minuto. Después, se le pidió que rememorara lo visto, y que lo comprobara.

También se le enseñó otra forma de postergación, la de fijar "límites razonables"; se le explicó el caso de la preocupación por la tardanza de una persona. En este ejemplo, la persona podría fijar un límite horario antes de empezar a preocuparse: "Si a las ocho de la mañana no ha vuelto, entonces veré lo que puedo hacer. Mientras tanto, quizá estoy exagerando, no hay razones para reaccionar así".

Por último se analizó en profundidad otra preocupación y se le propuso como tarea

para casa practicar lo aprendido.

#### 6. "sesión

En esta sesión, se hizo una práctica con preocupaciones ficticias para ver el desempeño de R. El resultado fue bueno, y se hizo entrenamiento cognitivo adicional. Se realizaron ejercicios de pensamiento dialéctico, en concreto intentar defender ideas desde dos puntos de vista contrarios. También se realizaron ejercicios de toma de decisiones. Como tarea complementaria para casa, se le propuso que leyera el manual de autoayuda (vid. capítulo 5), y practicara lo aprendido.

#### 7. "sesión

En esta sesión, se le pidió que anotara las preocupaciones que podría tener dentro de cinco años, y dijo: "los hijos, el hogar y la vocación-trabajo". Este ejercicio le sirvió para ver uno de sus temores más profundos: no trabajar en lo que realmente le gusta, y no realizarse como persona; aunque le gustaría tener hijos, no le agradaría ser "sólo una ama de casa".

Se hicieron ejercicios adicionales de aceptación, refutación, postergación y control. También se le pidió que elaborara algo así como un proyecto de lo que quisiera que fuera su vida a partir de ahora. Como tarea para casa se le pidió que practicara todo cuanto llevaba aprendido.

#### 8. "sesión

Se revisaron las tareas hechas en casa, se hicieron ejercicios con preocupaciones ficticias y se realizó una recapitulación final.

#### 9. "sesión

La evaluación final mostró que la puntuación del PSWQ descendió hasta 41 (29 puntos menos), y la del AnTI hasta 36 (12 puntos menos). En concreto, la puntuación de la subescala social fue de 14 (cuatro puntos menos), la de la subescala salud fue de 10 (dos puntos menos) y la de la subescala metapreocupación fue de 12 (seis puntos menos). ¿Qué significan estos datos? Una interpretación plausible es que el principal cambio observado en R tras el programa de intervención se ha podido deber a una reducción significativa de la intensidad de sus preocupaciones y de su tendencia a preocuparse. Con esa reducción, R alcanzó en ambos instrumentos una puntuación igual a la de las personas sin trastornos de ansiedad, lo que indica que su cambio fue clínicamente significativo.

Subjetivamente, R comentó que el programa sí la había ayudado, y que incluso los

demás se lo notaban. La técnica de la flecha descendente fue la que más le gustó aprender.

#### 4.5.4. Eficacia: primeros estudios

Pero ¿es este programa de intervención realmente eficaz? Se realizó un primer estudio para averiguarlo. Dada la posibilidad de remisión sin intervención, la evaluación experimental del programa era absolutamente necesaria. También será importante saber si el cambio producido es sólo estadístico o también clínico: es decir, si la puntuación de los participantes en determinados instrumentos será indistinguible de la del grupo normativo.

En un primer estudio piloto, participaron una muestra de personas voluntarias (N = 12, M = 41,9 años; DT = 8,2 años; rango 31-52 años; 10 mujeres y dos hombres). Cada una de estas personas fue asignada de forma aleatoria, bien a un grupo control (de lista de espera), bien al grupo de tratamiento. Evaluadas sus puntuaciones en el PSWQ, y en el AnTI, antes y después de las cuatro semanas que duró la intervención, los participantes del programa experimentaron una reducción significativa de la puntuación en ambos instrumentos. Dicha reducción fue estadística pero también clínica. Todavía más, todos los participantes dijeron que el programa les había sido útil para manejar sus preocupaciones; la tarea que se consideró como más efectiva para ello fue la de "postergar la preocupación" y la segunda, la "revisión evolutiva de preocupaciones personales". Además de eso, los familiares de los participantes también notaron el cambio, lo que constituye un indicador de la validez social del programa.

En un segundo estudio, se quiso comparar la eficacia de este programa con otros procedimientos, como la terapia cognitiva estándar y el entrenamiento en relajación. Se asignaron 33 voluntarios (M = 40,2 años; DT = 8,1 años; rango 25-53 años; 30 mujeres y tres hombres), a tres grupos de tratamiento diferentes. En el primero, los participantes recibieron terapia cognitiva, según el protocolo de óst y Breitholtz (2000); en el segundo, los voluntarios recibieron entrenamiento en relajación según el protocolo habitual y, en el tercer grupo, recibieron el programa RECOA.

Según los resultados, los tres tratamientos sirvieron para reducir significativamente la puntuación en el PSWQ, pero la reducción conseguida con el programa RECOA fue mayor que la lograda mediante la terapia cognitiva y que la alcanzada gracias al entrenamiento en relajación. No obstante, y de forma similar a otras investigaciones, la eficacia obtenida por la terapia cognitiva no fue superior a la del entrenamiento en relajación.

Por el contrario, aunque los tres tratamientos fueron capaces de reducir significativamente la puntuación en el AnTI, la eficacia del programa RECOA sólo pareció superior a la del entrenamiento en relajación, sobre todo gracias a la reducción

conseguida en la subescala "metapreocupación". De nuevo, la terapia cognitiva no fue superior al entrenamiento en relajación.

Aunque estos resultados sugieren que el programa RECOA parece prometedor en el tratamiento del TAG, hay que ser cautos a la hora de establecer conclusiones definitivas. Los estudios presentados no dejan de ser diseños pre-post y, por tanto, las puntuaciones previas podrían haber influido en las posteriores debido a una regresión a la media de las mismas, o bien por un efecto de las expectativas de los participantes. Ello podría subsanarse en próximas investigaciones utilizando instrumentos con formas paralelas. En segundo lugar, y más importante, se debe señalar que la administración de tratamientos no se ha realizado de forma "ciega" a las hipótesis planteadas. Así, se podría haber producido un sesgo debido a las demandas del experimentador, lo que limita la validez de constructo. Por último, es esencial saber si los resultados obtenidos son estables en el tiempo o no; es posible que, aunque el programa parezca mejor que la relajación y la terapia cognitiva, los cambios conseguidos sean menos constantes que los logrados por estos otros procedimientos.

La investigación futura tendrá que subsanar dichas limitaciones. Además, deberá evaluar por separado los distintos componentes que configuran el programa, en orden a distinguir aquellos elementos necesarios y suficientes para un manejo eficaz de la preocupación patológica; pudiera ser que algunos de ellos sean superfluos, o redundantes.

## Exposición de casos clínicos

### A) El señor M

El señor M es un hombre de 55 años que se queja de una ansiedad persistente, así como de tensión muscular, problemas de sueño, irritabilidad, fatiga y molestias estomacales. Está casado y es padre de dos hijos. Trabaja de administrativo en una oficina. Sus preocupaciones más habituales engloban su trabajo, su relación matrimonial, el bienestar de su hijo mayor y la salud de su anciano padre. Del trabajo, en el que ya no está a gusto, le preocupa "no encontrar uno nuevo por ser ya muy mayor en el caso que decidiera dejarlo". De su matrimonio, le preocupa que se "vaya a pique"; "las cosas ya no son como antes y mi ansiedad no ayuda precisamente a mejorarlas". De su hijo de 31 años, le inquieta que no encuentre trabajo: "El tema está muy mal para los jóvenes". Y de su padre, le preocupa su delicada salud ("ya le falta poco al hombre"), por lo que intenta ir a verlo siempre que puede, a 80 kilómetros de distancia, pero empieza a agobiarlo "tanto viaje". Se define como "buena gente" pero muy nervioso.

El señor M estuvo bajo tratamiento farmacológico con Prozac® (fluoxetina), pero, al no sentir mejoría, su médico de cabecera le recetó Seroxat® (paroxetina).

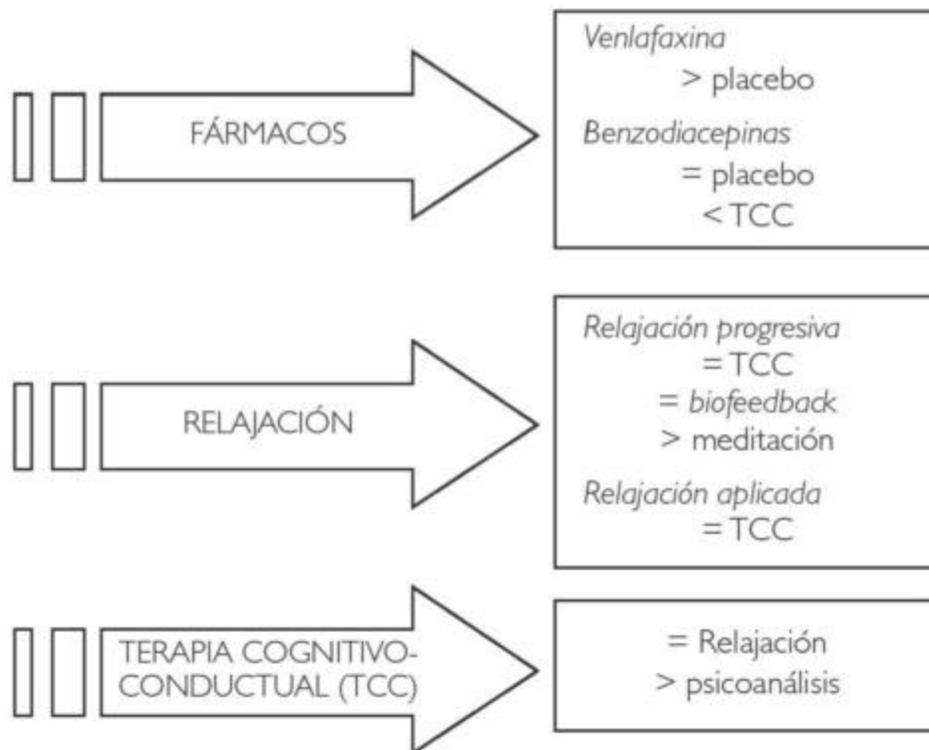
Pero sigue sin observar resultados y, recomendado por un amigo, decide acudir a consulta psicológica.

Una vez realizada una evaluación completa, y establecido un diagnóstico provisional de TAG, le aplicamos el programa de intervención RECOA. Como ya se explicó en el apartado anterior, este programa se centra en la dimensión cognitiva del trastorno, sin olvidar la afectiva y la motivacional. Tras 10 sesiones, se observó una reducción de sus síntomas físicos (sin necesidad de entrenamiento en relajación), y de su tendencia a la preocupación, tal como la miden el PSWQ y el AnTI. El señor M se mostró satisfecho con los cambios experimentados.

## B) La señora E

El caso de la señora E fue expuesto en los tres capítulos anteriores. Como se recordará, el diagnóstico provisional de TAG fue confirmado tras la evaluación. A partir de ahí, se fijaron los objetivos de tratamiento: reducir la tendencia a la preocupación y enseñarle técnicas de control efectivas. Se le aplicó el programa RECOA. A partir de la segunda sesión, se le propusieron algunos ejercicios de toma de conciencia y de anticipación de soluciones. Y, a partir de la cuarta sesión, se le enseñó a postergar las preocupaciones y se le sugirieron ejercicios de memoria y de concentración. Se fueron analizando todas las preocupaciones que iba teniendo, mediante la técnica de la flecha descendente, y se iban proponiendo soluciones a todas ellas. Al finalizar el programa, se observó un cambio clínico significativo ya que puntuó 23 en el PSWQ (39 puntos menos) y 26 en el AnTI (25 puntos menos). El cambio fue estable a los seis meses.

Su impresión subjetiva fue positiva, dijo que el tratamiento le sirvió mucho "para autocontrolarse, para relajarse mentalmente, y para pensar más de lo que pensaba antes".



- OBJETIVOS PARA UNA TERAPIA MÁS ESPECÍFICA  
Y MÁS EFICAZ FRENTE AL TAG
1. Reducir tendencia a la preocupación
    - 1.1. Cambiar actitud negativa ante los problemas, las amenazas y las emociones
    - 1.2. Cambiar esquemas y sesgos de procesamiento
  2. Aumentar control cognitivo y emocional
    - 2.1. Postergación y distracción
    - 2.2. Refutación de inferencias, solución de problemas, toma de decisiones
    - 2.3. Relajación y entrenamiento asertivo (opcional)

Esquema del cuadro resumen.

### **Cuadro resumen**

1. El enfoque farmacoterapéutico actual frente a la ansiedad generalizada incluye sustancias que regulan tanto la neurotransmisión serotoninérgica como la noradrenérgica. En ese sentido, la venlafaxina y otros fármacos parecen los más prometedores. Por su parte, el tratamiento con benzodiazepinas ya sólo se considera de segunda elección, y siempre que sea durante un breve período de

tiempo, para controlar síntomas autonómicos intensos.

2. Respecto a la psicoterapia, el enfoque que parece más eficaz es el cognitivo-conductual. Pese a todo, este enfoque no alcanza frente al TAG la eficacia conseguida frente a otro tipo de trastornos. Por ello, en los últimos años se están proponiendo programas más específicos.
3. Un programa eficaz de intervención debe centrarse en reducir la tendencia a la preocupación y en aumentar las estrategias de control de la persona. Para ello, lo primero sería analizar la raíz de las preocupaciones.' lo segundo, además de intentar postergar las preocupaciones, sería conveniente refutar emocionalmente las inferencias en las que éstas se basan, aceptar la realidad personal y saber anticipar soluciones.

### Preguntas de autoevaluación

1. La buspirona es un fármaco que:

- a) Produce mayor dependencia que las benzodiazepinas.
- b) Actúa en el complejo receptor GABA.
- c) Está contraindicado en ancianos.
- d) Es un agonista parcial de la serotonina.
- e) Produce mayor sedación que los barbitúricos.

2. El entrenamiento en el manejo de la ansiedad ha resultado ser:

- a) Igual de eficaz que la terapia cognitiva.
- b) Peor que la terapia cognitiva con pocas sesiones.
- c) Peor que la terapia cognitiva con muchas sesiones.
- d) No se ha investigado su eficacia diferencial.
- e) Igual de eficaz que la terapia psicodinámica.

3. Una limitación de la técnica denominada parada de pensamiento es que:

- a) No se genera autocontrol.
- b) Puede producir un efecto rebote.
- c) Es dependiente de quien la enseñe.
- d) Necesita muchas sesiones.
- e) Depende de la capacidad de imaginación de la persona.

4. Una limitación de la terapia cognitiva de Beck en el TAG es que:

- a) Resulta difícil de comprender por la persona.
- b) Es muy breve para alcanzar los objetivos.
- c) Es demasiado racional para alcanzar los objetivos.
- d) Necesita muchas sesiones.
- e) Puede ser contraproducente.

5. Para aumentar la eficacia de la psicoterapia en el TAG, se debe:

- a) Aplicar siempre la relajación.
- b) Aplicar fármacos conjuntamente.
- c) Centrarse en el origen y en el manejo de la preocupación.
- d) Focalizar en los síntomas fisiológicos.
- e) Hacer una terapia con más sesiones.



# Guía para la persona con TAG

## 5

### 5.1. ¿Qué es el trastorno por ansiedad generalizada?

En la actualidad, se denomina trastorno por ansiedad generalizada a una falta de bienestar psicológico caracterizada por un exceso de preocupación por las cosas. Dicho exceso de preocupación constituye un problema para la persona y suele estar acompañado de otros síntomas como tensión muscular, problemas de sueño, falta de concentración y tendencia al cansancio o a la irritabilidad. La duración de este trastorno puede ser muy variable; algunas personas lo sufren durante años.

Cuando se han analizado, la mayoría de las preocupaciones de las personas con este trastorno no son especialmente diferentes de las de otras personas, porque se refieren a cuestiones cotidianas como el trabajo, los estudios, la familia, el dinero, las relaciones interpersonales o la salud. Pero sí son más frecuentes, más intensas y menos controlables. Sólo un pequeño porcentaje de las preocupaciones de estas personas se refieren a calamidades cuya probabilidad de ocurrencia es pequeñísima o, al menos, muchísimo menor de lo que la persona supone; por ejemplo, que haya una guerra nuclear, que ocurra una gran catástrofe, etc. En estos casos, aunque se sepa racionalmente que no tiene por qué pasar nada malo, la persona se sigue sintiendo insegura.

En este trastorno, también es típica una sensación de sobrecarga mental, y la de no ser capaz de controlarse, lo que agrava considerablemente el malestar inicial. Y, no en pocas ocasiones, las relaciones interpersonales se ven entorpecidas. Por un lado, al estar preocupada e irritada, la persona puede iniciar conversaciones de forma agresiva:

- "¿Por qué llegas tan tarde? Podías haberme avisado. Eres un desconsiderado. Me tenías preocupada."

Lo que genera respuestas igualmente poco asertivas:

- "Pero qué pelma que eres. Tú siempre pensando en lo peor. ¿No se te ha podido ocurrir que estaba con mis amigos?"

Según las estadísticas, este trastorno es bastante frecuente. De los más frecuentes podríamos decir. Se calcula que una de cada 30 personas puede padecerlo, quizá un poco

más en las mujeres que en los hombres. Y puede afectar incluso a los niños, aunque claramente se incrementa con la edad, siendo uno de los trastornos más habituales en la vejez.

## 5.2. ¿Por qué ocurre?

En la actualidad, se cree que existen personas más vulnerables que otras a padecer el trastorno aunque aún no se sabe bien por qué. Lo que sí parece claro es que hay un momento en el que la persona deja de poder controlar sus preocupaciones y se convierten en un auténtico problema para ella.

Inicialmente, la preocupación puede surgir de dos formas. Una de ellas se produce cuando ocurre algo inesperado (o, también, cuando no ocurre algo esperado). Por ejemplo, cuando se retrasa alguien a quien se está esperando es fácil empezar a pensar: "Está tardando mucho... No es normal... Le ha tenido que pasar algo...". De esta forma, nuestra mente intenta buscar una explicación para dicha tardanza. Pero las razones que se nos ocurren son negativas. Si fueran positivas, no nos preocuparíamos.

Y, otras muchas veces, nos preocupamos sin que ocurra nada específico, simplemente pensando en algo que podría ocurrir y que no deseamos que ocurra. En ese caso, también imaginamos de forma negativa las consecuencias que tendría ese suceso. Por ejemplo, alguien preocupado por las oposiciones que está preparando puede pensar: "Es muy difícil que apruebe... Me queda mucho temario de oposición por estudiar... No me va a dar tiempo... Voy a suspender... y, si suspendo, ¿qué va a ser de mi vida?", etc. De alguna forma, la persona anticipa el suspenso, pero además piensa en las razones de por qué podría suspender y en las consecuencias que ello podría tener.

Todos nos preocupamos de unas cosas o de otras, bien porque nos suceden imprevistos, bien porque no queremos que nos sucedan. Pero dependerá de nosotros mismos el cómo interpretemos lo que nos ocurre, y por qué anticipamos unos problemas y no otros.

En ciertos momentos vitales, nuestras preocupaciones pueden tornarse más variadas, intensas, frecuentes o duraderas. Por ejemplo, cuando la persona empieza a preocuparse por cosas que antes no le afectaban, o por lo mismo pero de forma más intensa y recurrente. En ambos casos, la preocupación deja de controlarse cuando se convierte en un problema en sí misma: "Antes no me preocupaba tanto. ¿Por qué me preocupo de estas tonterías? ¿Me estaré volviendo loco?". Con otras palabras, que el verdadero problema aparece cuando empezamos a preocuparnos de ¡lo tanto que nos preocupamos! Ello va a producir una sensación de sobrecarga mental, de la que nos costará bastante trabajo salir.

### 5.3. ¿Qué se puede hacer?

Evidentemente, lo primero sería acudir a un profesional. De todos los posibles, te recomendamos uno que esté licenciado en Psicología y especializado en trastornos emocionales. De entrada, quizá te resulte tranquilizador saber que lo que te ocurre tiene un nombre, que hay muchísimas personas que también lo padecen, y que son cada vez más los especialistas que estudian este problema con el objetivo de conocerlo mejor y ayudarte de la forma más eficaz posible. En la actualidad, existen numerosas opciones útiles para hacerle frente. Un profesional te ayudará, entre otras cosas, a relajarte, a identificar qué te preocupa y por qué, a controlar tus preocupaciones y a aprender a confiar más en ti a la hora de resolver problemas e indecisiones.

Quizá no tengas pensado acudir a un profesional, o quizá pienses que no te va a ayudar. En el primer caso, hay personas que cre en que los psicólogos clínicos sólo se dedican a los casos realmente graves. Pero eso no es así. El conocimiento científico acumulado por la psicología posibilita no sólo tratar con eficacia ciertas disfunciones, sino también contribuir a tu bienestar personal en muchísimos aspectos. También hay personas que piensan que va a ser caro. Y la verdad es que gratis no es. Pero estamos hablando de salud, y eso debería estar por encima de todo. En el segundo caso, lo realmente importante es encontrar un buen profesional, especializado, que conozca los tratamientos más actuales y efectivos. De ese modo, hay mucha garantía de que te pueda ayudar.

### 5.4. ¿Cómo hacerlo?

Quizá te hayan dicho en más de una ocasión frases del tipo "no te preocupes", o "no debes preocuparte por eso", etc. Pero seguro que nadie te ha comentado cómo hacerlo, cómo no preocuparte tanto. A continuación, se exponen algunos pasos que puedes llevar a cabo para intentarlo. En primer lugar, puede ser interesante aprender a relajarse, si todavía no sabes hacerlo.

#### 5.4.1. Aprende a relajarte

De los muchísimos métodos de relajación que existen, quizá el más adecuado en tu caso es el denominado método de relajación muscular progresiva. Consiste en un sencillo tensar y relajar, sucesivamente, diversas partes de tu cuerpo. Sigue estas sencillas instrucciones, al menos dos veces al día:

1. Con los brazos a los lados del cuerpo, con las piernas estiradas, y boca arriba, intenta tensar las piernas, sin levantarlas. Puedes apretarlas contra el colchón durante unos segundos. Seguidamente, relájalas durante al menos 10 segundos, dejando que esa sensación te inunde.

2. Repite el procedimiento dos veces más.
3. Ahora, aprieta los puños y los brazos contra el colchón. Seguidamente, relájalos durante al menos 10 segundos. Concéntrate en esa sensación.
4. Repite el procedimiento dos veces más.
5. Tensa y relaja, sucesivamente, otras partes del cuerpo. Empieza por la espalda, sigue con los hombros, el cuello, las mejillas, los ojos, y acaba con la frente.

En cuanto comiences a ejercitarte en este método, notarás sus beneficiosos efectos. No te olvides de practicar de forma continuada y, si puedes, complementa esta forma de relajación con otras. Por ejemplo, intenta tomar baños relajantes, pasear por el campo o la playa, etc.

El método se puede realizar, también, antes de irte a dormir. En caso de que tengas problemas con el sueño, sigue estas sencillas instrucciones. Quizá pueda ayudarte lo siguiente:

1. Acostarte con la idea de que vas a intentar descansar; eso es lo importante. Pero no te obligues pensando que "tienes que dormir"; preocuparse por pasar una noche en vela es suficiente para no conciliar el sueño.
2. Ya en la cama, practicar la relajación y concentrarte en la respiración.
3. Si te despiertas a media noche, ¡no pasa nada! No hay por qué pensar "tengo que dormirme de nuevo". Intenta decirte y convencerte de que, al menos, estás descansando, y eso es lo importante. Vuelve a hacer el ejercicio de la relajación o concéntrate en la respiración. A veces puede ser conveniente salir de la habitación, hacer algo monótono y regresar sólo cuando tengas sueño.
4. Por último, como en otras actividades, tener una rutina, un horario regular. Intenta, por tanto, levantarte cada día más o menos a la misma hora.

Pese a todo, es verdad que, cuando uno está inmerso en alguna preocupación, no es fácil relajarse, y mucho menos hacerlo a la hora de dormir. Y es verdad que en esas situaciones, que son cuando más necesitamos relajarnos, menos nos apetece ponernos a hacerlo. Incluso hacemos todo lo contrario: tomamos más café, más tabaco, etc. Por ello, a continuación vamos a intentar relajar "nuestra mente". Sólo así será más fácil relajar nuestro cuerpo.

#### 5.4.2. Identifica qué te preocupa y por qué

Para relajar nuestra mente, lo que debemos hacer es dejar de preocuparnos. ¿Y eso

cómo se hace? Lo primero que se podría hacer es intentar identificar qué nos preocupa, y por qué. Sólo así podremos encontrar la causa de nuestras preocupaciones, y quizá su solución. Para ello, podemos seguir estos sencillos pasos:

1. Establecer media hora al día, y un lugar, para realizar este ejercicio.
2. Todos los días, durante esa media hora, escribir tus preocupaciones actuales.
3. Ordenarlas según su importancia y pensar por qué te preocupan.

Ahora, para ver si hay preocupaciones que se repiten, haz lo siguiente:

4. Anota las preocupaciones que tuvieras el mes pasado, y ordénalas según su importancia.
5. Apunta las preocupaciones que tuvieras el año pasado, y ordénalas según su importancia.
6. Enumera las preocupaciones que tuvieras hace tres años, y hace cinco, y hace 10.

¿Hay preocupaciones o temas que se repiten? Si es así, ¿por qué crees que son importantes para ti?

Ahora, vamos a profundizar algo más sobre las razones de tu preocupación. Por ejemplo, imagínate a dos hermanos que están preocupados por su madre, gravemente enferma. La preocupación aquí es la misma para los dos hermanos; sin embargo, el porqué puede ser distinto en cada caso. Imagínate que a uno le preocupa, en el fondo, que a consecuencia de la enfermedad su madre muera y pueda perderla para siempre. Y, al otro, lo que le preocupa de verdad es tener que cuidarla, porque, además de que no sirve para ello, piensa que está renunciado involuntariamente a su propia vida de casado y a su independencia. Y eso sin dejar de querer a su madre, lo que a su vez le ocasiona un sentimiento de conflicto, e incluso la impresión de ser mala persona.

En el ejemplo anterior, si te das cuenta, aunque la preocupación inicial es idéntica para ambos hermanos (la enfermedad de la madre), las preocupaciones más profundas de cada uno no lo son. Y es importante llegar a éstas para intentar ponerles remedio.

En el siguiente ejercicio, vamos a intentar saber por qué nos preocupamos, cuál es la raíz de nuestras preocupaciones. Para ello:

7. Elige una de tus preocupaciones, y escríbela. Por ejemplo:

"Me preocupa perder mi trabajo."

8. Ahora, escribe debajo lo que te preocupa de esa preocupación. Puedes utilizar una flecha, o una expresión lingüística del tipo "si pasa eso, lo que me preocuparía sería..." Por ejemplo:

"Perder mi trabajo."

"...no poder pagar el alquiler del piso en el que vivo..."

9. Repite el paso octavo tantas veces como puedas. Sigue el siguiente ejemplo.

"Me preocupa perder mi trabajo."

"Si pasa eso, lo que me preocuparía sería..."

... no poder pagar el alquiler del piso en el que vivo."

"Si pasa eso, lo que me preocuparía sería..."

... que tendría que abandonarlo."

"Si pasa eso, lo que me preocuparía sería..."

... que no sabría a dónde ir."

"Y en ese caso..."

... tendría que volver con mis padres."

"Y entonces..."

... eso sería como volver atrás."

"Y..."

... que sería horrible. Además no lo soportaría. Son personas cargadas de prejuicios."

Este sencillo ejercicio te servirá para darte cuenta de lo profundas y diversas que son nuestras preocupaciones. A veces lo que realmente tememos está oculto bajo preocupaciones más superficiales.

Y, si la preocupación no es sino la anticipación de problemas que esconden otros problemas, para despreocuparnos deberíamos intentar buscar soluciones en cada uno de esos niveles. En el ejemplo anterior, si la preocupación última es "tener que volver con mis padres si pierdo el trabajo", una solución anticipada podría ser: "Si me despiden, me

iré a casa de un amigo durante unos meses, hasta que encuentre de nuevo trabajo y pueda alquilar otro piso".

### 5.4.3. Aprende a controlar tus preocupaciones

Para controlar nuestras preocupaciones, podemos hacer varias cosas. Si la preocupación es, en definitiva, una alarma que suena cuando crees que puede pasar aquello que no quieres, lo que quizá podríamos intentar es que esa alarma no esté sonando todo el día. ¡No dejarla sonar todo el día! ¿Cómo se hace eso?

1. Cuando nos asalte un pensamiento preocupante, debemos intentar pensar "ahora no, luego pensaré sobre ello". Intenta posponer tu preocupación a un momento controlado por ti, en el que puedas pensar constructivamente y buscar soluciones. Puede ser, precisamente, la hora que habías fijado para hacer los ejercicios.

En ocasiones, sin duda, es difícil dejar para mañana un asunto. Por ejemplo, cuando son las dos de la mañana y tu hijo todavía no ha regresado a casa. Aun así, en estas ocasiones, en vez de saltar sobre el teléfono y "despertar" a todos los hospitales y centros policiales, podríamos poner un límite razonable antes de empezar a hacerlo. Me explicaré mejor. Por ejemplo, aunque sean las dos de la mañana, puede ser probable que tu hijo se haya retrasado tomando copas con algún amigo. Un límite razonable será fijar una hora en la que ya no sea probable eso y a partir de la cual puedes empezar a actuar. Por ejemplo, "si a las ocho de la mañana aún no ha llegado, entonces veré lo que puedo hacer. Mientras tanto, lo más seguro es que se haya encontrado con alguien y esté por ahí...".

El objetivo final es aprender a centrarnos más en el presente que en el futuro, que la "alarma no salte" a las primeras de cambio, y ser capaces de cambiar preocupación por ocupación.

2. Otra forma de controlar nuestras preocupaciones es buscar de antemano alguna solución. Si la preocupación no es sino la anticipación de un problema, pues anticipemos también una posible solución para dicho problema. Como vimos en el ejemplo anterior, en la preocupación por perder el trabajo una solución intermedia podría ser pedirle a algún amigo vivir con él mientras buscamos otra colocación. ¿Qué otras soluciones diferentes se te ocurren para este caso concreto?
3. Por último, procura comentar tus preocupaciones con alguien de tu confianza. Seguro que esa persona, al no estar inmersa en el problema, ve las soluciones antes que tú. Y eso de "ver" es importante. Si te esfuerzas en imaginar que ocurre algo distinto a lo que temes, seguro que te empiezas a sentir menos preocupado.

#### 5.4.4. Entrena tu mente y aprende a solucionar problemas e indecisiones

Como sabes, hay quien dice que la mente es un "músculo" y, aunque sea mentira, esa metáfora se refiere a que nuestras capacidades intelectuales ganan con el entrenamiento y pierden con la dejadez. Sin que ello se convierta en una obsesión, por supuesto, tener la maquinaria bien "engrasada", por utilizar otra metáfora, nos ayudará a controlar mejor nuestra mente. Algunos estudios así lo demuestran.

En ese sentido, es importante mejorar nuestra capacidad de atención, de memoria, de solucionar problemas y de tomar decisiones. Te proponemos algunas ideas.

##### A) Ejercita tu atención y tu memoria

Aunque son muchos los ejercicios que se pueden hacer, prueba con los siguientes. Recuerda que el objetivo es aumentar nuestra capacidad mental; ello nos ayudará a controlar luego de forma más eficaz las preocupaciones.

- Piensa en un amigo a quien ves con frecuencia y, sucesivamente, centra la imagen que te viene en el contorno exacto de su cara, en su rostro, en su cuerpo, en su paso al andar y en los colores habituales de su vestimenta.
- Piensa en el frontal de una tienda a la que sueles ir y, sucesivamente, centra la imagen que te viene en la total aparición de la tienda desde el lado opuesto de la calle, el escaparate, los detalles de los objetos individuales que se venden y la puerta de entrada.
- Abre un cajón que no utilices desde hace tiempo y observa su contenido durante un minuto. Cierra los ojos. Rememora lo que has visto y escríbelo en un papel. Compruébalo.
- Graba una conversación de la televisión. Rememórala y escríbela en un papel. Revisa qué has omitido.

##### B) Aprende a solucionar problemas

Parece innegable que la vida está repleta de problemas que debemos resolver y de decisiones que debemos tomar. Tarde o temprano todos nos enfrentamos a dificultades, penalidades y conflictos. Por fortuna, como en otros ámbitos de la vida, podemos aprender a resolverlos mejor. Sigue estos sencillos consejos para ello.

###### 1. Cambiemos la actitud negativa ante los problemas

En ocasiones, es nuestra propia actitud ante los problemas y conflictos la que

nos paraliza. Hay personas que se lamentan continuamente de su mala suerte, otras no dejan de compararse con los demás pensando que "a ellos no les pasan estas cosas". Y también hay muchas personas que se sienten incapaces de enfrentarse a los problemas y conflictos, o que les da miedo equivocarse, perder algo, enfrentarse a los demás, etc. Pero de nada sirve lamentarse, porque el problema no va a resolverse por sí solo. Por el contrario, cuando los problemas se abordan con decisión y coraje, al final éstos no son tan difíciles de superar como parecía en un principio. Lo importante es admitir la realidad, aceptar lo que no se pueda cambiar e intentar modificar lo que sí se pueda.

## 2. Definamos lo más concretamente posible el problema

Cuando vemos con claridad cuál es el problema, estaremos en una mejor condición para poder solucionarlo. Por tanto, responder a la pregunta de cuál es el problema resulta fundamental. Igualmente, debemos intentar trocear el problema, dividirlo en varios. Así, será más fácil resolverlo.

## 3. Busquemos posibles soluciones

Una vez clarificado el problema, ¿cómo se puede solucionar? Intenta escribir todas las posibles soluciones que se te ocurran, por disparatadas que parezcan. En ese proceso creativo, seguro que encuentras una solución apropiada.

## 4. Elijamos una solución y apliquémosla

Es el momento ahora de aplicar la solución elegida y evaluar el resultado. Debemos comprobar si ha sido efectiva la elección para dejar de preocuparnos por eso. En caso contrario, debes elegir otra solución.

## C) Tomemos decisiones

Cuando tomamos una decisión, optamos por algo y renunciamos a otra cosa. Por eso, muchas veces una decisión nos agobia. De nuevo, cambiar de actitud será importante: intenta ver esta situación como una oportunidad para elegir y no como un problema por no saber qué elegir.

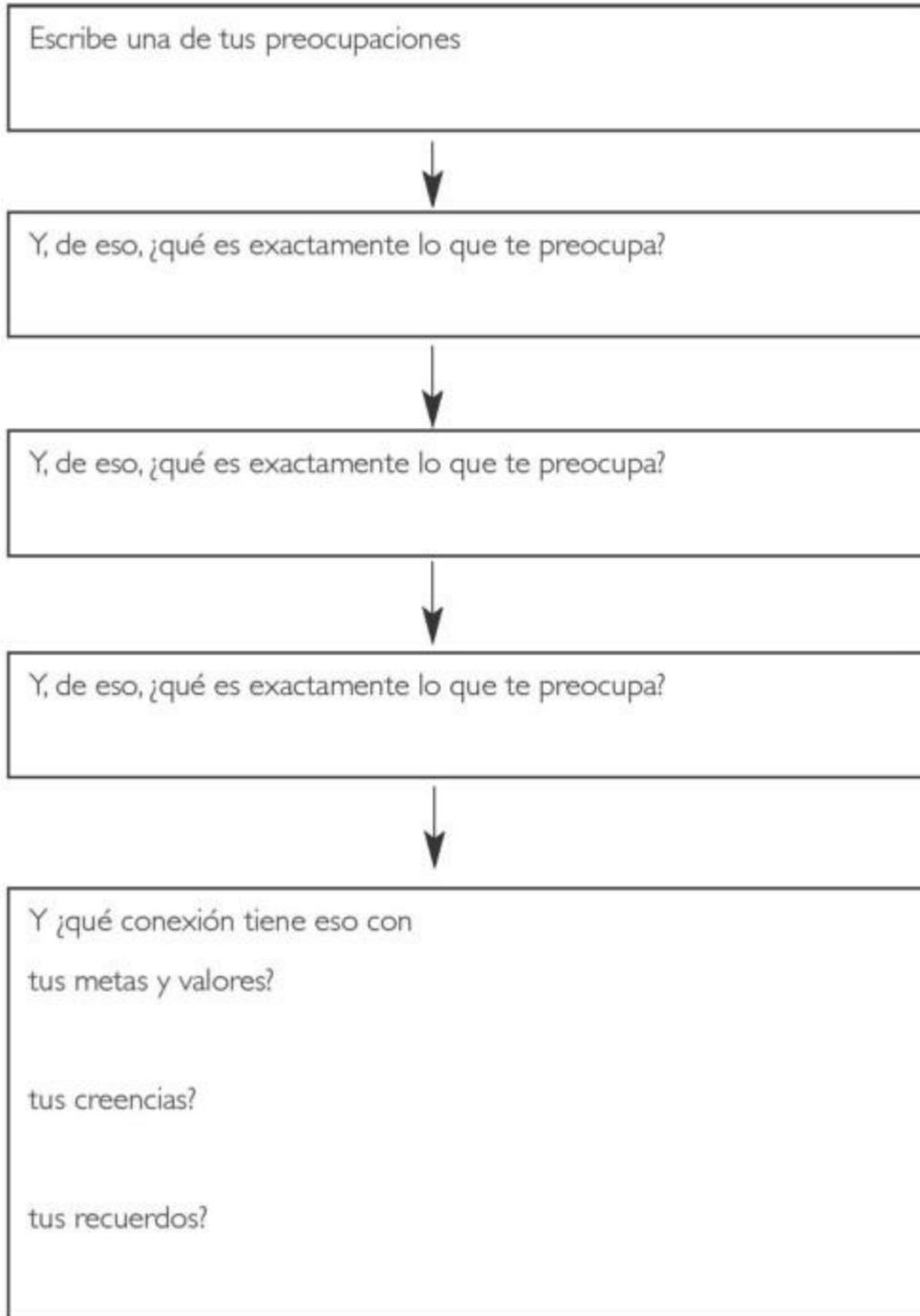
Cuando la decisión está entre dos opciones, puede ser útil anotar las ventajas de cada una. Si a cada ventaja le damos una puntuación, según su importancia, una simple suma final quizá nos ayude a decidirnos. Otras veces, lo que ayuda es imaginar las dos opciones como en una balanza; la que pese más será nuestra decisión. Pero, en muchas ocasiones, no será tan fácil. A veces no nos decidimos porque tras cada opción existen preocupaciones más sutiles. Un primer paso, por tanto, será descubrir qué nos preocupa en cada opción: ¿equivocarnos?, ¿perder algo?, ¿la opinión de los demás?... Y, a partir de

ahí, ¿por qué nos preocupa eso? Y ¿cómo podríamos cambiarlo? También debemos recordar que no podemos aspirar a una certeza absoluta; siempre habrá consecuencias negativas y positivas de todo cuanto decidamos. Y que, cuando una indecisión nos bloquea, en ese momento es más importante el hecho de decidir en sí mismo, que lo que decidamos finalmente.

En una ocasión, ante el paralizante bloqueo de una estudiante que quería hacer un doctorado pero que no se decidía entre dos universidades (una tenía más prestigio, pero en la otra era más fácil obtener una beca), un famosísimo terapeuta tomó una moneda, y le dijo que la universidad A era la cara y la universidad B era la cruz. Seguidamente, lanzó al aire la moneda y la cubrió con la mano izquierda. "¿Qué crees que ha salido?", preguntó el terapeuta a la estudiante. "La A", respondió ella. El terapeuta guardó la moneda sin enseñar el resultado y le dijo con voz cálida: "¿Y no crees que ya has elegido?".

S.S.Material de ayuda

- 1.Hoja de autorregistro (véase figura 3.1)
- 2.Hoja "Por qué nos preocupamos" (véase página siguiente)



¿De qué te preocupas? Técnica de la flecha descendente.



# Clave de respuestas

---

---

*Capítulo 1*

	a	b	c	d	e
1. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

---

---

---

*Capítulo 2*

	a	b	c	d	e
1. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

---

---

---

### Capítulo 3

---

	a	b	c	d	e
1. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

---

---

---

### Capítulo 4

---

	a	b	c	d	e
1. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



# Lecturas recomendadas y bibliografía

## Lecturas recomendadas

Carnegie, D. (2000): *Cómo suprimir las preocupaciones y disfrutar de la vida*. Edhasa, Barcelona (original de 1948).

Destinado al gran público, es un libro ameno y claro, escrito con ambición didáctica donde el lector encontrará numerosas sugerencias útiles para aplicar en su vida cotidiana.

Davey, G. C. L. y Tallis, F. (eds.) (1994): *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment*. Wiley, Chichester.

Destinado a profesionales e investigadores, fue la primera compilación sobre el tema, escrita por los autores más destacados de aquellos años. Aunque ya algo desfasada, aún puede servir como panorámica a quien desee iniciarse en este objeto de estudio. Para completar con una revisión actualizada, véase G.C.L.Davey y A.Wells (eds.) (2006): *Worry and Its Psychological Disorders*. Wiley, Chichester.

Hallowell, E. M. (1997): *Worry*. Pantheon Books, Nueva York.

Destinado al gran público, en este libro se repasa la mayoría de las fuentes de la preocupación patológica, así como sus posibles soluciones, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas.

Heimberg, R. G., Turk, C. L., y Mennin, D. S. (eds.) (2004): *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. Guilford Press, Nueva York.

Destinado a profesionales e investigadores, es una de las últimas compilaciones sobre el tema, en la que se revisan algunos de los modelos teóricos más importantes, así como sus implicaciones prácticas, sin olvidarse de los aspectos evaluativos.

## Bibliografía

Alario Ballester, S. (1989): "Tratamiento de un trastorno por ansiedad generalizada". *Análisis y modificación de conducta*, 15: 305-316.

American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders (DSM-IV-TR) (4.a ed., rev.). American Psychiatric Association, Washington, DC.

- Bados, A. y Bach, L. (1997): "Intervención psicológica con una paciente con trastorno de ansiedad generalizada". *Análisis y modificación de conducta*, 23: 85-107.
- Barlow, D. H. (1988): *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Guilford, Londres.
- Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2003): *Psicopatología* (3.a ed.). Thomson, Madrid.
- Barlow, D. H., Rapee, R. M. y Brown, T. A. (1992): "Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder". *Behavior Therapy*, 23: 551-570.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E. y Emery, G. (1983): *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer, Bilbao (original de 1979).
- Benedito, M. C. y Botella, C. (1992): "El tratamiento de la ansiedad generalizada por medio de procedimientos cognitivo-conductuales". *Psicothema*, 4: 479-490.
- Bennett-Levy, J. (2003): "Mechanisms of Change in Cognitive Therapy: The Case of Automatic Thoughts Records and Behavioural Experiments". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31: 261-277.
- Borkovec, T. D., Wilkinson, L., Folensbee, R. y Lerman, C. (1983): "Stimulus Control Applications to the Treatment of Worry". *Behaviour Research and Therapy*, 21: 247-251.
- Borkovec, T. D. y Mathews, A. M. (1988): "Treatment of Nonphobic Anxiety Disorders: A Comparison of Nondirective, Cognitive and Coping Desensitization Therapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 877-884.
- Borkovec, T. D. y Costello, E. (1993): "Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Generalised Anxiety Disorder". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 611-619.
- 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., Alcaine, O. 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*. Guilford Press,

Nueva York: 77-108.

- Brown, T. A., DiNardo, P. A. y Barlow, D. H. (1994): Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV). Psychological Corporation, San Antonio, TX.
- Brown, T. A., DiNardo, P. A., Leham, C. S. y Campbell, L. A. (2001): "Reliability of DSM-IV Anxiet and Mood Disorders: Implications for the Clasification of Emotional Disorders". *Journal of Abnormal Psychology*, 110: 49-58.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P. y Gelder, M. (1991): "Comparison of Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 167-175.
- 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.
- Chappell, M. N. (1948): *How to Control Worry*. G.C.Publishers, Garden City, Nueva York (original de 1938).
- Chorpita, B., Tracey, S., Brown, T., Collica, T. y Barlow, D. (1997): "Assessment of Worry in Children and Adolescents: An Adaptation of the Penn State Worry Questionnaire". *Behaviour Research and Therapy*, 35: 569-581.
- Craske, M., Rapee, R., Jackel, L. y Barlow, D. (1989): "Quality Dimensions of Worry in DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder Subjects and non-Anxious Controls". *Behaviour Research and Therapy*, 27: 397-402.
- Davey, G. C. L. (2006): "A Mood-As-Input Account of Perseverative Worrying", en G.C.L.Davey y A.Wells (eds.), *Worry and its Psychological Disorders*. Wiley, Chichester.
- Davey, G. C. L., Jubb, M. y Cameron, C. (1996): "Catastrophic Worrying As a Function of Changes in Problem-Solving Confidence". *Cognitive Therapy and Research*, 20, 333-344.
- Davey, G. C. L., Tallis, F. y Capuzzo, N. (1996): "Beliefs About the Consequences of Worrying". *Cognitive Therapy and Research*, 20: 499-520.
- Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (2000): "Treatment of GAD: Targeting Intolerance of Uncertainty in Two Types of Worry". *Behavior Modification*, 24: 635-657.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R. y Gosselin, P (2001): "Le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété: Validation dans les

- échantillons non cliniques et cliniques". *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 17: 31-36.
- Dugas, M. J., Gagnon, E., 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., Marchand, A. y Ladouceur, R. (2005): "Further Validation of a Cognitive-Behavioral Model of Generalized Anxiety Disorder: Diagnostic and Symptom Specificity". *Journal of Anxiety Disorders*, 19: 329-343.
- Durham, R. C. y Allan, T. (1993): "Psychological Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Review of the Clinical Significance of Results in Outcome Trials Since 1980". *British Journal of Psychiatry*, 163: 19-26.
- Durham, R. C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treliving, L. R. y Genton, G. (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*. Desclée de Brouwer, Bilbao (original de 1986).
- Eisen, A. R. y Silverman, W. K. (1998): "Prescriptive Treatment for Generalized Anxiety Disorder in Children". *Behavior Therapy*, 29: 105-121.
- Ellis, A. (2003): *Razón y emoción en psicoterapia*. Desclée de Brouwer, Bilbao (original de 1962).
- ESEMeD/MHEDEA (2004): "Prevalence of Mental Disorders in Europe: Results from the European of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109: 21-27.
- Foucault, M. (1979): *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós, Buenos Aires.
- Francis, K. y Dugas, M. J. (2004): "Assessing Positive Beliefs About Worry: Validation of a Structured Interview". *Personality and Individual Differences*, 37: 405-415.
- Freeston, M. H., Rhéame, J., Letarte, H., Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1994): "Why do People Worry?". *Personality and Individual Differences*, 17: 791-802.
- Freud, S. (1984): *Introducción al Psicoanálisis*. Alianza, Madrid (original de 1917).
- González, M., Bethencourt, J. M., Fumero, A. y Fernández, A. (2006): "Adaptación

- española del cuestionario "¿Por qué preocuparse?". *Psicothema*, 18: 313-318.
- Guidano, V. E. (1997): "Un enfoque constructivista de los procesos del conocimiento humano", en M.J.Mahoney (ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas*. Desclée de Brouwer, Bilbao (original de 1995): 115-129.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. (1999): *Acceptance and Commitment Therapy*. Guilford Press, Nueva York.
- Huerta, F., Gómez, S., Molina, A. y Luciano, M. C. (1998): "Ansiedad generalizada: un estudio de caso". *Análisis y Modificación de Conducta*, 24: 751-766.
- Ibáñez, L., González, M., Fernández-Valdés, A., López-Curbelo, M., Rodríguez, M. y García, C. (2000): "El cuestionario de preocupación y ansiedad: un instrumento para la evaluación del trastorno por ansiedad generalizada". *Ansiedad y estrés*, 6 (2-3): 203-221.
- Kendall, P. C. (1994): "Treating Anxiety Disorders in Children: Results of a Randomized Clinical Trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62: 100-110.
- Kranzler, H. (1988): "Use of Buspirone in an Adolescent with Overanxious Disorder". *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27: 789-790.
- Ladouceur, R., Gosselin, P. y Dugas, M. J. (2000): "Experimental Manipulation of Intolerance of Uncertainty: A study of a Theoretical Model of Worry". *Behaviour Research and Therapy*, 38: 933-941.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, E. 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.
- Laguna, L. B., Ham, L. S., Hope, D. A. y Bell, C. (2004): "Chronic Worry as Avoidance of Arousal". *Cognitive Therapy and Research*, 28: 269-281.
- Leboeuf, A. y Lodge, J. (1980): "A Comparison of Frontalis EMG Feedback Training and Progressive Relaxation in the Treatment of Chronic Anxiety". *British Journal of Psychiatry*, 137: 279-284.
- Lehrer, P., Woolfolk, R. L., Rooney, A., McCann, B. y Carrington, P. (1983): "Progressive Relaxation and Meditation: A Study of Psychophysiological and Therapeutic Differences Between two Techniques". *Behaviour Research and Therapy*, 21: 651-662.

- Lieb, R., Becker, E. y Altamura, C. (2005): "The Epidemiology of Generalized Anxiety Disorder in Europe". *European Neuropsychopharmacology*, 15: 445-452.
- Lindsey, W., Gamsu, C., McLaughlin, E., Hood, E. y Espie, C. A. (1987): "A Controlled Trial of Treatments for Generalized Anxiety". *British Journal of Clinical Psychology*, 26: 3-15.
- MacLeod, A. K. (1994): "Worry and Explanation-Based Pessimism", en G.C.L.Davey y E Tallis (eds.), *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment*. Wiley, Chichester: 115-134.
- Masj, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Poli, P., Bertini, N. y Milantoni, L. (2004): "Generalized Anxiety Disorder in Referred Children and Adolescents". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43: 752-760.
- Meichenbaum, D. (1972): "Cognitive Modification of Test Anxiety College Students". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39: 370-380.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. y Fresco, D. M. (2005): "Preliminary Evidence for an Emotion Dysregulation Model of Generalized Anxiety Disorder". *Behaviour Research and Therapy*, 43: 1281-1310.
- Meyer, T., 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.
- Mitte, K. (2005): "Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Treatments for Generalized Anxiety Disorder: A Comparison with Pharmacotherapy". *Psychological Bulletin*, 131: 785-795.
- Montorio, L, Losada, A., Márquez, M. y Nuevo, R. (2000): "Programa psicoeducativo de tratamiento de la preocupación patológica en personas mayores. Un estudio piloto". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 35: 24-29.
- 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.

- Nuevo, R. y Montorio, I. (2005): "Eficacia de un tratamiento cognitivoconductual para la preocupación excesiva en personas mayores". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5: 215-226.
- Nutt, D. J. (2001): "Neurobiological Mechanisms in Generalized Anxiety Disorder". *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Supl. 11): 22-27.
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. I. e Inglés, C. J. (2003): "La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia". *Anales de Psicología*, 19: 193-204.
- Óst, L. G. y Breitholtz, E. (2000): "Applied Relaxation vs. Cognitive Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder". *Behaviour Research and Therapy*, 38: 777-790.
- Perrin, S. y Last, C. G. (1997): "Worrisome Thoughts in Children Clinically Referred for Anxiety Disorder". *Journal of Clinical Child Psychology*, 26: 181-189.
- Power, K., Jerrom, D., Simpson, R., Mitchell, M. y Swanson, V. (1989): "A Controlled Comparison of Cognitive-Behavior Therapy, Diazepam and Placebo in the Management of Generalised Anxiety". *Behavioural Psychotherapy*, 17: 1-114.
- Power, K., Simpson, R., Swanson, V. y Wallace, L. (1990): "A Controlled Study of Cognitive-Behavior Therapy, Diazepam, and Placebo, Alone and in Combination for the Treatment of Generalised Anxiety". *Journal of Anxiety Disorders*, 4: 267-292.
- Powers, C. B., Wisocki, P. A. y Whitbourne, S. K. (1992): "Age Differences and Correlates of Worrying in Young and Elderly Adults". *The Gerontologist*, 32: 82-88.
- Prados, J. M.' (2002): *La preocupación: Teoría e intervención*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- (2007): "Desarrollo de una nueva escala de creencias sobre las consecuencias de la preocupación". *Anales de Psicología*, 23: 226-230.
- Raskin, M., Bali, L. y Peeke, H. (1980): "Muscle Biofeedback and Trascendental Meditation: Controlled Evaluation of Efficacy in the Treatment of Chronic Anxiety". *Archives of General Psychiatry*, 37: 93-97.
- Rickels, K. y Rynn, M. A. (2001): "What Is Generalized Anxiety Disorder?". *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Supl. 11): 4-12.
- Robinson, E. L. (1989): "The Relative Effectiveness of Cognitive Restructuring and Coping Desensitization in the Treatment of Self-Reported Worry". *Journal of Anxiety*

Disorders, 3: 197-207.

- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2002): "Expanding Our Conceptualization of and Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating Mindfulness/Acceptance-Based Approaches with Existing Cognitive-Behavioral Models". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8: 54-68.
- 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.
- Saleeby, C. W. (1907): *Worry: The Disease of the Age*. Stokes Company, Nueva York.
- Silverstone, P. H. y Salinas, E. O. (2001): "Efficacy of Venlafaxine ER in Patients with Major Depressive Disorder and Co-morbid Generalized Anxiety Disorder". *Journal of Clinical Psychiatry*, 62: 523-529.
- Simeon, G., Ferguson, H. B. y Knott, V. (1992): "Clinical, Cognitive and Neurophysiological Effects of Alprazolam in Children and Adolescents with Overanxious and Avoidant Disorders". *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 31: 29-33.
- Stanley, M. A., Diefenbach, G. J. y Hopko, D. R. (2004): "Cognitive Behavioral Treatment for Older Adults with Generalized Anxiety Disorder. A Therapist Manual for Primary Care Settings". *Behavior Modification*, 28: 73-117.
- Stóber, J. (1998): "Worry, Problem Elaboration and Suppression of Imagery: The Role of Concreteness". *Behaviour Research and Therapy*, 36: 751-756.
- Stóber, J. y Borkovec, T. D. (2002): "Reduced Concreteness of Worry in Generalized Anxiety Disorder: Findings from a Therapy Study". *Cognitive Therapy and Research*, 26: 89-96.
- Szabó, M. y Lovibond, P. F. (2002): "The Cognitive Content of Naturally Occurring Worry Episodes". *Cognitive Therapy and Research*, 26: 167-177.
- Tallis, E. y Eysenck, M. W. (1994): "Worry: Mechanisms and Modulating Influences". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22: 37-56.
- Tallis, F., Eysenck, M. W. y Mathews, A. (1992): "A Questionnaire for Measurement of Non Pathological Worry". *Personality and Individual Differences*, 13: 161-168.
- Tarrier, N. y Main, C. J. (1986): "Applied Relaxation Training for Generalized Anxiety and Panic Attacks: The Efficacy of a Learnt Coping Strategy on Subjective

- Reports". *British Journal of Psychiatry*, 149: 330-336.
- Thayer, J. E, Friedman, B. H., Borkovec, T. D., Johnsen, B.H. y Molina, S. (2000): "Phasic Heart Period Reactions to Cued Threat and Nonthreat Stimuli in Generalized Anxiety Disorder". *Psychophysiology*, 37: 361-368.
- Wells, A. (1994): "A Multi-dimensional Measure of Worry: Development and Preliminary Validation of the Anxious Thoughts Inventory". *Anxiety, Stress and Coping*, 6: 289-299.
- (1995): "Meta-cognition and Worry: A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23: 301-320.
- (2005): "The Metacognitive Model of GAD: Assessment of MetaWorry and Relationship with DSM-IV Generalized Anxiety Disorder". *Cognitive Therapy and Research*, 29: 107-121.
- Wells, A. y Cartwright-Hatton, S. (2004): "A Short Form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30". *Behaviour Research and Therapy*, 42: 385-396.
- Wells, A. y King, P. (2006): "Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: An Open Trial". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37: 206-212.
- White, J., Keenan, M. y Brooks, N. (1992): "Stress Control: A Controlled Comparative Investigation of Large Group Therapy for Generalized Anxiety Disorder". *Behavioral Psychotherapy*, 20: 97-114.
- Wisocki, P. A., Handen, B. y Morse, C. (1986): "The Worry Scale as a Measure of Anxiety Among Homebound and Community Elderly". *Behavior Therapist*, 5: 91-95.
- Wittchen, H. U. y Hoyer, J. (2001): "Generalized Anxiety Disorder: Nature and Course". *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl. 11): 15-19.
- Wolpe, J. (1981): *Psicoterapia por inhibición recíproca* (5.a ed.). Desclée de Brouwer, Bilbao (original de 1958).

# Índice

Prólogo	14
Capítulo 1. Introducción	16
1.1. El trastorno por ansiedad generalizada: criterios diagnósticos	18
1.1.1. Manifestaciones subjetivas	20
1.1.2. Manifestaciones Físicas	21
1.1.3. Duración	22
1.2. Datos epidemiológicos	23
1.3. Problemas de la identificación en la práctica	24
1.4. Sugerencias	26
Exposición de casos clínicos	28
Cuadro resumen	30
Capítulo 2. Aspectos etiológicos	32
2.1.2. Neurotransmisión	35
2.2. Modelos psicológicos	37
2.2.2. Modelo de David H.Barlow	42
2.2.3. Modelo de Frank Tallis y Michael Eysenck	45
2.2.4. Modelo de Andrew K.MacLeod	48
2.2.5. Modelo de Adrian Wells	50
2.2.6. Modelo de Joachim Stóber	53
2.2.7. Modelo de Michel Dugas	56
2.2.8. Modelo de Graham C.L.Davey	58
2.3. Un modelo integrador	60
Preguntas de autoevaluación	66
Capítulo 3. Evaluación	67
3.1.1. Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV)	69
3.1.3. Worry and Anxiety Questionnaire (WAQ)	70
3.1.4. Preguntas relevantes en una entrevista de evaluación	71
3.2. Observación, autoobservación y registros fisiológicos	74

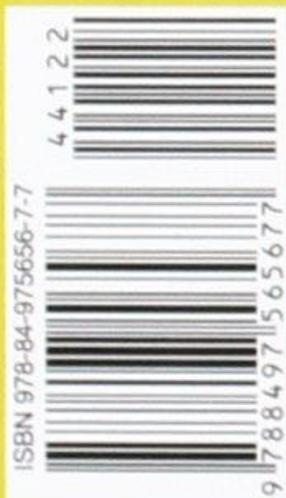
3.3. Escalas e inventarios	76
3.3.1. Worry Scale (WS-L)	79
3.3.2. Things 1 Worry About Scale (TWAS)	81
3.3.3. Worry Domains Questionnaire (WDQ)	87
3.3.4. Worry Scale (WS-W)	89
3.3.5. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	91
3.3.6. Anxious Thoughts Inventory (AnTI)	94
3.3.7. Why Worry (WW)	95
3.3.8. Consequences of Worrying Scale (COWS)	97
3.3.9. Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)	100
3.3.10. Inventario de Consecuencias Percibidas de Preocupación (ICPP)	104
Capítulo 4. Guía para el terapeuta	112
4.1.2. Buspirona	114
4.1.3. Venlafaxina	115
4.2. Enfoque psicoterapéutico	116
4.2.1. Primeros acercamientos	117
4.2.2. Terapia de conducta	122
4.2.3. Terapia cognitiva	126
4.3. Evidencia disponible. Significación clínica y estadística	131
4.3.1. Tratamiento psicológico frente a tratamiento farmacológico	134
4.3.4. Tratamiento único frente a tratamiento combinado	135
4.4. Programas actuales de intervención	137

# psicología clínica

**P**ese a su elevada frecuencia, el denominado trastorno por ansiedad generalizada continúa siendo un gran desconocido para buena parte de los profesionales de la salud. Prueba de ello es que, frente a él, los tratamientos habituales no alcanzan tan buenos resultados como en otras perturbaciones emocionales. Sin embargo, en los últimos años cada vez más investigadores se afanan en dilucidar los procesos que pueden estar involucrados en su génesis, así como en diseñar nuevas estrategias de intervención.

En este libro el lector encontrará una breve y sencilla síntesis del conocimiento acumulado hasta ahora, así como interesantes sugerencias para la evaluación y el tratamiento de este trastorno.

**José M.<sup>a</sup> Prados** es psicólogo y profesor en la Universidad Complutense de Madrid.



EDITORIAL  
SÍNTESIS