



2008, 14(2-3),305-319

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE UN CASO DE TRASTORNO
POR ANSIEDAD GENERALIZADA:
EL COMPONENTE METACOGNITIVO

Ramos-Cejudo, J. y Cano-Vindel, A.

Área Humana. Centro de Psicología Clínica y Psiquiatría
Universidad Complutense de Madrid

Resumen: En los últimos años se han desarrollado modelos cognitivos que explican los principales trastornos de ansiedad. Según éstos, la respuesta de ansiedad no depende tanto de las situaciones que la provocan, sino de la interpretación y de los procesos cognitivos que median en dicha respuesta emocional. El trastorno por ansiedad generalizada (TAG) está caracterizado por preocupación incontrolable y excesiva que provoca niveles significativos de malestar psicológico y ansiedad. Los pacientes con TAG cumplen a menudo los criterios para algún trastorno del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad (el 60% tienen, al menos, otro trastorno del Eje I) y trastornos asociados generalmente al estrés (síndrome de intestino irritable o dolores de cabeza). Los trabajos que parten del modelo metacognitivo (Wells, 1999) cuentan con un fuerte apoyo empírico y estudian este trastorno desde los procesos cognitivos implicados y la función que cumple la preocupación en la génesis y el mantenimiento del trastorno. A continuación presentamos el caso clínico de un paciente varón de 40 años atendido por esta dolencia en un centro privado. Se detalla la evaluación, el plan de tratamiento basado en el modelo cognitivo antes citado y los resultados de la evaluación postratamiento, que se ajustan de forma razonable a los objetivos terapéuticos previamente planteados.

Palabras Clave: Trastorno por ansiedad generalizada, metacognición, procesos cognitivos, tratamiento de la ansiedad, experimento de caso único.

Abstract: Cognitive models have been developed during the past years in order to explain the principal anxiety disorders. According to the former, experienced anxiety depends not so much on the situation but on the interpretation and cognitive processes mediating such emotional response. Generalized anxiety disorder (GAD) is characterized by uncontrollable and excessive worry, which usually generates significant levels of distress and anxiety. Patients with GAD have often been found to meet criteria for mood disorders, other anxiety disorders (at least 60% suffer from other Axis I disorders) and stress related disorders (irritable bowel syndrome or headaches). Studies based on Wells's metacognitive model (1999) have received strong empirical support when investigating cognitive processes involved in GAD and the role played by worry in its onset and maintenance. In support of this model, we present a case of a 40 year-old-man treated for GAD in a private practice. The assessment, treatment plan and post-treatment results, discussed in detail, reasonably achieved the desired therapeutic objectives.

Key words: Generalized anxiety disorder, metacognition, cognitive processes, anxiety treatment, single-case experiment.

Title: *Cognitive-Behavioural Treatment in a case of Generalized Anxiety Disorder: the Metacognitive Component*

La ansiedad es una respuesta emocional que se pone en marcha ante la percepción de amenaza o resultado incierto, ante la que se genera un estado de alerta cognitivo

(atención centrada, procesamiento rápido de información), activación fisiológica del organismo (preparatoria para la acción) e inquietud motora (puesta en marcha de conductas rápidas), estado que podría mejorar el nivel de respuesta del individuo al entorno. Por ello, la ansiedad es una reacción en principio deseable (tiende a ayudarnos a buscar y generar respuestas alternativas que encuentren un mejor resultado), a no ser que se experimente de forma

*Dirigir la correspondencia a

Juan Ramos Cejudo

Área Humana

Centro de Psicología Clínica y Psiquiatría

C/ Princesa, 3 dup. 502 28008 Madrid

juan-ramos@cop.ess

© Copyright 2007: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

excesivamente intensa, frecuente o duradera, lo que daría lugar a posibles interferencias en la vida cotidiana de las personas, generando además un profundo malestar y conformando posibles trastornos (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1995).

Uno de los cambios más relevantes en el estudio de la ansiedad en las últimas décadas ha sido poner el acento en las variables cognitivas que los sujetos ponen en marcha en el contexto en el que se desarrolla esta reacción. Una de las variables que se han estudiado es la preocupación, entendida como el “intento de solucionar mentalmente un problema o un asunto cuyo resultado es incierto pero contiene la posibilidad de una o más consecuencias negativas” (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983). En la actualidad, las teorías y modelos cognitivos que abordan la ansiedad, no sólo se centran en el contenido de las cogniciones de los sujetos (como la preocupación), sino también en el proceso, es decir, en cómo se interpreta la información del entorno y cuales son los sesgos cognitivos que se cometen en esta actividad (Quero, Baños, & Botella, 2001). Este enfoque es compatible con el estudio de las diferencias individuales en el nivel general (o rasgo) de ansiedad, así como con el punto de vista multidimensional que considera que esta reacción se muestra en tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), parcialmente independientes (Lang & Cuthbert, 1984), así como con el enfoque interactivo que centra su objeto de estudio en las diferencias individuales en rasgo de ansiedad asociadas también a diferentes áreas situacionales (ansiedad ante situaciones de evaluación, ansiedad interpersonal o social, ansiedad fóbica y ansiedad en la vida cotidiana), o rasgos específicos (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1995).

Una de las explicaciones cognitivas de las diferencias en rasgo de ansiedad nos la ofrece la presencia de diferentes sesgos

cognitivos en el procesamiento de la información emocional. Para Michael Eysenck (Eysenck, 1992, 1997; Eysenck & Eysenck, 2007), los individuos que presentan un alto rasgo de ansiedad se caracterizan por la presencia fundamental de tres tipos de sesgos cognitivos o tendencias en el procesamiento de la información (especialmente los dos primeros): sesgo atencional, o la tendencia a centrar la atención en los estímulos del entorno potencialmente amenazantes frente a los de carácter neutro; sesgo interpretativo, o la tendencia a interpretar las situaciones ambiguas o neutras como amenazantes; y sesgo de memoria, siendo éste la tendencia a recordar los acontecimientos congruentes con el estado de ánimo negativo.

La existencia de los sesgos cognitivos en la respuesta de ansiedad ha quedado ampliamente establecida (Mathews, 1990), siendo una de las principales raíces de estos sesgos la atención selectiva anormal (Mathews, Mogg, Kentish, & Eysenck, 1995; Mathews & Wells, 2000).

La evidencia de estudios experimentales recogida hasta ahora sugiere que muchos procesos cognitivos, como la atención selectiva y la continua ejecución de rumiaciones o de preocupaciones, son procesos controlados e influenciados por estrategias de control “de arriba abajo”, es decir, que están guiados por la actividad cognitiva (por ejemplo, las creencias) y son típicamente accesibles a la conciencia (por lo que se puede entrenar su autorregulación), de ahí la relevancia de estudiar la preocupación (Prados-Atienza, 2005) y los trastornos de ansiedad desde este tipo de modelos. Para una revisión al respecto véase el trabajo de Mathews & Wells (2000; Wells, 2000) o el de Wells (2000).

Aunque en anteriores versiones diagnósticas el TAG fue considerado como un trastorno residual, o se incluían síntomas de trastornos del estado de ánimo, actual-

mente está caracterizado fundamentalmente por una preocupación excesiva e incontrolable, casi constante, producida por una amplia variedad de acontecimientos (trabajo, salud, relaciones, pequeños obstáculos en la vida cotidiana), que genera elevados niveles de ansiedad. Se le añaden otros síntomas relacionados como inquietud persistente, dificultades para concentrarse, tensión muscular excesiva, temblor, dolores musculares frecuentes, fatiga, irritabilidad, o trastornos del sueño (Bados & Sanz, 2005). Hoy en día sabemos que el TAG es uno de los desórdenes de ansiedad más discapacitantes y suele cursar con otros trastornos de ansiedad y/o trastornos del estado de ánimo. En el estudio ESEMeD se encontró que el 1% (IC al 95% = 0,8-1,2) de la población adulta europea tenía un diagnóstico de TAG en los últimos 12 meses, un 2,8% (IC al 95% = 2,5-3,1) a lo largo de la vida (Alonso et al., 2004b) y el 69,4% de los que cumplieron este diagnóstico en los últimos 12 meses presentaba también otro diagnóstico de trastorno mental (Alonso et al., 2004a), mientras que el 49% consumía tranquilizantes y/o antidepresivos (Alonso et al., 2004c); además, se comprobó que la submuestra de pacientes con TAG españoles sufría una pérdida de calidad de vida superior a un 33% a nivel mental y de casi un 9% a nivel físico, mientras que la discapacidad funcional era 3,375 veces mayor que en las personas sin TAG. Cuando se estudian muestras de centros asistenciales de atención primaria, dicho trastorno alcanza una prevalencia del 5,3% (Sicras-Mainar, Blanca-Tamayo, Navarro-Artieda, & Rejas-Gutiérrez, 2009; Wittchen et al., 2002), siendo más frecuente en mujeres que en varones, si bien esta relación no se da por igual en todos los países. En estudios epidemiológicos de población general, a pesar de las diferencias entre países, se encuentran valores de prevalencia más bajos (0,5% prevalencia-año y 1,89% prevalencia-vida en España), siendo la relación

de sexos de 2,3 veces a favor de las mujeres en el caso de España (Haro et al., 2006); en USA su prevalencia anual se sitúa en torno al 3% aproximadamente, mientras que la prevalencia vida alcanza el 5%. En centros especializados en trastornos de ansiedad se pueden encontrar prevalencias del 12% para dicho trastorno (American Psychiatric Association, 2000). En un estudio sobre síndrome de intestino irritable en estudiantes universitarios se encontró que el 21,5% de los estudiantes que presentaban este trastorno digestivo cumplían los criterios del TAG (Hazlett-Stevens, Craske, Mayer, Chang, & Naliboff, 2003).

Dentro de los modelos psicológicos, se ha prestado especial atención al componente cognitivo del TAG, generando diferentes modelos basados en el procesamiento de la información que explican y predicen la evolución de dicho desorden. Uno de los aspectos más relevantes del TAG es la percepción por parte de los individuos de preocupaciones excesivas e incontrolables, entendiéndolas como cierta actividad cognitiva repetitiva, negativa y predominantemente verbal (Borkovec et al., 1983) que ha sido diferenciada de otros tipos de pensamiento repetitivo como el caso de la rumiación depresiva o los pensamientos obsesivos (Clark, 1999). Uno de los modelos del TAG basado en el procesamiento de la información ha sido desarrollado por Adrian Wells (1999) que propone la distinción de dos tipos diferentes de elementos cognitivos: por un lado, las cogniciones y, por otro, las valoraciones sobre la actividad cognitiva (metacogniciones). Una cosa es la preocupación (o cualquier otro contenido cognitivo) que aparece en la mente del individuo (o que accede a su conciencia) y otra cosa diferente es la valoración que el sujeto hace sobre dicha preocupación (o sobre dicho contenido). El término "metacognición" se refiere a esto último, es decir, a la valoración, conocimiento, creencias, o control, sobre el propio pensamiento

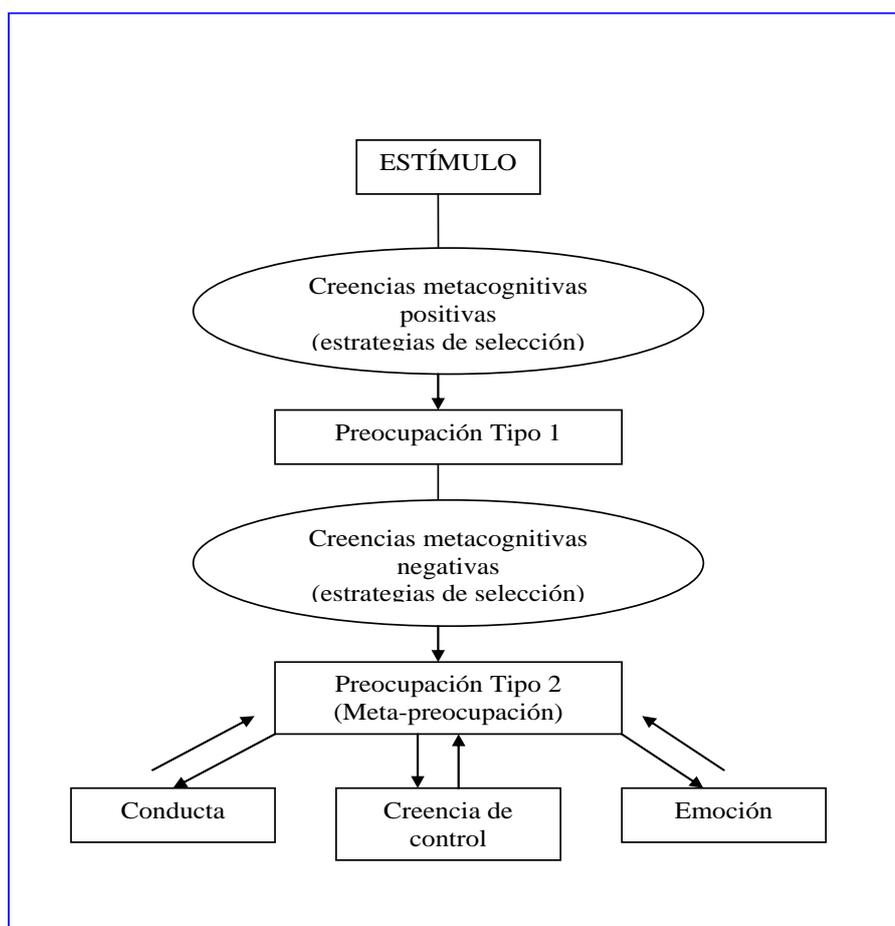
que tiene el sujeto sobre su cognición. Es conocido que la persona que tiene un TAG no sólo tiene preocupaciones, como cualquier otro individuo, sino que presenta una intolerancia a la incertidumbre que le lleva a generar niveles de ansiedad más altos ante asuntos de escasa relevancia. Esta intolerancia a la incertidumbre puede explicarse por la metacognición que mantiene sobre la preocupación inicial, a la que concede una excesiva importancia. Ello le lleva a incrementar su ansiedad, lo que a su vez genera más sesgos cognitivos de tipo atencional e interpretativo, lo que hará que preste más atención a nuevos sucesos que no puede predecir y a interpretarlos de manera catastrófica. El modelo metacognitivo del TAG (Wells, 1999) ha recibido un fuerte apoyo empírico en diferentes investigaciones (Cartwright-Hatton et al., 2004; Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Wells & Carter, 1999; Wells & Papageorgiou, 1998) y propone una perspectiva diferente en el estudio y tratamiento de dicho trastorno (ver Figura 1).

A pesar de que el 49% de los pacientes con TAG consume fármacos de tipo tranquilizante y/o antidepressivo, en un estudio de seguimiento a lo largo de 40 años de pacientes con este trastorno tratados con fármacos se observó una tasa baja de curación (de la primera evaluación en la que se diagnosticó un 20% de personas con TAG se pasó en una segunda evaluación a un 17%), una tendencia a la remisión a la edad de 50 años, pasando desde el diagnóstico de TAG al de trastorno por somatización (Rubio & Lopez-Ibor, 2007). En un meta-análisis en el que se comparó el tratamiento farmacológico con el cognitivo-conductual se encontró también una tasa de abandono más alta para el primero (Mitte, 2005). Además, el tratamiento cognitivo-conductual es más eficaz, presenta una mejor relación coste-eficacia y una mayor tasa de mantenimiento que la medicación (Heuzenroeder et al., 2004).

La terapia cognitivo-conductual de este trastorno ha mostrado hasta hace diez años resultados modestos, con cerca del 50% de eficacia y mantenimiento a los seis meses de seguimiento (Fisher & Durham, 1999). A medida que han ido mejorando los modelos teóricos que explican el trastorno, los procedimientos terapéuticos, la evaluación de los mismos y los estudios sobre la eficacia del tratamiento, los resultados han ido mejorando paulatinamente, si bien la eficacia (el tamaño del efecto) del tratamiento para el TAG es menor que el de otros trastornos de ansiedad. En un reciente meta-análisis sobre ensayos aleatorizados en los que se comparaban el tratamiento cognitivo-conductual frente al placebo (Hofmann & Smits, 2008) se encontró que el primero es eficaz en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, con un tamaño del efecto menor en el caso del TAG (g de Hedges = .51; IC 95% = .05 – 0.97; $z=2.16$ $p<.03$) que en otros trastornos, como el trastorno obsesivo compulsivo ($g=1.37$; IC 95% = .64 - 2.20; $z=3.23$ $p<.001$) o el trastorno por estrés agudo ($g=1.31$; IC 95% = .63 – 1.69; $z=6.71$ $p<.001$).

Pensamos que dichos resultados podrían deberse a la ausencia, hasta hace relativamente poco tiempo, de un modelo cognitivo sólido que explique la génesis y el mantenimiento de las preocupaciones percibidas como incontrolables por los sujetos que sufren TAG. Tradicionalmente, y desde un punto de vista cognitivo, se ha intervenido sobre las cogniciones erróneas de los sujetos pero no sobre los factores metacognitivos (creencias erróneas sobre su preocupación, sobre la pérdida de control y las diferentes conductas asociadas), ni sobre los sesgos cognitivos que deberían ser tratados de forma específica (Craske & Pontillo, 2001; Waters, Wharton, Zimmer-Gembeck, & Craske, 2008). Aunque el tratamiento cognitivo-conductual se ha mostrado altamente eficaz en la reducción de la preocupación patológica (factor clave en el

Figura 1. Modelo metacognitivo del TAG. Adaptado de Wells (1999)



TAG) y con un buen mantenimiento al cabo de un año, especialmente en jóvenes y siguiendo un formato de tratamiento individual (Covin, Ouimet, Seeds, & Dozois, 2008), una nueva aproximación cognitiva para el tratamiento del TAG sugiere que el tratamiento se debe centrar en la modificación del contenido individual de las preocupaciones específicas centradas en aspectos relacionados con la actividad cotidiana del individuo (tipo 1), habiendo modificado previamente las creencias sobre el

control que tiene el sujeto sobre sus propias preocupaciones. Véase una revisión al respecto en el manual de Wells sobre trastornos emocionales y metacognición (Wells, 2000).

A continuación presentamos el caso clínico de un paciente con diagnóstico de TAG. El tratamiento se ha realizado desde este nuevo marco cognitivo, introduciendo técnicas de reestructuración metacognitiva, junto a técnicas del control de la activación y de exposición.

Método

Datos personales

Se presenta el caso de un paciente de 40 años de edad, de nivel cultural medio, casado y sin hijos. Actualmente trabaja como ordenanza en un organismo oficial y vive en su domicilio particular junto a su mujer. Según refiere “siempre ha tenido ansiedad y temores excesivos”. A lo largo de su vida se ha sometido a diferentes tratamientos psiquiátricos y psicológicos, tomando al inicio del tratamiento tepazepam a demanda, desde los 18 años con alguna interrupción. Se muestra muy colaborador y motivado durante el tratamiento.

Historia del problema

El paciente acude a nuestra consulta refiriendo encontrarse “siempre nervioso, con mucho miedo”. El nerviosismo que alega se basa en preocupaciones excesivas relativas a diferentes situaciones de la vida cotidiana y un nivel general de ansiedad muy elevado. Presenta constantes dolores abdominales y un estado generalizado de tensión muscular. Muestra un estado de ánimo deprimido en el momento de la exploración y refiere “haberse sentido así desde siempre”, con un constante “temor hacia todo” desde los dieciocho años.

Evaluación

La evaluación fue dirigida específicamente a las conductas problema presentadas en la actualidad, de cara a plantear un modelo explicativo y análisis funcional de la conducta con objetivos terapéuticos específicos, así como la programación de un tratamiento estandarizado compuesto por diferentes técnicas de tratamiento eficaces para cada objetivo. Para ello se emplearon las siguientes pruebas de evaluación:

Autoinformes estandarizados:

1. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA (Miguel-Tobal & Ca-

no-Vindel, 1986, 1988, 1994). Este instrumento proporciona una medida general de rasgo de ansiedad y puntuaciones en el triple sistema de respuestas (a nivel cognitivo, fisiológico y motor). Al mismo tiempo evalúa cuatro áreas situacionales a las que se puede responder de forma ansiosa: ansiedad de evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana.

Las puntuaciones obtenidas por nuestro paciente señalaron un nivel de ansiedad excesiva (en centiles), siendo 95 en la medida de rasgo general de ansiedad. Respecto a su perfil en los tres sistemas de respuesta, presentaba en el factor cognitivo un centil 99; a nivel fisiológico, 99; y en el plano motor, 75. En lo que respecta a las áreas situacionales, mostraba un centil 75 en ansiedad de evaluación, 70 en ansiedad interpersonal, 99 en ansiedad fóbica y 90 en ansiedad cotidiana.

Las elevadas puntuaciones en el triple sistema de respuestas de nuestro paciente hacía aconsejable la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales dirigidas a reducir la ansiedad en los tres sistemas de respuesta, o lo que es lo mismo, a nivel cognitivo, fisiológico y motor.

2. Inventario de Depresión de Beck, BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Vázquez & Sanz, 1999). Esta prueba, compuesta de 21 ítems, nos proporciona una medida general de depresión, evaluando un amplio espectro de síntomas depresivos compuestos, cada uno, de cuatro afirmaciones acerca de la intensidad del síntoma. La puntuación total obtenida por nuestro paciente se corresponde con un centil 99, utilizando los baremos españoles (Vázquez & Sanz, 1999).

3. Cuestionario Tridimensional para la Depresión, CTD (Jiménez-García, Miguel-Tobal, & Cano-Vindel, 1996). Esta prueba nos da una medida general de depresión y una medida en el triple sistema de respues-

tas (cognitivo, fisiológico y motor). También consta de una subescala que evalúa la tendencia suicida y otra subescala que evalúa el nivel general de depresión. Las puntuaciones de nuestro paciente se situaron en el centil 99 para todas las subescalas, incluyendo las del triple sistema de respuesta.

Entrevista clínica:

Se llevaron a cabo tres entrevistas semiestructuradas, con el fin de obtener información fiable y válida acerca de su problema.

Principales conductas problema:

1. Pensamientos rumiativos negativos.
2. Pensamientos distorsionados negativos sobre sí mismo, el entorno y el futuro: triada cognitiva negativa, e.g., “Me siento angustiado”.
3. Conductas de evitación y escape: en el metro, hospital, centros comerciales, calle, mercados al aire libre, etc.
4. Falta de interés y desgana. Decaimiento.
5. Alta activación fisiológica.
6. Pérdida progresiva de las actividades reforzantes.
7. Pérdida del placer o la capacidad de disfrutar.
8. Fatiga.
9. Dolores musculares.
10. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
11. Dolor pélvico.
12. Pérdida progresiva del deseo sexual.
13. Escasa motivación general.

Diagnóstico Clínico

El paciente cumple criterios diagnósticos DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) para el F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02] en el Eje I

y sin historia de trastornos mentales en el resto de los ejes de la evaluación multi-axial. Existen ansiedad y preocupación excesivas en gran parte de las actividades cotidianas del sujeto generando una importante incapacidad e interferencia en su vida cotidiana. Junto a este trastorno, el paciente también cumple criterios diagnósticos para el F40.01 trastorno de angustia con agorafobia [300.21], siendo este diagnóstico secundario al primero, según nuestra evaluación e hipótesis explicativa. El trastorno de angustia con agorafobia es, a nuestro entender, consecuencia del trastorno por ansiedad generalizada.

Objetivos del tratamiento

Objetivo general:

1. Reducir los niveles de ansiedad excesiva en el triple sistema de respuestas.

Objetivos específicos:

2. Reducir los pensamientos rumiativos negativos hasta que cese la ansiedad y no interfieran en su vida cotidiana.
3. Eliminar los pensamientos negativos distorsionados sobre sí mismo y el futuro.
4. Eliminar las conductas de evitación y las conductas de seguridad que puedan estar manteniendo la respuesta de ansiedad.
5. Reducir los niveles de activación fisiológica.
6. Aumentar la motivación y reducir la apatía y la desgana.

Aplicación del tratamiento

Partiendo del análisis funcional de la conducta y de los objetivos terapéuticos planteados, se elaboró un programa de tratamiento en el que se hizo especial énfasis en las técnicas cognitivas y conductuales para la reducción de la ansiedad, esperando que a medida que disminuía la respuesta de ansiedad, se reducirían los síntomas depresivos y de fatiga.

El programa constó de las siguientes técnicas de modificación de conducta: psicoeducación, reestructuración cognitiva y

metacognitiva (Wells, 1999), entrenamiento autógeno de Schultz, entrenamiento en respiración abdominal (González-Ordi, 1997) y exposición gradual en vivo interoceptiva y situacional.

Tras haber realizado la evaluación clínica pre-tratamiento y la pertinente sesión de “devolución de información” al paciente, las primeras sesiones se dedicaron a profundizar en los modelos teóricos y explicativos de la respuesta de ansiedad. Se hizo especial hincapié en los modelos de condicionamiento para la reducción de las “conductas de seguridad” y la posterior exposición gradual; en la distinción entre ansiedad normal y patológica; en la explicación del triple sistema de respuestas y en la relevancia de los procesos cognitivos en la respuesta emocional.

Debido a los elevados niveles de activación fisiológica y actividad cognitiva relacionada con la respuesta de ansiedad, el tratamiento se inició con el emparejamiento del entrenamiento en respiración abdominal (Labrador, de la Puente, & Crespo, 1999) y el entrenamiento autógeno de Schultz adaptado (González-Ordi & Miguel-Tobal, 1998, 2001), junto a las primeras sesiones de reestructuración cognitiva. De tal modo que, durante el inicio de la terapia, se dedicó una pequeña parte de las sesiones a las técnicas del control de la activación y la mayor parte de la sesión a la reestructuración cognitiva.

En las primeras sesiones de reestructuración cognitiva se pusieron en práctica los procedimientos propuestos por Ellis y Beck (Beck, Rusch, Shaw, & Emery, 1979; Ellis & Grieger, 1977), combinando la explicación de los modelos cognitivos con la necesidad de modificar el contenido problemático de los propios pensamientos. El proceso constó de un entrenamiento en auto-observación de las cogniciones relacionadas con la ansiedad, en el que se entrena al paciente a ser consciente de la relación existente entre situación, pensamiento y

emoción; identificación de los errores cognitivos más frecuentes, en el que se describen las creencias irracionales y los pensamientos automáticos más frecuentes e implicados en la respuesta emocional; y reestructuración o cambio de los pensamientos distorsionados mediante un autodiálogo socrático. Todo esto se aplicó mediante autorregistros de pensamientos con el objetivo de ayudar al paciente a corregir sus ideas o pensamientos irracionales, encontrando pensamientos alternativos que le redujeran el malestar emocional.

Una vez que el paciente dominaba la primera parte de la reestructuración cognitiva, esto es, el contenido de sus pensamientos, pasamos al entrenamiento del cómo procesamos la información. En esta fase se explica al paciente la teoría de la Hipervigilancia propuesta por Eysenck (1992) y se profundiza en la detección de los tres tipos de sesgos cognitivos implicados en la génesis y el mantenimiento de la ansiedad patológica: el sesgo atencional, el sesgo interpretativo y el sesgo de memoria.

Una vez que el paciente es capaz de atender y explicar su conducta mediante estos tres tipos de sesgos cognitivos, pasamos a trabajar con el modelo de Wells (Wells, 1999) su elevada actividad cognitiva. Desde este modelo, como veníamos diciendo, no nos centramos en el contenido de sus cogniciones sino en su actividad metacognitiva (Nuevo et al., 2007). El paciente debe entender la diferencia entre una cognición negativa y la valoración cognitiva o creencia acerca de su actividad cognitiva (metacognición). Visto esto, se pasa a explicar, de un modo sencillo y adaptado al paciente, el modelo teórico que proponen los autores (ver Figura 1), haciendo especial énfasis en las “creencias metacognitivas positivas” (p. e. “preocuparme me ayuda a afrontar”) que disparan las “preocupaciones tipo 1” (p. e. “y si pierdo el control”, “y si todo empeora en el trabajo”). Éstas, a su vez, ponen en marcha las “cre-

encias metacognitivas negativas” (p. e. “no puedo controlar mi preocupación”, “me estoy volviendo loco”) activando las “preocupaciones tipo 2 o meta-preocupación” (p. e. “me preocupo por preocuparme tanto”, “me preocupa mi estado de falta de control”). Y además, llegados a este punto, se debe explicar cómo el sistema cognitivo se mantiene, dado que el efecto en cascada de cognición-metacognición activa y mantiene las conductas de seguridad, la intensa emoción de ansiedad y el escaso control sobre los pensamientos, lo que a su vez, retroalimenta el sistema (ver Figura 1).

A lo largo de toda la terapia se hizo especial énfasis en la reestructuración cognitiva que estuvo presente en todo momento, tanto en las sesiones en consulta, como en las tareas para casa. A medida que aumentábamos el trabajo en reestructuración cognitiva y metacognitiva fue desapareciendo el componente “preocupación” tan característico en este trastorno y aumentando la percepción de control cognitivo y de su actividad en general.

Conforme el paciente iba reduciendo los niveles de la respuesta de ansiedad a nivel fisiológico y cognitivo, y sus atribuciones causales (Sanjuán, 2007) y sus creencias de falta de control fueron desapareciendo, se inició progresivamente la exposición gradual en vivo a las sensaciones corporales temidas y a las situaciones ansiógenas para el paciente, como por ejemplo, decir “no”, expresar opiniones en público, pasar por determinados lugares, asistir a reuniones y expresar emociones positivas y negativas a los demás. Aspectos estos que, por sus elevados niveles de ansiedad, había ido evitando progresivamente durante años, provocando limitaciones e interferencias a nivel social, laboral, personal y familiar.

En la Tabla 1 se muestra un calendario de sesiones y el plan de tratamiento completo, incluyendo las técnicas y el orden consecutivo seguido.

Conforme el paciente mantenía los resultados y la generalización de las respuestas normales se hacía más visible y estable,

Tabla 1. Plan de tratamiento

Técnicas de tratamiento	Sesiones
Evaluación clínica	1 y 2
Devolución de información	3
Entrenamiento en respiración abdominal	4 y 5
Entrenamiento autógeno	4 - 8
Reestructuración cognitiva	4 - 25
Exposición gradual interoceptiva	10 -12
Exposición gradual en vivo a situaciones	13 - 25
Prevención de recaídas	25 - 28
Evaluación postratamiento	25
Devolución de información	28
Seguimiento	1, 3, 6, 12 meses

se comenzaron a distanciar las consultas quincenalmente.

El tratamiento finalizó con tres sesiones de prevención de recaídas en las que se dieron aspectos de repaso general de las técnicas de tratamiento, de los conceptos y modelos de la ansiedad, explicación de la curva de aprendizajes con sus dificultades y logros y la distinción entre “caídas” y “recaídas” junto con un plan de acción en el caso de darse una de ellas. Una de las sesiones se dedicó, en exclusiva, a profundizar una vez más en el estilo atribucional del paciente, a resaltar los cambios que había conseguido y cómo mantenerlos ante posibles estresores que pudieran aparecer a lo largo del tiempo.

Finalizado el tratamiento, se aplicó una evaluación postratamiento con los mismos instrumentos de medida para verificar la mejoría de forma cuantitativa. A continuación se presentan los resultados obtenidos en dicha evaluación y su comparativa con la evaluación pretratamiento.

Resultados

Los resultados muestran, en el ISRA una reducción pronunciada en el triple sistema de respuestas, en el rasgo general de ansiedad, así como en las cuatro áreas situacionales. El paciente pasó de obtener un centil 99 en ansiedad cognitiva a un centil 50; en ansiedad fisiológica, de un 99 a 80; en ansiedad motora, de 75 a 60; y en el total de respuestas o rasgo general de ansiedad, de 95 a 60 (ver Gráfico 1).

En relación a las áreas situacionales, observamos cómo las puntuaciones también han disminuido notablemente. En el factor de ansiedad de evaluación el paciente ha pasado de un centil 81 a un centil de 50; en ansiedad interpersonal, de 70 a 55; en ansiedad fóbica, de 99 a 80; y en ansiedad cotidiana, de 90 a 87 (ver Gráfico 2).

Respecto a su nivel de preocupación, el paciente ha disminuido significativamente la intensidad, frecuencia y duración de la misma. Alega no tener apenas preocupa-

Gráfico 1. Puntuaciones pre-postratamiento en el triple sistema de respuestas, ISRA

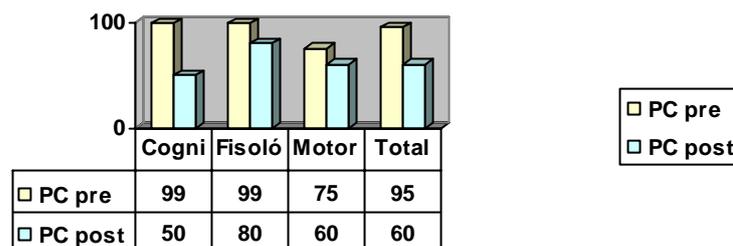
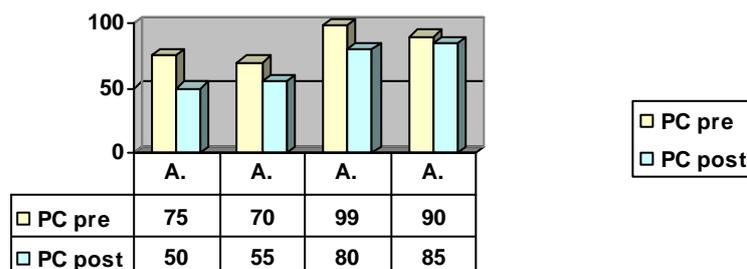


Gráfico 2. Puntuaciones pre-postratamiento en las diferentes áreas situacionales, ISRA



ciones en la actualidad y si en algún momento le sobrevienen, dice disponer de herramientas para su reducción y posterior eliminación. Por ello, su calidad de vida ha mejorado notablemente.

En cuanto al nivel de depresión que presentaba en el inicio del tratamiento, si evaluamos las diferencias en el CTD, se observa una disminución muy notable en los tres sistemas de respuesta, así como una disminución de la medida general de rasgo depresivo (ver Gráfico 3).

En cuanto al BDI, observamos una importante disminución en el nivel general de depresión, utilizando la adaptación al español con baremos españoles (ver Gráfico 4).

A nivel cognitivo, no aparecen sesgos atencionales hacia la amenaza en general y se observa una reducción importante en cuanto a sus sesgos interpretativos. En un

plano metacognitivo y bajo el modelo cognitivo que nos ha guiado a lo largo del tratamiento (Wells, 1999), el paciente maneja diferentes estrategias de afrontamiento y ha eliminado sus creencias metacognitivas positivas, sus preocupaciones tipo 1, sus creencias metacognitivas negativas de incontrolabilidad y las meta-preocupaciones sobre su propio estado.

A nivel fisiológico, hay una reducción importante de los síntomas de la ansiedad y tan sólo aparece en la actualidad el dolor pélvico que queda ampliamente tratado por el Servicio de Urología y un equipo de fisioterapeutas.

A nivel motor, el paciente no presenta evitación alguna de los estímulos anteriormente asociados a la respuesta de ansiedad y ha abandonado todas las “conductas de seguridad”. Además, ahora es más asertivo

Gráfico 3. Puntuaciones pre-postratamiento en depresión, CTD

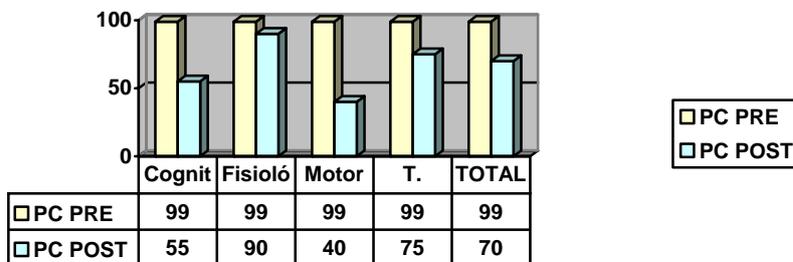
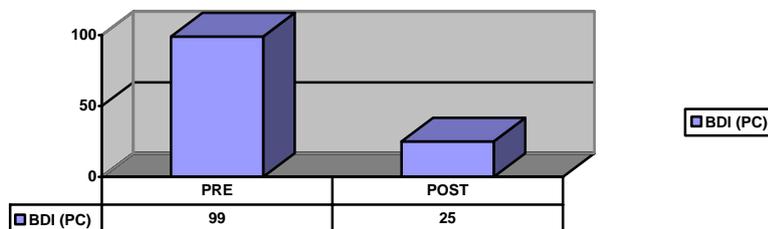


Gráfico 4. Puntuaciones pre-postratamiento en depresión, BDI



y se comunica mejor en el ámbito laboral y social.

En la actualidad, el paciente no presenta sintomatología ansiosa ni depresiva. Sus estrategias de afrontamiento son adecuadas y adaptadas a la situación, no muestra preocupaciones sobre aspectos cotidianos y el estado emocional negativo que presentaba en el inicio del tratamiento se ha visto reducido de forma notable. Por último, el paciente presenta un buen funcionamiento global en las áreas social, personal, familiar y laboral.

Discusión

A lo largo del presente artículo hemos comprobado en un caso real la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual para el TAG. Una vez más destacamos la relevancia de los tratamientos bien establecidos que han sido demostrados como los más eficaces para los diferentes trastornos de ansiedad.

Uno de los aspectos más relevantes en nuestro caso era el componente cognitivo de la respuesta de ansiedad. Como indican otros trabajos (Borkovec et al., 1983; Wells & Papageorgiou, 1998), le otorgamos un papel esencial al componente "preocupación" y a las variables metacognitivas que mantenían la respuesta de ansiedad excesiva y las percepciones de falta de control de nuestro paciente. El tratamiento, además de explorar y trabajar el afrontamiento, las conductas observables y la reactividad fisiológica al estrés, se centró casi fundamentalmente en la identificación y el cambio de sus cogniciones y metacogniciones, basándonos en el modelo de metacognición de Wells (1999).

Esta nueva aproximación cognitiva para el tratamiento del TAG, que aumenta la efi-

cia de los mismos (Cartwright-Hatton et al., 2004), sugiere que el tratamiento se debe centrar en la modificación del contenido individual de las preocupaciones tipo 1 y tipo 2, habiendo modificado previamente las creencias sobre el control que tiene el sujeto acerca de sus propias preocupaciones (Wells, 2000).

En nuestro caso hemos conseguido el mantenimiento de los cambios terapéuticos alcanzados al finalizar la terapia durante el seguimiento. A pesar de ello, nuestro estudio tiene las limitaciones de los trabajos de caso único, es decir, la generalización de los resultados a otros ámbitos.

La Psicología es una ciencia que ha sabido avanzar usando el método científico, corrigiendo sus errores teóricos y metodológicos, lo que ha permitido ofrecer soluciones relevantes en el campo aplicado. Una de las soluciones más importantes desde nuestro punto de vista es la aplicación y validación de tratamientos eficaces para los diferentes trastornos de ansiedad. La eficacia de algunas técnicas de intervención clínica ha quedado ampliamente demostrada y el número de personas que puede nutrirse de este crecimiento es cada vez mayor.

Aún así, nuevos estudios de casos clínicos y hallazgos en investigaciones experimentales deberán esclarecer aún más la relevancia de la evaluación clínica de los diferentes sesgos cognitivos y el tratamiento cognitivo estandarizado para los diferentes trastornos de ansiedad.

Artículo recibido: 30-07-2008 aceptado: 16-09-2008

Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J. S., Khandker, M., Nelson, C. A., Deacon, B. J., & Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1361-1374.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bados, A., & Sanz, P. (2005). Validation of the Revised Test Anxiety Scale and the FRIEDBEN Test Anxiety Scale in a Spanish sample. *Ansiedad y Estrés*, *11*, 163-174.
- Beck, A. T., Rusch, A. J., Shaw, B. R., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004a). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, *28-37*.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004b). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, *21-27*.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004c). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, *55-64*.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bados, A., & Sanz, P. (2005). Validation of the Revised Test Anxiety Scale and the FRIEDBEN Test Anxiety Scale in a Spanish sample. *Ansiedad y Estrés*, *11*, 163-174.
- Beck, A. T., Rusch, A. J., Shaw, B. R., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, *4*, 561-571.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behav Res Ther*, *21*, 9-16.
- Cartwright-Hatton, S., Mather, A., Illingworth, V., Brocki, J., Harrington, R., & Wells, A. (2004). Development and preliminary validation of the Meta-cognitions Questionnaire-Adolescent Version. *J Anxiety Disord*, *18*, 411-422.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord*, *11*, 279-296.
- Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behav Res Ther*, *37 Suppl 1*, S5-27.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anxiety Disord*, *22*, 108-116.
- Craske, M. G., & Pontillo, D. C. (2001). Cognitive biases in anxiety disorders and their effect on cognitive-behavioral treatment. *Bull Menninger Clin*, *65*, 58-77.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1977). *Handbook of Rational Emotive Therapy*. New York: Springer.
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The Cognitive Perspective*. London: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and Cognition: A Unified Theory*. London: Psychology Press.
- Eysenck, M. W., & Eysenck, W. (2007). Four-factor theory and the anxiety disorders. *Ansiedad y Estrés*, *13*, 283-289.
- Fisher, P. L., & Durham, R. C. (1999). Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychol Med*, *29*, 1425-1434.
- González-Ordi, H. (1997). El proceso de la relajación: aspectos antecedentes, mediadores y consecuentes de las técnicas de tensión-distensión, respiración y sugestión. *Ansiedad y Estrés*, *3*, 155-175.
- González-Ordi, H., & Miguel Tobal, J. J. (1998). Estrategias de sugestión en el manejo de la activación psicofisiológica: el efecto de las instrucciones y el nivel de sugestionabilidad. *Ansiedad y Estrés*, *4*, 281-298.
- González-Ordi, H., & Miguel Tobal, J. J. (2001). La sugestionabilidad como variable moduladora en la imaginación de escenas ansiógenas. *Ansiedad y Estrés*, *7*, 89-110.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study].

- Med Clin (Barc)*, 126, 445-451.
- Hazlett-Stevens, H., Craske, M. G., Mayer, E. A., Chang, L., & Naliboff, B. D. (2003). Prevalence of irritable bowel syndrome among university students: the roles of worry, neuroticism, anxiety sensitivity and visceral anxiety. *J Psychosom Res*, 55, 501-505.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., et al. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 38, 602-612.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*, 69, 621-632.
- Jiménez-García, G., Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1996). *Cuestionario Tridimensional para la Depresión*. Unpublished manuscript, Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Labrador, F., de la Puente, M., & Crespo, M. (1999). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. In F. J. Labrador, J. A. Cruzado & M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 367-395). Madrid: Pirámide.
- Lang, P. J., & Cuthbert, B. N. (1984). Affective information processing and the assessment of anxiety. *J Behav Assess*, 6, 369-395.
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behav Res Ther*, 28, 455-468.
- Mathews, A., Mogg, K., Kentish, J., & Eysenck, M. (1995). Effect of psychological treatment on cognitive bias in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 293-303.
- Matthews, G., & Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behav Modif*, 24, 69-93.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1986). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual* (1 ed.). Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1988). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual* (2 rev ed.). Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1994). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual* (3. rev. ed.). Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1995). Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 1, 37-60.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Psychol Bull*, 131, 785-795.
- Nuevo, R., Márquez, M., Montorio, I., Losada, A., Izal, M., & Cabrera, I. (2007). Análisis del papel de la autoconciencia privada en la explicación del nivel de severidad de la sintomatología asociada a la ansiedad generalizada. *Ansiedad y Estrés*, 13, 13-23.
- Prados-Atienza, J. M. (2005). Pensamiento y emoción: el uso científico del término preocupación. *Ansiedad y Estrés*, 11, 37-48.
- Quero, S., Baños, R. M., & Botella, C. (2001). Cognitive biases in panic disorder: A comparison between computerised and card Stroop task. *Psychology in Spain*, 5, 26-32.
- Rubio, G., & Lopez-Ibor, J. J. (2007). Generalized anxiety disorder: a 40-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 115, 372-379.
- Sanjuán, P. (2007). Estilos explicativos, bienestar psicológico y salud. *Ansiedad y Estrés*, 13, 203-214.
- Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Navarro-Artieda, R., & Rejas-Gutiérrez, J. (2009). Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 41, 77-84.
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.
- Waters, A. M., Wharton, T. A., Zimmer-Gembeck, M. J., & Craske, M. G. (2008). Threat-based cognitive biases in anxious children: comparison with non-anxious children before and after cognitive behavioural treatment. *Behav Res Ther*, 46, 358-374.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Modif*, 23, 526-555.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders & Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. London: Wiley.
- Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 37, 585-594.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther*, 36, 899-913.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Hofler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management.

J Clin Psychiatry, 63 Suppl 8, 24-34.