



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Carrera de Psicología**

**Tratamiento cognitivo y cognitivo conductual
para pacientes con trastorno de ansiedad
generalizada**

Nº 74

Julieta Goyheneix

Tutor: Fernando García

Departamento de Investigación
Junio 2003

Índice

· Resumen	5
· Introducción	5

Parte I

· Capítulo 1: Características del Trastorno de Ansiedad Generalizada	6
- Historia del Diagnóstico	6
- Criterios diagnósticos para el TAG	8
- Epidemiología	9
- Comorbilidad	10
- Diagnóstico diferencia	11
- Etiopatogenia	12
· Capítulo 2: Manifestaciones Clínicas del TAG	13
- Manifestaciones clínicas del TAG	13
- Síntomas cognitivos	14
- Síntomas comportamentales	15
- Síntomas fisiológicos	16
· Capítulo 3: Modelos Cognitivos Explicativos del TAG	18

Parte II

· Capítulo 4: Tratamientos del Modelo Cognitivo para el TAG	22
- Definición de la terapia cognitiva	22
- Tratamientos cognitivos puros para el TAG	23
· Capítulo 5: Tratamientos del Modelo Cognitivo – Conductual para el TAG	30
- Definición de la terapia cognitiva – conductual	30
- Tratamientos cognitivos – conductuales para el TAG	31
- Algunos problemas que pueden surgir en la terapia	46
· Capítulo 6: Eficacia de los Tratamientos Cognitivos para el TAG y Tratamiento farmacológico para el TAG	49
- Eficacia de los tratamientos	49
- Tratamiento psicofarmacológico para el TAG	51
· Conclusión	53
· Referencias	54

Resumen

En este trabajo se exploran y describen los tratamientos cognitivos y cognitivos – conductuales para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Se describen las características generales del TAG. Un análisis detallado del TAG se hace teniendo en cuenta las tres áreas en las cuales el trastorno se manifiesta. Estas áreas son la cognitiva, la comportamental y la fisiológica. La interrelación de estas áreas y los síntomas que se dan en cada una, permiten el desarrollo del trastorno y su mantenimiento. Se exponen distintos modelos cognitivos que explican el trastorno de ansiedad generalizada, enfatizando diferentes aspectos de éste según cada autor. Se ordenan los tratamientos cognitivos y cognitivos conductuales, permitiendo observar las diversas posibilidades de modelos de tratamiento dentro de un mismo marco teórico. La eficacia de los tratamientos descritos se expone a través de varios estudios que demuestran su relevancia y sus resultados efectivos dentro del campo de las psicoterapias. Esto permite observar la base científica con la que cuentan los modelos de tratamiento propuestos. Por último, se desarrolla una breve descripción del tratamiento farmacológico utilizado actualmente para el TAG.

Introducción

En este trabajo se exploran los abordajes cognitivos y cognitivos conductuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Se hace una descripción detallada del trastorno de manera de alcanzar una mayor comprensión que permita entender las estrategias y técnicas propuestas por los distintos modelos de tratamiento para el trastorno.

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la ansiedad y preocupación excesiva sobre múltiples circunstancias de la vida diaria, acompañada por diferentes síntomas (Costello & Borkovec, 1992). Desde una perspectiva cognitiva este trastorno representa el estado cognitivo – afectivo tal vez más difuso y complejo, entre los trastornos de ansiedad (Barlow, 1988).

Existen varias razones que le otorgan relevancia a la investigación de este trastorno:

1. es uno de los trastornos que se presenta con mayor comorbilidad dentro de los trastornos de ansiedad y de ánimo.
2. podría ser el trastorno de ansiedad básico a partir del cual emergen otros trastornos de ansiedad debido a su comienzo temprano, su cronicidad y la resistencia al cambio.
3. la preocupación, central en el TAG, previene el procesamiento emocional y por lo tanto puede mantener cualquier trastorno en el cual este procesamiento es importante para un cambio terapéutico (Borkovec & Newman, 1998).
4. debido a sus características de comienzo gradual y temprano, y a la preocupación excesiva, de carácter constante y difícil de controlar se cuestiona si el TAG podría ser un trastorno de personalidad (Falcoff, 2000) .

El entendimiento de los mecanismos del TAG contribuye al desarrollo de terapias más efectivas, basadas en ese entendimiento, lo cual a su vez contribuye al mejoramiento de un trastorno muy común y difícil de tratar. Esto también puede tener implicaciones significativas para el tratamiento o la prevención de otros trastornos (Borkovec & Newman, 1998).

La comorbilidad con la cual se presenta este trastorno, así también como sus características similares a un trastorno de personalidad, conducen a que este trabajo sea de esclarecimiento para aquellas cuestiones, mostrando a la vez las diferentes posibilidades de tratamiento dentro del marco cognitivo y cognitivo-conductual.

Los objetivos específicos que se plantean son:

- Lograr una comprensión adecuada del TAG de acuerdo a los tres sistemas en los cuales se manifiesta: síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos, de manera de entender las diversas estrategias y técnicas utilizadas en los tratamientos cognitivos y cognitivos – conductuales.
- Describir cuáles son y cómo son los distintos modelos de tratamiento cognitivo para el TAG, detallando las etapas y técnicas de cada modelo.
- Describir cuáles son y cómo son los distintos modelos de tratamiento cognitivo – conductual, otorgándoles una organización de manera que el autor pueda tener una comprensión más clara de las etapas y técnicas propuestas, del autor que propone el modelo y el año en que lo hace.

Los modelos de tratamiento que se describen son para personas adultas que padecen TAG. Los tratamientos dirigidos a adolescentes o personas de edad adulta tardía, no son tomados en cuenta en este trabajo. Los tratamientos son individuales, con la excepción del modelo propuesto por Newman & Consoli

(1999), el cual se incluye por presentar un aspecto original que es la introducción de un programa de computadoras palmtop en el tratamiento, y por conservar los mismos principios de la terapia cognitiva – conductual individual, pero adaptada de acuerdo a las características del tratamiento propuesto. Los modelos de tratamientos revisados se toman a partir de los últimos doce años para mostrar aquellos propuestos en la actualidad, y que son acordes a las clasificaciones actuales del TAG. Se hace una breve descripción del tratamiento farmacológico para el TAG ya que se considera que el paciente debe tener conocimiento de esta posibilidad de tratamiento, para lo cual el profesional, sea médico o psicólogo, debe estar capacitado para informarle los aspectos básicos que implica este tipo de tratamiento.

El trabajo se divide en dos partes.

La primera parte consta de la descripción del trastorno de ansiedad generalizada. Se toman en cuenta las características generales del TAG (historia del diagnóstico, los criterios diagnósticos para el TAG, la epidemiología, la comorbilidad, los diagnósticos diferenciales y la etiopatogenia). Las manifestaciones clínicas se dividen de acuerdo a tres grandes sistemas que se interrelacionan y a través de los cuales se manifiesta este trastorno (los síntomas cognitivos, los síntomas comportamentales y los síntomas fisiológicos). Por otro lado, se describen los modelos cognitivos explicativos del TAG, para observar las distintas formas de explicar un mismo trastorno, el énfasis en los aspectos diversos que ponen los autores para describir al trastorno y a sus mecanismos de mantenimiento y para comprender sobre qué explicaciones del trastorno se asientan algunos de los modelos de tratamiento descriptos posteriormente.

La segunda parte se basa en los distintos abordajes para el TAG, desde el marco cognitivo y cognitivo – conductual. Se hace una introducción a la definición de las terapias cognitivas, para poder describir luego los modelos de tratamiento cognitivo para los trastornos de ansiedad en general (aplicables al TAG) y los modelos específicos para el TAG. En el siguiente capítulo se realiza esto mismo, pero teniendo en cuenta ahora el marco cognitivo-conductual. Luego de una breve definición de éste, se exponen los diversos modelos de tratamiento cognitivos – conductuales para el TAG.

Por último, se hace una breve reseña de la eficacia comprobada de los tratamientos cognitivos y cognitivos – conductuales, observando claramente la base científica que sostiene a los modelos expuestos y al marco tomado en cuenta para este trabajo. Una breve descripción del tratamiento farmacológico, de las drogas que actualmente se eligen para tratar el TAG, es lo que da finalización a este trabajo, habiendo expuesto un amplio espectro de temas relacionados con el TAG y su tratamiento en la clínica.

Parte I

Capítulo I: Características del Trastorno de Ansiedad Generalizada

En el presente capítulo se realiza una descripción de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) de manera de alcanzar una comprensión general sobre este y tener así una visión más clara de los tratamientos cognitivos y cognitivos - conductuales para el TAG, que serán expuestos en la segunda parte de este trabajo. En esta descripción se incluyen las vicisitudes que sufrió el diagnóstico (historia del diagnóstico), los criterios diagnósticos según las clasificaciones según el DSM IV y la CIE 10. Luego se toma en cuenta la epidemiología del trastorno (prevalencia, factores de riesgo, curso, edad de comienzo y la calidad de vida) así también como la comorbilidad y el diagnóstico diferencial. Finalmente, describe la etiopatogenia del trastorno de ansiedad generalizada. En el siguiente capítulo se describirán las manifestaciones clínicas del TAG, teniendo en cuenta sus síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos.

Historia del Diagnóstico

Se realiza una breve descripción de los cambios diagnósticos que se produjeron en TAG a lo largo de los años. La descripción diagnóstica del TAG pasó por varios cambios a lo largo de los años.

Antes de que existiera el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (**DSM III**) en 1980, las personas que padecían ansiedad crónica y severa se les daba el diagnóstico de **Neurosis de Angustia**, término introducido por Freud (Brawman-Mintzer & Lydiard, 1996). Para Freud la neurosis de angustia se caracteriza por ser una neurosis en la que existe una predominancia de la angustia masiva, sin un objeto claramente manifiesto y en la que se puede observar patentemente el papel de los factores actuales (Laplanche & Pontalis, 1996). En el DSM II el TAG estaba subsumido bajo la única categoría general de neurosis de angustia (Barlow & Di Nardo, 1991).

En el DSM III, la categoría de neurosis de angustia se cambió por estados de ansiedad e incluía trastorno de pánico y el TAG. La definición del TAG se basaba en tener ansiedad generalizada y persistente manifestada por tres síntomas de cuatro categorías: tensión motora, hiperactividad neurovegetativa, expectación

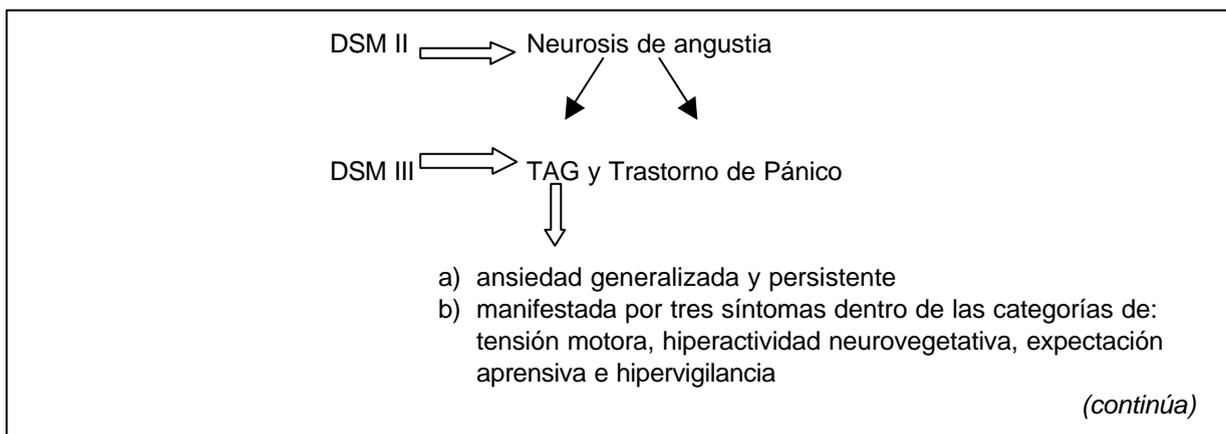
aprensiva e hipervigilancia. Dentro de cada una de estas categorías se incluían diversos síntomas. Algunos ejemplos son: tensión muscular, temblores, fatigabilidad, incapacidad de relajarse, en cuanto a la categoría de tensión motora; transpiración palpitaciones mareos, boca seca, molestias estomacales, en la categoría de hiperactividad neurovegetativa; ansiedad, preocupación, rumiación, anticipar una desgracia para él u otros, en la categoría de expectación aprensiva; y por último, hiperprosexia resultando en distractibilidad, dificultad en concentrarse, insomnio, irritabilidad en la categoría de hipervigilancia. El cuadro debía durar al menos un mes (Falcoff, 2000; Barlow, 1988). En el DSM III el diagnóstico era una categoría residual, por lo tanto no podía diagnosticarse cuando estaba presente otro trastorno (Caballo & Mateos Vilchez, 2000).

En 1987 surge la versión revisada del DSM III, **DSM III-R**, y el diagnóstico de TAG sufre nuevas modificaciones. Este cambio fue importante ya que el TAG deja de formar parte de una categoría residual y puede tomarse como diagnóstico principal aunque exista la presencia de otros trastornos (Borkovec & Newman, 1998), con la excepción de si ocurría en el curso de un trastorno afectivo o psicótico (Brawman-Mintzer & Lydiard, 1996). Otro aspecto importante que surge a partir de esta revisión es que la expectación aprensiva, es decir, la ansiedad y preocupación irrealista y excesiva sobre dos o más circunstancias de la vida diaria, pasa a ser el síntoma central que define el trastorno. Se hace también una revisión de los criterios de los síntomas somáticos y se requiere así la presencia de al menos 6 de 18 síntomas somáticos divididos en las categorías de: tensión motora, hiperactividad neurovegetativa e hipervigilancia. Finalmente, el trastorno debe durar al menos 6 meses, en lugar de 1, permitiendo así una mejor diferenciación de las respuestas transitorias ante eventos negativos (Brawman-Mintzer & Lydiard, 1996; Falcoff, 2000; Barlow, 1988) que se dan por ejemplo en lo que actualmente se denomina trastorno adaptativo según el DSM IV.

En 1994 surge el **DSM IV** (APA, 1995). En este manual la ansiedad y preocupación excesivas dejan de ser sobre dos o más circunstancias de la vida, y pasan a ser sobre una amplia gama de actividades o de acontecimientos. Se toma en cuenta la dificultad del sujeto para controlar este estado constante de preocupación. Se remueve la categoría de hiperactividad neurovegetativa, de tensión motora y de hipervigilancia, y se incluyen 6 síntomas (los cuales se relacionan con las últimas dos categorías) siendo necesarios sólo tres para poder realizar el diagnóstico (Falcoff, 2000). Los criterios del DSM IV se presentan en la sección de este capítulo nominada como criterios de clasificación del TAG. Estos criterios diagnósticos permanecen sin cambios en el DSM IV-TR (Cía, 2001).

Los cambios diagnósticos por los cuales el TAG atravesó han tenido importantes implicaciones tanto para el tratamiento como para su investigación. Las distintas etapas del diagnósticos descritas son resumidas en el cuadro 1.1.

Cuadro 1.1. Resumen de la Historia del Diagnóstico del TAG



Continuación Cuadro 1.1

- a) durara al menos un mes
- d) categoría residual

DSM III-R \longrightarrow TAG

- a) ansiedad y preocupación irrealista y excesiva (expectación aprensiva) sobre dos o más circunstancias de la vida diaria
- b) al menos 6 de los 18 síntomas somáticos divididos en las categorías de: tensión motora, hiperactividad neurovegetativa e hipervigilancia
- c) durar al menos 6 meses
- d) deja de ser una categoría residual, con la excepción de si se da en el curso de un trastorno del estado de ánimo o psicótico.

DSM IV \longrightarrow TAG:

- a) ansiedad y preocupación excesivas sobre amplia gama de acontecimientos o actividades
- b) se remueven las categorías de hiperactividad neurovegetativa, tensión motora e hipervigilancia, el sujeto debe poseer 3 de los seis síntomas (que se asocian con las últimas dos categorías)
- c) durar al menos 6 meses
- d) no aparece en el curso de un trastorno de ánimo o un trastorno psicótico
- e) dificultad del sujeto para controlar el estado constante de preocupación.

Crterios Diagnósticos para el TAG

Se describen los criterios de clasificación para el TAG a partir de los dos grandes sistemas de clasificación actuales: el DSM IV y el CIE 10.

- **DSM IV** (APA, 1995). El DSM IV clasifica al Trastorno de Ansiedad Generalizada dentro de lo que corresponde al eje I, de acuerdo al sistema multiaxial de este manual, que son los trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención en la clínica. El TAG, forma parte del apartado de "trastornos de ansiedad", junto a otras 12 clasificaciones de trastornos. El DSM IV toma como característica esencial del TAG la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) centradas en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. Esto debe durar seis meses y la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto y un malestar clínicamente significativo. Las alteraciones no son por el efecto de una enfermedad médica, los efectos fisiológicos de una sustancia y no aparecen durante el curso de un trastorno del estado de ánimo o un trastorno psicótico. Los síntomas que hay que presentar para cumplir con los criterios de este diagnóstico se detallan en el cuadro 1.2.

Cuadro 1.2. Síntomas de los criterios según DSM IV para el diagnóstico del TAG

La ansiedad y preocupación del sujeto se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:

- 1) impaciencia o inquietud
- 2) fatigabilidad fácil
- 3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- 4) irritabilidad
- 5) tensión muscular
- 6) alteraciones en el sueño (le cuesta conciliar o mantener el sueño o al despertarse tiene la sensación de sueño no reparador)

Adaptado del DSM IV (APA, 1995)

- **CIE 10** (OMS, 1992). La clasificación realizada por la Organización Mundial de La Salud, CIE 10, posee un apartado en el cual clasifica los "trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos". Dentro de este apartado existen subcategorías. El TAG se incluye dentro de la subcategoría de "Otros trastornos de ansiedad". La CIE 10 toma como característica esencial del TAG a la ansiedad persistente y generalizada, que es una "angustia libre flotante", no está limitada ni predomina en ninguna situación particular. Su curso tiende a ser fluctuante y crónico, es variable. Los síntomas que presenta son variables, aquellos que hay que presentar para cumplir con los criterios de este diagnóstico se

detallan en el cuadro 1.3.. En esta clasificación se señala que la presencia de síntomas como por ejemplo la depresión no descarta un diagnóstico principal de TAG, aunque no deben satisfacerse las pautas del episodio depresivo, el trastorno de ansiedad fóbica, el trastorno de pánico o el trastorno obsesivo compulsivo.

Cuadro 1.3. Síntomas de los criterios según CIE 10 para el diagnóstico del TAG

- † El sujeto debe presentar síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre los síntomas presentes deben existir rasgos de:
- a) aprensión (preocupaciones por calamidades por venir, sentirse “al límite”, dificultad para concentrarse)
 - b) tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas por tensión, incapacidad de relajarse, temblores)
- Hiperactividad vegetativa (sudoración, taquicardia o taquipnea, vértigo, molestias epigástricas, boca seca, mareos, entre otros)

Adaptado del CIE 10 (OMS, 1992: 176-177)

Epidemiología

Se describen la prevalencia, los factores de riesgo, el curso junto con las características de cronicidad en el TAG y la edad de comienzo como así también la calidad de vida de las personas que lo padecen.

A pesar de la considerable atención puesta en los trastornos de ansiedad por las comunidades médicas y de investigación, se le ha prestado relativamente poca atención a la investigación del trastorno de ansiedad generalizada. Probablemente los cambios en los criterios diagnósticos, la baja confiabilidad diagnóstica que esto produce, más las dudas que se planteaban frente a la validez del diagnóstico han contribuido a la poca investigación. Por lo tanto, aspectos relacionados con la epidemiología del trastornos permanecen inexplorados (Brawman-Mintzer & Lydiard, 1996).

- **Prevalencia.** Los estudios epidemiológicos indican que la prevalencia del TAG a lo largo de la vida varía entre el 5.8% y el 9% (Leahy & Holland, 2000). Hale (1997) indica que afecta al 2,5% de la población general, pero en la práctica psiquiátrica general alcanzan casi el 30% de las consultas. Según la Encuesta Nacional de Comorbilidad (National Comorbidity Survey) de Estados Unidos y por otro lado, la Encuesta Nacional de Australia la prevalencia de la enfermedad a lo largo de la vida es del 5%, pero varía en un rango entre el 4% y el 8%, y la prevalencia anual se calcula que es un 3,1%, variando en un rango entre 3% al 6% (Cía, 2001). El DSM IV (APA, 1995) señala una prevalencia anual del TAG del 3% aproximadamente, del 5% la prevalencia global y del 12% en los centros médicos para trastornos de ansiedad aproximadamente.
- **Factores de riesgo.** El trastorno se da con mayor predominancia en las mujeres, en adultos jóvenes y en gente de raza negra (Leahy & Holland, 2000). Algunos expertos en salud creen que los hombres manifiestan la ansiedad de manera diferente que las mujeres: toman más alcohol, fuman más y son más propensos a conductas agresivas (Brawman-Mintzer & Lydiard, 1996; Harvard Health Letter, 1998). Otros factores de riesgo son el desempleo, los divorcios, la edad media de la vida, los bajos ingresos, las enfermedades somáticas (Cía, 2001; Brawman-Mintzer & Lydiard, 1996) y patrones familiares, todavía no identificados, ya que la ansiedad muestra una clara incidencia familiar (APA, 1995). Muy poco se sabe sobre factores de riesgo dados por la personalidad para el desarrollo del TAG (Clark et al., 1994). Michaud (2000) hace referencia a los resultados de dos estudios. El estudio de “Northwick Park Heart” y el estudio “Frangham”. Estos estudios demuestran, respectivamente, que las personas más ansiosas tienen el triple riesgo de tener un paro cardíaco fatal, y que poseen siete veces más posibilidades que las personas no ansiosas de desarrollar una enfermedad cardíaca.
- **Curso.** El curso del TAG suele ser de carácter crónico, fluctuante y con agravamientos que coinciden con períodos de distrés (APA, 1995; OMS, 1992; Hale 1997) El carácter constante del TAG, junto con la dificultad de controlar la preocupación y la cronicidad del cuadro lleva a que muchos autores encuentren mayor similitud del trastorno con una vulnerabilidad de la personalidad que con un trastorno clínico (Falcoff, 2000).
- **Edad de comienzo.** Con respecto a la edad de comienzo del TAG algunos autores señalan que el comienzo es gradual y los pacientes dicen ser ansiosos desde su infancia, o desde que recuerdan (Leahy & Holland, 2000; Rapee, 1991). Esto ha influenciado en el debate de conceptualizar al TAG como un trastorno caracterológico cuyos procesos podrían servir como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de otros trastornos emocionales (Brown et al., 1994; Rapee, 1991). Brown et. al. (1994) revisa

que la edad de comienzo es más temprana y gradual que otros trastornos de ansiedad. Controversialmente, Cía (2001) señala que la edad de comienzo del TAG suele ser más tardía que la de otros trastornos de ansiedad, argumentando que las tasas de prevalencia son de un 2% en los adolescentes y particularmente altas después de los 35 años de edad. Otros estudios avalan también que el TAG comienza a principios de la edad adulta (Gale & Oakley-Browne, 2000; Hale, 1997). Esta diferencia podría deberse a que el promedio de duración de este problema antes de que sea tratado es de 25 años (Leahy & Holland, 2000). Por otro lado, Brown et al. (1994) indica que aunque la mayoría de los pacientes con TAG tienen una temprana edad de comienzo, existe una minoría sustancial que reportan un comienzo en la adultez. En un estudio no publicado realizado por Hoehn-Saric et. al. (1991, citado en Brown et. al., 1994) se encontró que las personas que tenían un comienzo temprano del TAG solían ser más propensas a ser mujeres, con una historia de inhibición y miedos en la infancia, con condiciones psiquiátricas previas y con problemas maritales o sexuales. Las personas con un tardío inicio del TAG, mostraban con mayor frecuencia que el trastorno se hubiera desarrollado después de un evento estresante.

- **Calidad de Vida.** En un estudio realizado por Massion et. al. (1993), usando los criterios del DSM III-R, se examinaron los efectos que el TAG tiene en la calidad de vida. Se evaluaron el funcionamiento general, la salud emocional, el funcionamiento en sus roles (incluyendo el trabajo, la educación y la asistencia pública) y el funcionamiento social y marital. El TAG fue comparado con el trastorno de pánico. Dado que no existían diferencias significativas entre los grupos, los resultados fueron generales para todos. Todos los grupos demostraron una perjudicación psicosocial tanto en el funcionamiento general (casi un tercio recibía asistencia pública, sólo la mitad trabajaba día – completo), en el funcionamiento social (como relaciones limitadas con amigos, pocas actividades recreacionales) y en la satisfacción con sus vidas. Las personas con TAG mostraban una edad de comienzo del trastorno más temprano y tenían peor salud emocional.

Comorbilidad

El Trastorno de Ansiedad Generalizada está asociada con altos rangos de comorbilidad, tanto siendo éste el diagnóstico principal como cuando es el diagnóstico adicional. Brown y Barlow (citado en Brown et. al., 1994) encontraron que el 80% de los pacientes que tienen como diagnóstico principal el TAG, tienen al menos un diagnóstico adicional. El Estudio Nacional de Comorbilidad de los Estados Unidos (Brawman-Mintzer & Lydiard, 1996) encontró que este porcentaje era de un 90%.

La comorbilidad de múltiples diagnósticos tiene importantes consecuencias clínicas. La comorbilidad puede influir en el proceso diagnóstico, en la respuesta al tratamiento, el curso del tratamiento suele ser más complicado y el resultado menos favorable. Los pacientes que presentan comorbilidad suelen estar más severamente enfermos y exhiben mayor discapacidad (Brawman-Mintzer & Lydiard, 1996; Brawman-Mintzer et. al, 1993).

En un estudio realizado por Brawman-Mintzer et. al. (1993) encontraron que los trastornos con mayor comorbilidad con el TAG eran: la fobia social (23%), la fobia específica (21%), el trastorno de pánico (11%), el trastorno distímico (8%), el trastorno ciclotímico y, en menor medida, el trastorno por estrés postraumático (3%) y el trastorno obsesivo compulsivo (1%). Un 42% de los sujetos con comorbilidad tuvieron una historia de depresión mayor. El 26% de los sujetos con TAG no tenían un diagnóstico adicional en curso ni una historia de alguno. El estudio de Sanderson et. al. (citado en Brawman-Mintzer et. al, 1993) coincide con que el trastorno de mayor comorbilidad con el TAG es el de fobia social.

Si se examina la comorbilidad del TAG con los trastornos el estado de ánimo, la distimia suele ser el segundo trastorno más frecuente luego de los trastornos de ansiedad (Brawman-Mintzer et. al., 1993). El Estudio Nacional de Comorbilidad de los Estados Unidos (Brawman-Mintzer & Lydiard, 1996) observaron que las comorbilidades más fuertes se daban con los trastornos del estado de ánimo, la depresión mayor y la distimia, el trastorno de pánico y la agorafobia (esta última se daba en el curso del TAG solamente). A través del programa de ansiedad desarrollado por las Universidades Harvard Y Brown (HARP) se estudió que la comorbilidad del TAG con cualquier trastorno depresivo era del 58%, y del trastorno depresivo mayor puntualmente, del 39% (Cía, 2001).

Los trastornos de personalidad mayormente asociados con el TAG son el trastorno de la personalidad por evitación y el trastorno de la personalidad por dependencia (Leahy & Holland, 2000).

Las características de los trastornos que poseen comorbilidad con el TAG tienen poca superposición con las características de éste último. Esta superposición estaría dada, por ejemplo con el trastorno obsesivo compulsivo, sin embargo es raro que ocurra esta comorbilidad (Brown et.al., 1994). Cía (2001) señala por otro lado, el alto grado de superposición que presenta la sintomatología de la ansiedad y la depresión. Los pacientes que presentan comorbilidad del TAG con la depresión no se presentan generalmente con la sintomatología clásica, sino que muestran frecuentemente quejas somáticas.

Si bien los estudios muestran pequeñas diferencias, a partir de lo revisado se puede sintetizar que la fobia social, la fobia específica, el trastorno de pánico son los trastornos de ansiedad que presentan mayor comorbilidad con el TAG. Los trastornos del estado de ánimo presentan también una alta comorbilidad siendo el trastorno depresivo mayor y la distimia los más frecuentes. Un porcentaje considerable de sujetos presenta el TAG sin comorbilidad alguna.

Diagnóstico Diferencial

Se nombran los trastornos que hay que tener en cuenta para diferenciarlos con el TAG.

Es importante evaluar cuál es la temática de las preocupaciones o ansiedad excesiva para realizar un buen diagnóstico diferencial. Así el TAG se diferencia de:

- **el trastorno de angustia**, si su inquietud se relaciona con tener una crisis de angustia.
- **la anorexia nerviosa**, si la preocupación se basa en el miedo a engordar.
- **el trastorno de ansiedad de separación**, si la ansiedad se da ante la separación de los seres queridos o de la casa
- **la fobia social**, en los cuales la inquietud se da por la posibilidad de ser evaluados o criticados por otros.
- **la fobia específica**, en la cuál la preocupación se da frente a un estímulo bien definido.
- **la hipocondría**, si la ansiedad excesiva o la preocupación se da por el miedo a padecer una enfermedad grave.
- **el trastorno de somatización**, cuando las preocupaciones constantes se dan por múltiples quejas somáticas (APA, 1995; Cía, 2001; Leahy & Holland, 2000).

El diagnóstico diferencial debe hacerse también con el **trastorno obsesivo compulsivo (TOC)**. Las preocupaciones que se observan en el TAG pueden diferenciarse con las que aparecen en el TOC. Las obsesiones del TOC son: de naturaleza intrusiva, egodistónicas y son un conjunto específico de preocupaciones que se refieren a la verificación, a la contaminación, a la blasfemia o a la agresividad. Por el contrario las preocupaciones del TAG son: típicamente autoiniciadas, egosintónicas, y son un conjunto indefinido de preocupaciones acerca del futuro inmediato (Cía, 2001).

Si bien existen síntomas comunes entre la ansiedad y la depresión (fatiga, insomnio, baja autoestima, dificultad para concentrarse, irritabilidad y agitación) también existen síntomas característicos de uno y otro que permiten realizar un diagnóstico diferencial entre el TAG y los **trastornos del estado de ánimo** (especialmente con el trastorno depresivo mayor y la distimia). Mientras que en el TAG se da una preocupación constante, hipervigilancia, tensión y nerviosismo; en la depresión se presenta el retardo psicomotor, una tristeza intensa y anhedonia. En los pacientes con TAG hay una percepción del peligro; en la depresión la percepción es de desesperanza, falta de interés y existe la ideación suicida. En los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada los sentimientos son de temor de incertidumbre y de inseguridad; en los pacientes con depresión existe una autodespreciación y culpa excesiva. Los sujetos que presentan TAG poseen insomnio de conciliación; los que presentan depresión, insomnio tardío. Los sujetos con depresión presentan pérdida o aumento de peso (Cía, 2001).

Otros diagnósticos a tener en cuenta para el diagnóstico diferencial son los **trastornos de ansiedad debidos a enfermedad médica** y los **trastornos de ansiedad inducidos por sustancias**. Con respecto a los primeros la ansiedad se considera secundaria a alguna enfermedad médica, por lo tanto es importante indagar los antecedentes de otras

enfermedades como por ejemplo la arritmia, epilepsia, hipertiroidismo, asma, entre otras. Con respecto a los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias esto se puede dar por medicaciones o drogas prescritas para otras enfermedades, o por el abuso o abstinencia de sustancias que causan síntomas idénticos al TAG.

La ansiedad se encuentra presente invariablemente en el curso del **trastorno por estrés postraumático** y en el **trastorno adaptativo**. El TAG no debe diagnosticarse si se da en el curso de estas patologías, como así tampoco debe hacerse si sólo aparece coincidiendo con un **trastorno del estado de ánimo** o con un **trastorno psicótico** (APA, 1995; Cía, 2001).

Existen, según lo define el DSM IV (APA, 1995) varias características que diferencian la ansiedad generalizada con la **ansiedad no patológica**. Las preocupaciones normales son más controlables que las patológicas, pueden dejarse para otro momento y no se acompañan de síntomas físicos. Las preocupaciones del TAG son difíciles de controlar e interfieren con las actividades del sujeto significativamente, son más permanentes, intensas, duraderas y perturbadoras, y muchas veces aparecen sin que exista un factor que las desencadene. Borkovec y Newman (1998) dicen que la diferencia entre los pensamientos intrusivos negativos normales, incluyendo la preocupación se distinguen de los patológicos por su frecuencia e intensidad, que se deben a su característica de descontrol.

Etiopatogenia

Existen diversos factores que predisponen a desarrollar el trastorno de ansiedad generalizada. A continuación se detallan brevemente los factores biológicos, psicosociales y cognitivos.

• Factores biológicos

En 1988 Torgensen (citado en Ruiloba, 1998) confirma que la ansiedad generalizada no posee base genética y parece encontrarse más ligada a hechos psicosociales. Otros autores en cambio, señalan que existe una predisposición genética que se dispara con los hechos psicosociales (Hale, 1997; Harvard Health Letter, 1998; Cía 2001; Cowley & Roy-Byrne, 1991). El TAG tiene una heredabilidad de un 30% (Brown et. al., 1994) y existen evidencias en cuanto a la genética de una relación directa entre los antecedentes familiares con frecuente presencia del TAG, y la presencia de este trastorno (Cía, 2001).

En cuanto a los aspectos genéticos, los científicos creen que algunas personas nacen con una susceptibilidad para los trastornos de ansiedad, quizás por un desequilibrio de los neurotransmisores que las células del cerebro usan para comunicarse entre ellas. Hoy en día se sabe que los hábitos de pensamiento influyen en cuánto del neurotransmisor se desprende y cuándo. O sea que cualquiera sea la forma en que el sujeto llega a padecer TAG, tratarlo siempre va a significar un ajuste en los niveles químicos del cerebro (Wickelgren, 1997).

Influyen en el desarrollo de ciertos tipos de ansiedad la disfunción de los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico. Existen receptores de serotonina (5-HT) específicos en varias regiones cerebrales, éstos son la amígdala, el tálamo, el hipocampo, el locus ceruleus y la neocorteza. La presencia de estos receptores sugiere que existen sitios específicos que se encuentran destinados a la regulación de la ansiedad por este sistema. Por otro lado, la noradrenalina puede funcionar aumentando la eficacia de los sistemas sensoriales (que las neuronas de la corteza cerebral respondan más a los estímulos sensoriales), el locus ceruleus puede incrementar la respuesta cerebral y acelerar el procesamiento de información. La noradrenalina es producida por el locus ceruleus, y las células de este último parecen estar relacionadas con la regulación de la vigilancia, de la tensión, de los ciclos de vigilia y sueño, también con la ansiedad, el humor, la memoria, el aprendizaje y el metabolismo cerebral.

Se detectó que el sistema nervioso neurovegetativo, particularmente el sistema simpático y el locus ceruleus, responden de forma inadecuada a los estímulos estresantes. Otras importantes anomalías se encontraron en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. El sistema gaba-benzodiacepínico se encuentra comprometido en la neurobiología del TAG (Cía, 2001).

• Factores psicosociales

Las personas que presentan TAG pueden presentar ciertos rasgos que los hacen más propensos a que desarrollen este trastorno. Estos rasgos incluyen el nerviosismo general, la depresión, la incapacidad de tolerar la frustración y sentirse inhibidos. Los sujetos con TAG no son muy efectivos en resolver problemas de todos los días. Presentan más situaciones de estrés que las personas que no poseen este trastorno (Leahy & Holland, 2000).

Existen múltiples factores desencadenantes que pueden asociarse con un trastorno de ansiedad. Especialmente estos factores suelen ser traumas, conflictos emocionales intensos y repetidos, conflictos laborales, enfermedades orgánicas crónicas, situaciones de abandono, problemas sexuales, una sobrecarga tensional, entre otros (Ruiloba, 1998).

Las personas con TAG suelen preocuparse más por el miedo a la evaluación social. La combinación de este miedo, sumado a la evitación y miedo de la ansiedad somática y el origen del pensamiento, el cual se encuentra mediatizado socialmente, sugiere que los que padecen preocupación crónica podrían tener una historia de eventos aversivos asociados con otras personas, la pérdida potencial de aprobación o de amor, y el uso interno y externo del lenguaje para tratar de lidiar con todo esto (Borkovec et. al., 1991).

Borkovec y Newman (1998) plantean que las personas con TAG podrían tener en su infancia un rol revertido con los padres, a partir del cual el niño debía cuidar a los padres en lugar de ser al revés. Esto supondría una base entendible para la percepción del mundo como potencialmente peligroso, de él mismo como incapacitado para lidiar con esa realidad, y la necesidad de constantemente estar anticipando la amenaza como el medio necesario para obtener amor, aprobación y nutrición. Por otro lado, el hecho de que se encuentren patrones familiares con TAG pero que lo hereditario de este trastorno se da en un bajo grado, sugiere que las experiencias en el desarrollo interpersonal tengan que ver con la etiología de este trastorno. Una historia de experiencias interpersonales negativas puede contribuir al origen y mantenimiento del TAG, al estilo interpersonal corriente, el mantenimiento de la excesiva percepción de amenaza y a aprender estilos de pensamientos de preocupación para lidiar con ésta.

• Factores cognitivos

Los factores cognitivos tal como se presentan en el trastorno de ansiedad generalizada se presentan en el segundo capítulo de esta primera parte. Sin embargo se hace una breve descripción de éstos ya que influyen en la etiología del trastorno. La valoración cognitiva permanente de los estímulos externos tiene un papel importante en la génesis de la ansiedad. Éstos son interpretados en el TAG como amenazantes. La cantidad de amenaza y persistencia de la interpretación cognitiva amenazante es lo que determina la intensidad y la duración de la reacción de ansiedad. El resultado de esto, se traduce fisiológicamente en un incremento de la hiperexcitación neurofuncional (arousal) (Ruiloba, 1998).

En síntesis, se describieron en este capítulo ciertos aspectos relacionados con el trastorno de ansiedad generalizada, para tener una visión global de sus características. Se tuvieron así en cuenta la historia del diagnóstico del TAG, los criterios de clasificación utilizados por los sistemas actuales del DSM IV y la CIE 10, la comorbilidad, los diagnósticos diferenciales, la epidemiología y la etiopatogenia. En los siguientes capítulos de esta primera parte se describen las manifestaciones clínicas del TAG de manera detallada, y los modelos explicativos de este trastorno.

Capítulo 2: Manifestaciones Clínicas del TAG

En el siguiente capítulo se desarrollan las manifestaciones clínicas del trastorno de ansiedad generalizada. El trastorno de ansiedad se manifiesta en el área cognitiva, comportamental y fisiológica. Si bien estas áreas se encuentran totalmente interrelacionadas, a los fines prácticos de un mayor orden y una mayor comprensión del trastorno, el funcionamiento y los síntomas del TAG son descriptos según estas áreas. Por lo tanto este capítulo está compuesto por tres grandes secciones: los síntomas cognitivos, los síntomas comportamentales y los síntomas fisiológicos. Esta división es también útil para la tercer parte de este trabajo en la cuál se describen distintas técnicas cognitivas y comportamentales dirigidas predominantemente a cada una de estas áreas.

Manifestaciones clínicas del TAG

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por ansiedad persistente y generalizada disparada por preocupaciones. Esta tensión ansiosa no tiene relación con situaciones concretas, aunque condiciones de distrés precedan o acompañen su inicio. Las preocupaciones que presenta el sujeto son desproporcionadas con respecto al suceso que vive como amenazante, son persistentes y difíciles de controlar. El sistema autónomo se activa apareciendo síntomas somáticos diversos. Las personas que presentan TAG suelen tener una sensibilidad especialmente alta hacia cualquier imprevisto o percance de la vida cotidiana, e invierten así grandes cantidades de energía y esfuerzo para combatirlos (Cía, 2001; Cía 1994).

Para la persona que padece TAG el mundo, y especialmente el futuro, es visto como peligroso la mayoría del tiempo, y el individuo siente que no tiene los recursos necesarios para lidiar con él. Se forma así un círculo vicioso en el cual se detecta la amenaza, surge una mezcla de activación somática y de inhibición, y comienza la actividad de preocupación mental que perpetúa la respuesta ansiosa habitual (Costello & Borkovec, 1992).

En los trastornos de ansiedad los individuos ponen en juego tres sistemas de respuesta que interactúan entre sí en un proceso complejo. Estos sistemas son el cognitivo, el comportamental y el fisiológico. En los trastornos de ansiedad su interacción es disfuncional creando así un círculo vicioso. La organización de los síntomas del TAG de acuerdo a estos sistemas orienta hacia el desarrollo de programas de tratamiento que se puedan adaptar a las necesidades de cada paciente. Así, para que la terapia se vuelva efectiva es necesario realizar intervenciones de distinta índole rompiendo con diversos puntos del círculo vicioso.

Los pacientes que presentan TAG tienen síntomas en estos tres sistemas de respuesta: el cognitivo, el comportamental y el fisiológico. Los síntomas cognitivos se basan en la preocupación, la dificultad para controlar esta preocupación, la incapacidad para concentrarse. Los síntomas comportamentales incluyen los aspectos interpersonales de las personas con TAG, los cuales se caracterizan por un gran distrés interpersonal una preocupación excesiva respecto a situaciones interpersonales y una rigidez en sus estilos interpersonales. En cuanto a los síntomas fisiológicos, los pacientes con TAG se caracterizan por una inflexibilidad autonómica. Esta rigidez se debe a una deficiencia crónica en el tono parasimpático, la cual puede ser causada por los pensamientos de preocupación. La disminución del tono parasimpático se relaciona con la pobre concentración atencional y la distractibilidad, ambas características presentes en el trastorno de ansiedad generalizada (Borkovec & Newman, 1998). Los síntomas de estas tres áreas, brevemente expuestos, son ampliados y detallados a continuación.

• Síntomas cognitivos

La cognición es la adquisición, el procesamiento, la organización y la utilización del conocimiento que cada uno tiene sobre sí mismo y sobre el mundo. Es el acto de conocer. Los esquemas mentales o los sistemas de creencias son los que organizan este modo de verse a sí mismos y al mundo circundante. Así mismo dirigen la atención y la percepción selectiva de los estímulos externos, cotejando estos estímulos con representaciones de la experiencia previa. Si existen creencias irracionales arraigadas, en el cotejo de la información pueden existir deformaciones sistemáticas de la percepción y de la atención, produciéndose distorsiones variadas (Cía, 1994). Existen parcialidades (“biases”) cognitivas, atencionales y del juicio en todos los trastornos de ansiedad, aunque el contenido de éstas difiera de trastorno a trastorno. Las parcialidades cognitivas se basan en la selección y en el procesamiento no verídico de la información emocional. Las tendencias en la atención de los individuos ansiosos es atender a material amenazante, pero luego evitar su codificación en la memoria. Otras de las parcialidades en la atención están dada por los efectos de interferencia que se producen cuando los pensamientos de ansiedad están presentes (por ejemplo, no poder concentrarse). En cuanto a las parcialidades del juicio, tienden a una alta estimación del riesgo personal, lo cual invariablemente lleva a la experiencia de ansiedad y a un aumento de la disponibilidad de la información amenazante (Craske & Pontillo, 2001).

La preocupación excesiva es el síntoma cardinal del TAG (Falcoff, 2000). Otros síntomas cognitivos son la dificultad para concentrarse resultante de la ansiedad excesiva, la dificultad para controlar esta preocupación constante, la hipervigilancia con una exagerada respuesta de alarma y el sentirse al límite o al borde de un peligro (Cía, 1994; Leahy & Holland, 2000). Los temas de preocupación en las personas con TAG se basan mayormente en la familia, las relaciones interpersonales, las finanzas, el trabajo, la enfermedad, y sobre cuestiones menores o diversos temas (Dugas et. al., 1998; Barlow & Di Nardo, 1991). Dugas et. al. (1998) demostraron en un estudio realizado con personas con TAG y personas sin este trastorno como grupo de control, que las primeras demostraban mayor preocupación por hechos lejanos del futuro. Esto representa una característica distintiva de los sujetos con TAG, y demuestra una respuesta desadaptativa, ya que esta preocupación no lleva a la resolución del problema futuro y puede interferir también con la resolución de problemas inmediatos.

Cuando una situación se evalúa como amenazante, los pacientes con TAG ejecutan la preocupación como un medio de anticipar la amenaza y de lidiar con ella. Por lo general, este tipo de preocupación se dispara a partir de un pensamiento automático (por ejemplo, “¿Y si cuando se va tiene un accidente?”) que puede ser una respuesta a un estímulo externo o interno. La utilización de la preocupación como una estrategia es problemática. En primer lugar, se pueden pensar una infinidad de escenarios negativos, y esta generación constante de posibilidades negativas lleva a una mayor sensación de vulnerabilidad y de peligro. En segundo lugar, la rutina de preocuparse incrementa la detección de información amenazante, lo que lleva a nuevos disparadores de preocupación. Por otro lado, el uso de la preocupación parecería que mantiene o exagera pensamientos intrusivos. Por último, cuando la catástrofe no ocurre el sujeto lo puede atribuir a que él uso su preocupación e hipervigilancia para evitarla, reforzando las creencias positivas acerca de la preocupación. El cuadro 2.1. esquematiza este círculo vicioso.

La preocupación en el TAG se asocia a dificultades en el procesamiento de la información, sobre todo del procesamiento de información emocional.

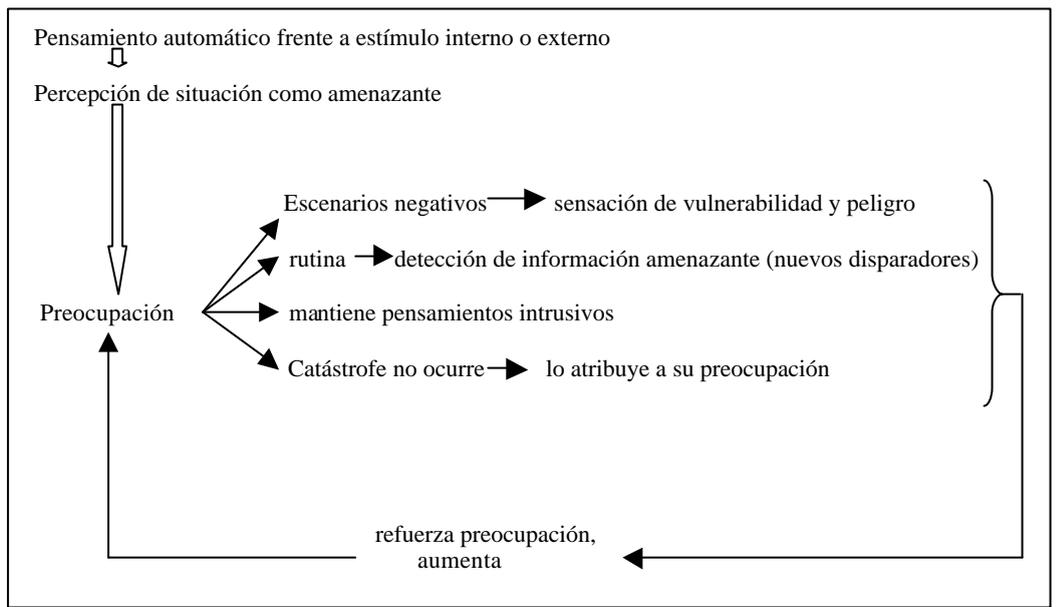
Los pensamientos de preocupación excluyen el procesamiento emocional. Más aún, la preocupación luego de un evento traumático lleva a un fracaso en el procesamiento adaptativo del material emocional. Una de las funciones inmediatas de la preocupación es evitar imágenes aversivas, ansiedad somática y otras emociones negativas. Al hacerlo, la preocupación es reforzada. Una de las consecuencias de esta función evitativa es que se mantienen los significados que provocan ansiedad, sin acceder a información correctiva en la exposición diaria a esta información amenazante. Por lo tanto, a pesar de que se presente evidencia real de que los resultados temidos por el sujeto no ocurren, éste no logrará acceder a la información real y continuará preocupado. Es decir que la preocupación funciona como una respuesta de evitación cognitiva frente a material amenazante o emocional. La preocupación sería un medio para evitar emociones más penosas. Las emociones o contenidos evitados se asocian muchas veces a cuestiones relacionadas con lo interpersonal (problemas interpersonales actuales, experiencias de apego negativas o traumas pasados interpersonales). (Borkovec & Newman, 1998)

Las características del procesamiento de información de los sujetos con TAG interfieren con que se aprenda nueva información y por consecuencia mantienen los significados que provocan ansiedad. Estas características serían:

- a) atención tendiente a detectar el material amenazante
- b) una rápida evitación cognitiva de ese material
- c) interpretaciones y predicciones negativas de información ambigua o neutra (Mathews & MacLeod, 1994, citado en Borkovec & Newman, 1998).

En síntesis, la preocupación es un mecanismo que se usa como estrategia para lidiar con situaciones percibidas por el sujeto con TAG como amenazantes. Las consecuencias que esto trae refuerzan la preocupación y las creencias positivas asociadas a ésta. Las personas que padecen TAG suelen preocuparse por eventos futuros lejanos los cuáles no pueden solucionarse y más aun dificultan la resolución de los problemas inmediatos. Otra de las funciones de la preocupación está dada por la evitación cognitiva de emociones penosas o de información amenazante. Las características del procesamiento de información de las personas con TAG llevan a que este trastorno se mantenga. Otros aspectos del área cognitiva en el TAG son ampliados en el tercer capítulo que es sobre los modelos cognitivos explicativos del TAG. No se incluyen ahora porque se cree que poder entender las características que se plantean dentro de la visión global de cada modelo lleva a una comprensión más clara.

Cuadro 2.1. Refuerzo negativo de la preocupación



• Síntomas comportamentales

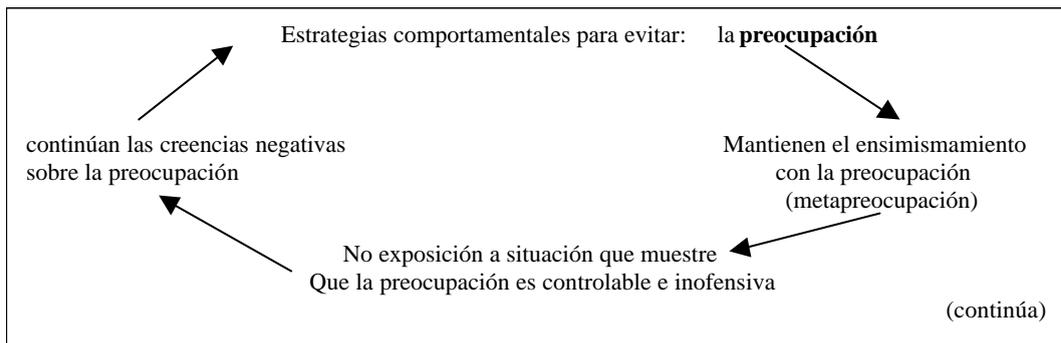
El comportamiento es una secuencia ordenada de actos complejos que tiene como objetivo la adaptación a distintas situaciones o estímulos ambientales. Por lo tanto, la percepción e interpretación de las situaciones con las que el sujeto se enfrenta tiene particular relevancia (Cía, 1994). En el TAG el aspecto conductual se observa en la incapacidad del individuo de controlar la ansiedad, lo cual le provoca distrés y una significativa disfunción en sus actividades familiares, ocupacionales y sociales (Cía, 2001).

Los pacientes con TAG a menudo presentan problemas interpersonales que contribuyen con sus preocupaciones y su disconformidad general (Leahy & Holland, 2000). Tienen comportamientos asociados con una lenta ejecución y con la necesidad de un alto grado de evidencias antes de tomar una decisión (Ladouceur & Talbot, 1997).

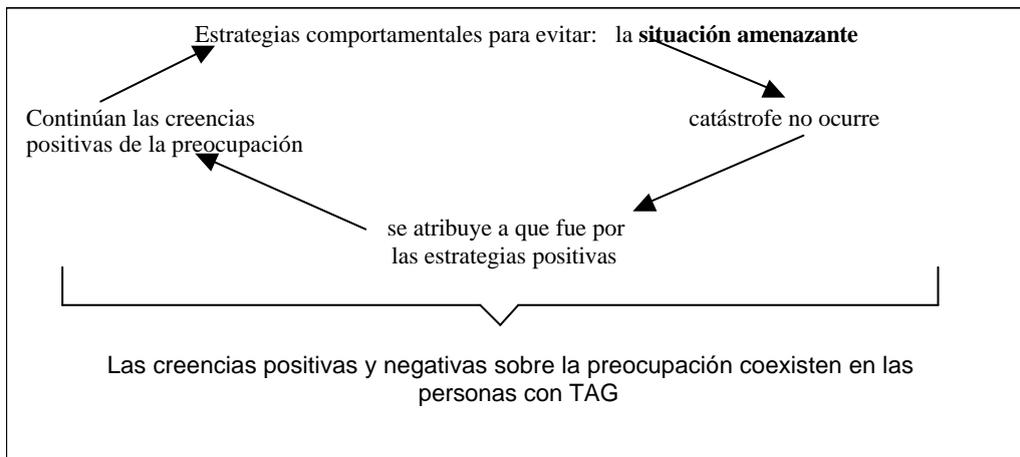
Otros aspectos en esta área, son las estrategias comportamentales como la evitación de situaciones que disparan preocupación. La búsqueda de consuelo y el control son intentos de prevenir la activación de la preocupación. Estas estrategias mantienen un ensimismamiento en la preocupación y previenen la exposición a situaciones que pueden probar que la preocupación es controlable e inofensiva. No sólo el paciente continúa preocupándose por la preocupación (metapreocupación) sino que en este intento de evitarla, se pierde también la oportunidad de responder a un pensamiento negativo realizando un procesamiento de la información sin preocupación. Los pacientes con TAG se encuentran en un estado donde las creencias positivas y negativas sobre la preocupación coexisten. Las creencias positivas de la preocupación se basan en que la persona cree que la preocupación sirve para la protección de las situaciones amenazantes y para lidiar con éstas. La evitación es tanto de las situaciones que se creen amenazantes como de la necesidad de preocuparse y de los potenciales peligros de hacerlo. Los comportamientos destinados a apartar las consecuencias negativas de la preocupación son un problema porque de esta manera continúan las creencias negativas y se preocupan de la preocupación. Cuando la catástrofe temida no ocurre esto se atribuye a las estrategias comportamentales, preservando así las creencias positivas de la preocupación y las negativas de la metapreocupación (Wells, 1999). El cuadro 2.2 esquematiza este círculo vicioso.

Dentro de lo comportamental se incluye lo interpersonal que juega un papel importante en el TAG. Muchas de las preocupaciones de las personas con TAG son sobre las relaciones interpersonales. Las personas con TAG no sólo muestran mayor distrés en lo interpersonal sino también una mayor rigidez en sus estilos interpersonales que las personas que no padecen este trastorno (Borkovec & Newman, 1998; Newman, 2000). La mayoría de las personas con TAG puede que hayan aprendido en su infancia a cuidar a otros para obtener amor, aprobación y nutrición, y continúan repitiendo este patrón en la adultez por la misma razón. La preocupación por lo tanto funcionaría, como lo hizo en la infancia, como una forma de anticipar las necesidades y el peligro a los otros significativos en la búsqueda de satisfacer las propias necesidades interpersonales (Borkovec & Newman, 1998). Las personas con TAG presentan dificultades en el área comportamental con respecto a lo interpersonal.

Cuadro 2.2. Refuerzo de las estrategias comportamentales



Continuación cuadro 2.2.



• **Síntomas fisiológicos**

Frente a los estímulos internos y externos se producen cambios psicofisiológicos, diversas sensaciones físicas de placer o desagrado, que conforman las emociones (Cía, 1994). Las personas que padecen TAG presentan un componente fisiológico de ansiedad, concordante con los síntomas cognitivos y comportamentales ya descritos (Cía, 2001) La excesiva y a veces severa sobreactividad fisiológica es un componente importante en este trastorno (Barlow, 1988).

Los síntomas que se presentan a partir de este componente fisiológico de ansiedad son diversos. Estos síntomas incluyen síntomas de la hiperactividad vegetativa como la falta de aliento, respiración en forma de suspiros, palpitaciones, taquicardia, sensación de ahogo, mareos, vértigos, sudación, sofocación, boca seca, náuseas, dificultad para tragar. Existen síntomas relacionados con la tensión motora, como inquietud, temblores, contracturas, dificultad para relajarse, fatigabilidad. La ansiedad y la preocupación prolongada pueden conducir al cansancio crónico, dolores de cabeza por tensión, irritabilidad, insomnio de conciliación. Si bien estos síntomas se superponen a los del trastorno de pánico, la diferencia se encuentra en que en el TAG se presentan de forma más persistente y más leve, son asociados a pensamientos preocupantes sobre situaciones cotidianas y es poco probable que ocurran espontáneamente. Por otro lado, los sujetos que

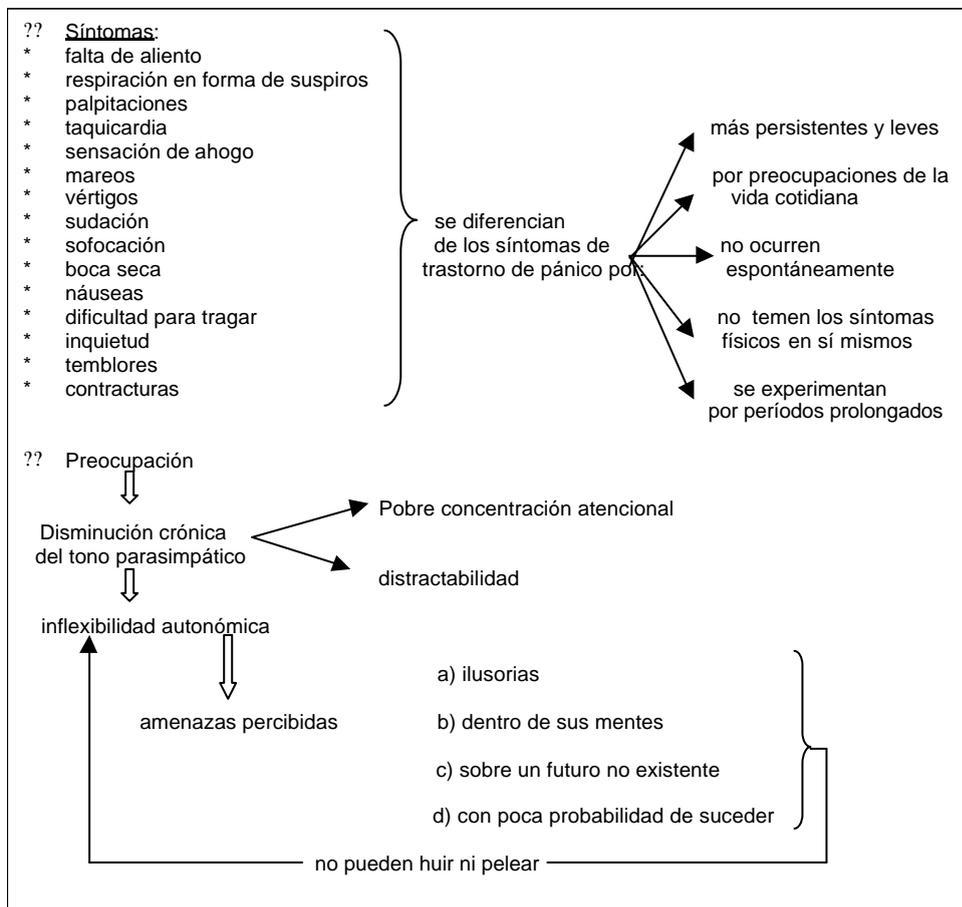
padecen TAG no suelen temer a los síntomas físicos en sí mismos, más allá de que les resulten molestos, y sufren los componentes ansiosos durante períodos prolongados (Cía, 2001; Cía, 1994).

La actividad del sistema autónomo incluye tanto al sistema simpático y al parasimpático. Los pacientes con TAG se caracterizan por una inflexibilidad autonómica, que se debe a una deficiencia crónica del tono parasimpático, la cual a su vez puede ser causada por la preocupación. Esta deficiencia se relaciona con la pobre concentración atencional y la distractibilidad, ambas características presentes en el TAG. Esta característica distintiva de inflexibilidad cobra sentido cuando se tiene en cuenta las situaciones psicológicas que los sujetos con TAG enfrentan. Las amenazas que perciben son ilusorias, existen sólo dentro de sus mentes, se refieren a un futuro no existente y se basan en el temor a sucesos que tienen poca probabilidad de suceder. Los sujetos se encuentran, por lo tanto, frente a un problema irresoluble frente al cual la activación de “huir o pelear” es inhibida, ya que no hay nadie con quién pelear o nada a qué huir (Borkovec & Newman, 1998).

Los síntomas fisiológicos en el TAG son dados por el componente de ansiedad, y se basan en una hiperactividad vegetativa, en la tensión motora, en la hipervigilancia y en las consecuencias de la preocupación prolongada (cansancio crónico, cefaleas de tensión, entre otras). Los sujetos que padecen este trastorno presentan una inflexibilidad autonómica, debido a una disminución del tono parasimpático, lo cual da lugar a una pobre concentración atencional y a distractibilidad. Dadas las características de las amenazas percibidas, el sujeto no puede ni pelear o huir, lo cual le da sentido a esta inflexibilidad de los sistemas simpático y parasimpático. Esto se esquematiza en el cuadro 2.3.

Cuadro 2.3. Síntomas fisiológicos en el TAG

En este capítulo se describieron las manifestaciones clínicas del TAG, teniendo en cuenta las tres áreas en las cuáles este trastorno se manifiesta y el funcionamiento en cada una de éstas. Se puede afirmar que existe una íntima interrelación entre las áreas cognitivas, comportamentales y fisiológicas, las cuáles interactúan y se influyen constantemente. La preocupación es el síntoma cardinal de este trastorno, produciendo consecuencias en los tres niveles (cognitivo, comportamental y fisiológico) y reforzándose permanentemente por su forma de funcionamiento, conformando círculos viciosos. Este capítulo sirve como base para entender la segunda parte de este trabajo que se basa en los tratamientos cognitivos y cognitivos conductuales para el TAG. También sirve a este propósito el próximo capítulo en el cual se describen brevemente distintos modelos explicativos del TAG.



Capítulo 3: Modelos cognitivos explicativos del TAG

En este capítulo se desarrollan distintos modelos explicativos cognitivos del trastorno de ansiedad generalizada. La mayoría de los modelos que se presentan son cognitivos y son sobre el TAG. Sin embargo existen algunas excepciones. El primer modelo desarrollado de Hoffman y DiBartolo (1997) es un modelo cognitivo - conductual sobre la ansiedad en general, sin ser específico del funcionamiento del TAG, aunque se aplique perfectamente a este. Se incluye porque toma en cuenta los componentes cognitivos, conductuales y fisiológicos de los trastornos de ansiedad, y su interacción. Habiendo hecho esta misma división en el capítulo de las manifestaciones clínicas del TAG, se cree interesante incluir este modelo. Se incluye un modelo conductual (de Wolpe) porque se cree importante para una comprensión posterior de ciertas técnicas conductuales incluidas en los tratamientos del TAG para descondicionar la ansiedad. El modelo explicativo de Beck es sobre los trastornos de ansiedad en general, sin embargo Leahy & Holland (2000) nombran cuáles son los pensamientos automáticos distorsionados, las asunciones desadaptativas y los esquemas disfuncionales específicos para el TAG, y se nombran algunos ejemplos de éstas. El modelo de Wells es un modelo metacognitivo. La organización de los modelos es según el año en que fueron propuestos y según el autor. El cuadro 3.1. al final de este capítulo sintetiza la información esencial.

Se cree importante la descripción de los modelos no sólo para una mejor comprensión del funcionamiento del TAG, y para observar las distintas formas de explicarlo dentro de un mismo marco teórico, sino también porque constituyen una base para entender luego (en la segunda parte del trabajo) los tratamientos propuestos.

• **Hoffman & DiBartolo - 1997**

Antes de comenzar con los modelos explicativos específicos del TAG, se revisa el "Modelo de los tres componentes de la ansiedad", no sólo para obtener una visión general de lo que sucede en la mayoría de los trastornos de ansiedad, sino también porque este modelo se aplica perfectamente al TAG y se refiere a los tres componentes tomados en cuenta en el capítulo anterior: el cognitivo, el comportamental y el fisiológico. Por ser un modelo general de la ansiedad y no específicamente del TAG no se respeta el orden de los años que se toman en cuenta para la organización de los demás modelos

Una variedad de operaciones cognitivas y conductuales complejas, mezcladas con la respuesta primaria del miedo contribuyen a la ansiedad. En la ansiedad interactúan tres componentes: el cognitivo, el comportamental y el fisiológico. El primero, es el autohabla en la que una persona se engrana cuando se siente ansiosa. El componente comportamental es cómo actúa la persona o qué hace cuando se siente ansiosa (escaparse de la situación, comerse las uñas). El componente fisiológico son las sensaciones físicas típicas de la ansiedad (palpitaciones, boca seca, sudoración)

Cada uno de estos componentes impacta en el otro. En los sujetos con trastornos de ansiedad, los tres componentes tienden a afectarse uno al otro negativamente, por lo general aumentando el distrés y la incapacidad para funcionar. En este ciclo, una situación potencialmente amenazante puede estar acompañada de sensaciones fisiológicas. Como consecuencia, se produce una cognición que predice el peligro o el fracaso, lo cual sólo sirve para aumentar los niveles fisiológicos de hiperexcitación (arousal). Como las sensaciones físicas aumentan, la posibilidad de concentrarse en el problema o tarea inmediata disminuye y la intensidad de las cogniciones desadaptativas aumenta. El resultado de este ciclo es el aumento de los niveles de ansiedad y un pobre desempeño o la evitación de la situación que causa ansiedad. Más aún, situaciones similares en el futuro llevan a similares niveles de ansiedad y disfunción.

• **Wolpe -1958** (Citado el Leahy & Holland, 2000; Cía, 2001)

Este es un modelo conductual que se describe brevemente en esta sección para comprender más adelante (en la tercera parte de este trabajo) la base de muchas técnicas conductuales utilizadas para el TAG.

Wolpe propone que así como el miedo puede ser condicionado, mediante el modelo de inhibición recíproca el miedo puede ser desaprendido. Esto ocurriría al presentarse simultáneamente el estímulo provocador del miedo con un estímulo que evocara la respuesta contraria, siendo esta última más fuerte que la primera. Ese estímulo sería el inhibidor recíproco y en los humanos los tres estímulos principales son: las respuestas sexuales, las respuestas asertivas y la relajación muscular progresiva, lo cual más tarde llama desensibilización sistemática.

Un método útil para reducir el condicionamiento de la ansiedad son las terapias de exposición que surgen a partir de Wolpe. En los tratamientos de las personas con TAG se incluyen varias técnicas conductuales basadas en los principios que el autor propone, algunas de ellas son: construir jerarquías de las

situaciones temidas y planear la exposición a 'setas, el entrenamiento en la resolución de problemas, detener el pensamiento, entre otras.

- **Beck et. al – 1985** (citado en Cía, 1994; Leahy & Holland, 2000)

Este modelo cognitivo es sobre los trastornos de ansiedad en general y propone que las creencias acerca de uno mismo y del mundo que llevan a interpretar una amplia gama de estímulos como amenazantes, dan lugar a la ansiedad persistente. Las respuestas que se producen frente a la amenaza incluyen pelear, huir, desmayarse (colapso), retractarse, pedir ayuda, entre otras, con sus correspondientes implicaciones cognitivas. Existen varias distorsiones en el procesamiento de la información cuando la ansiedad está presente. Estas distorsiones cognitivas en el TAG se dan en tres tipos: en la distorsión de pensamientos automáticos, en asunciones desadaptativas y en esquemas disfuncionales. En cuanto a la distorsión de los pensamientos automáticos el sujeto puede: catastrofizar (ej. Algo terrible me va a pasar), etiquetar (ej. soy un fracaso), tener un pensamiento dicotómico (ej. Nunca soy lo suficientemente bueno) o sobregeneralizar (ej. No puedo manejar mi ansiedad, no puedo manejar nada). Algunos ejemplos de asunciones desadaptativas son: "la ansiedad y la preocupación son insalubres", "no debería estar ansioso, es un símbolo de debilidad". Dentro de los esquemas disfuncionales se encuentran los esquemas de amenaza biológica (ej. La ansiedad quiere decir que estoy enfermo), de humillación (ej. La gente se va a reír de mí), los esquemas de control (ej. O tengo el control absoluto o no tengo control), los de autonomía (ej. la ansiedad significa que soy dependiente y no puedo sobrevivir por mí mismo) y los de abandono (ej. Me van a abandonar). Una vez que el TAG se desarrolló estas cogniciones distorsionadas, y por consecuencia las comportamentales, contribuyen a que el problema se perpetúe.

Las situaciones que se perciben como amenazantes son evitadas de forma sutil manteniendo y realimentando las distorsiones cognitivas. Estas actitudes van confirmando sus expectativas y las creencias previas distorsionadas se vuelven profecías que se autocumplen a partir de una interacción disfuncional.

- **Barlow – 1988**

El modelo integrativo del TAG, toma en cuenta la vulnerabilidad biológica, la vulnerabilidad psicológica, la respuesta de estrés y los eventos negativos de la vida. En el TAG la atención se encuentra en muchos eventos de la vida diaria, existiendo una exquisita sensibilidad hacia eventos menores. Las reacciones a estos eventos se acompañan de un afecto negativo llevando, por lo tanto, a un aumento de la hiperexcitación (arousal) psicológica asociada a reacciones de distrés y a la sensación de que los sucesos son impredecibles e incontrolables. El sujeto en lugar de enfocarse en la tarea inmediata concentra su atención en la autoevaluación, aumentando aún más la hiperexcitación (arousal) psicológica. A la vez que aumenta la hipervigilancia, se estrecha la atención al foco de preocupación, incluyendo en este foco la incapacidad de uno de lidiar con la fuente de preocupación. Este proceso cognitivo y de hiperexcitación psicológica continúa como un espiral que se retroalimenta negativamente, hasta que uno se preocupa intensa y excesivamente sobre el foco de preocupación y la incapacidad de controlarla. En casos extremos, esta preocupación llega a un nivel tal que concentrarse en otras tareas resulta imposible, y el desempeño es interrumpido.

- **Borkovec et. al. – 1991**

En este modelo cognitivo del TAG se propone que las personas con TAG aprendieron a enfatizar la actividad conceptual como una forma de responder a la amenaza percibida. Muchas de las personas que padecen este trastorno dicen preocuparse con el propósito de anticipar y evitar catástrofes futuras, mostrando así una evitación cognitiva. Sin embargo, esto podría ser una forma de intentar explicar algo que de otra manera resulta inexplicable y molesto. Los sujetos con TAG le temen al aumento del afecto y de lo somático. La actividad conceptual de la preocupación reduce la generación de imágenes, las cuales conducen a estructuras de memoria que llevan a una activación somática y afectiva. A mayor pensamientos de preocupación, menor activación somática. Por lo tanto la preocupación permite la evitación de estados somáticos aversivos. La preocupación, sin la conciencia del sujeto, es así reforzada por la supresión de la ansiedad somática. En este contexto conceptual de los pensamientos de preocupación alguna información, especialmente la información relacionada con lo emocional, no es procesada, excluyendo así la posibilidad del cambio. Al atender excesivamente a los pensamientos negativos, disminuyen los recursos atencionales para procesar nueva e inmediata información presente en el medio que sea correctiva. Es así como el trastorno se mantiene.

- **Rapee – 1991**

El autor propone un Modelo de Procesamiento de la Información en TAG. Evalúa cuatro áreas en este procesamiento de información, que son, los recursos atencionales, la memoria de largo plazo, la memoria de trabajo y los autoesquemas.

Recursos atencionales:

Las personas con TAG dirigen de manera inconsciente sus recursos atencionales preferencialmente hacia estímulos amenazantes. La atención y la hiperexcitación psicológica (arousal) interactúan de tal manera que esta última aumenta cada vez más y el foco de atención se estrecha proporcionalmente.

Memoria de Largo Plazo:

Se sugiere que las personas ansiosas acceden más fácil a la información relacionada con lo amenazante. La experiencia de ansiedad depende de la percepción del estímulo amenazante y la creencia de que uno no tiene control sobre él. Es decir, que no debería existir la ansiedad si el estímulo no se percibe como amenazante o si se cree poder tener control sobre él.

Memoria de Trabajo:

Se piensa que cuando ocurre la preocupación se utilizan los recursos de la memoria de trabajo. Esta memoria compuesta por tres subsistemas, dos de ellos funcionan como esclavos de un tercero que tiene el rol de controlarlos, siendo este centro de control el responsable de la dirección de los recursos atencionales.

Auto esquemas:

A partir de diversos estudios se llegó a la conclusión que los auto esquemas no influyen el procesamiento de información amenazante en la ansiedad. Sin embargo, no se descarta que puedan tener alguna función importante en la ansiedad.

- **Krohne 1993** (citado en Ladouceur & Talbot, 1997)

A partir de este modelo, se piensa que la intolerancia a la incertidumbre y al aumento de la emoción son los fenómenos centrales implicados en la ansiedad. Las personas con el trastorno de ansiedad generalizada tienden a buscar información adicional para aumentar el nivel de certidumbre frente a situaciones ambiguas, encontrándose en un estado de hipervigilancia. Paradójicamente a esta hipervigilancia, intentan evitar la información amenazante que los lleva a desarrollar síntomas de ansiedad. Desde este punto de vista, la ansiedad es el resultado de este pasaje continuo entre la hipervigilancia y la evitación.

La intolerancia a la incertidumbre es el resultado de tres aspectos: a) una disminución en el umbral de la percepción de la ambigüedad, b) de una reacción más fuerte frente a situaciones de incertidumbre, respondiendo con mayor ansiedad y preocupación a mayor nivel de ambigüedad y c) de una anticipación de amenazas futuras como consecuencia de esta incertidumbre. La intolerancia de la incertidumbre conduce a un aumento de la preocupación e interfiere con la resolución de problemas como consecuencia de las conductas disfuncionales dirigidas a disminuir la incertidumbre. En un estudio llevado a cabo por Ladouceur & Talbot (1997) se comprobó que las personas con TAG, y con una alta intolerancia a la incertidumbre, frente a tareas de ambigüedad moderada requerían una mayor cantidad de evidencias para llegar al mismo nivel de certidumbre que las personas que no tenían estas características. Esto se adjudica a un menor umbral en la percepción de la ambigüedad.

De acuerdo al modelo presentado, la intolerancia a la incertidumbre afecta a la preocupación de manera directa e indirecta. En el primer caso, por conducir a una mayor concentración sobre los eventos inciertos, percibidos como más peligrosos y preocupantes. Indirectamente, porque la tendencia a la percepción disfuncional de las situaciones impide la aplicación de las habilidades para resolver problemas, conduciendo a un aumento de la preocupación.

- **Wells – 1999**

Este modelo metacognitivo ubica a la preocupación como la característica principal y esencial en el desarrollo y el mantenimiento del TAG.

El modelo se basa sobre **dos tipos de preocupaciones**: el tipo 1 y el tipo 2.

- El **tipo 1** es la preocupación sobre las situaciones externas e internas (no cognitivas).
- La preocupación de **tipo 2** es la metapreocupación, es decir, la preocupación acerca de la preocupación, de los pensamientos de uno.

Existen a la vez **dos tipos de creencias sobre la preocupación**,

- las **creencias positivas** basadas en que la preocupación sirve a un propósito de protección y una forma de lidiar con las situaciones percibidas como amenazantes, y por otro lado,
- las **creencias negativas** que conciernen el descontrol de la preocupación y las consecuencias peligrosas de preocuparse.

El tipo 1 de preocupación (sobre eventos externos e internos no cognitivos) se correspondería con las creencias positivas de la preocupación (preocuparse permite lidiar y protegerse de las situaciones amenazantes). O sea que cuando se percibe una amenaza externa la preocupación surge como medio para lidiar con ella. La preocupación crea más preocupación (se percibe mayor información amenazante) y los pensamientos de preocupación se vuelven más invasivos. Las creencias negativas sobre la preocupación surgen

y se refuerzan permanentemente en este ciclo vicioso. Por lo tanto, la metapreocupación (tipo 2) se corresponde con las creencias negativas sobre la preocupación. La metapreocupación contribuye a que aumenten las respuestas de ansiedad, lo cual a su vez aumenta las creencias negativas sobre la preocupación. Todo esto lleva a la percepción de una incapacidad para lidiar con las situaciones, reforzándose la percepción de la situación como amenazante y recomenzando una vez más todo el ciclo descrito.

El sujeto, de acuerdo a este modelo, se encuentra encerrado en la paradoja entre el miedo al descontrol de la preocupación y la creencia de que ésta misma lo protege.

Existen distintas respuestas de las personas con TAG que contribuyen al mantenimiento de este trastorno. El intento de controlar o suprimir la preocupación lleva a una mayor dificultad del control mental y a mayores intrusiones. Por otro lado, cuando la catástrofe no ocurre (la mayoría de las veces, ya que tienen baja probabilidad de ocurrir) esto es atribuido a la preocupación y a las conductas evitativas. Las estrategias evitativas (evitar situaciones que disparen la preocupación, búsqueda de consuelo, el control), por su lado, mantienen la metapreocupación y no permiten la exposición a situaciones que podrían probar que la preocupación es inofensiva y controlable. La evitación no es sólo de las percibidas amenazas externas sino también la evitación de la necesidad de preocuparse y de los peligros de hacerlo.

Este modelo tiene implicaciones en el tratamiento ya que Wells propone que se ponga menos énfasis en el contenido de la preocupación diaria, y en vez, se tenga más en cuenta las creencias individuales sobre la preocupación (Freeman & Gatery, 1999).

• **Dugas & Ladouceur – 2000**

El modelo cognitivo de preocupación del TAG propuesto tiene en cuenta cuatro componentes. Estos cuatro componentes son: la intolerancia a la incertidumbre, las creencias erróneas sobre la preocupación, la pobre orientación para los problemas y la evitación cognitiva.

La intolerancia a la incertidumbre:

La intolerancia a la incertidumbre es la piedra angular de este modelo. Esta característica distingue a los pacientes que presentan TAG de los que presentan otros trastorno de ansiedad. El incremento de la intolerancia a la incertidumbre, aumenta la preocupación. La intolerancia a la preocupación influye en todos los componentes. La manera en que lo hace es explicada en cada componente en particular.

Las creencias erróneas sobre la preocupación:

Las personas que sostienen mayor cantidad de preocupaciones positivas y negativas sobre las consecuencias de preocuparse tienen una mayor tendencia a preocuparse. Los pacientes con TAG creen que la preocupación permite encontrar soluciones y prevenir resultados negativos. Estas creencias se refuerzan cuando el suceso no acontece. Las creencias negativas sobre la preocupación se dan a partir de la metapreocupación. La intolerancia de la incertidumbre contribuye a tener ideas erróneas sobre la preocupación, por ejemplo pueden creer que la preocupación protege a los demás, cuando en realidad ellos tienen dificultades con lidiar con la incertidumbre y la posibilidad de que algo les pase.

La pobre orientación para los problemas:

Esta característica se encuentra claramente asociada con el TAG. La pobre orientación para los problemas estaría dada por las operaciones de esquemas cognitivos y emocionales que describen cómo el sujeto piensa y se siente sobre el problema en sí mismo y sobre su capacidad para resolverlo, en este sentido, es un proceso metacognitivo. Las personas que presentan TAG saben qué es lo que hay que hacer para resolver sus problemas, pero tienen dificultades en la aplicación de sus habilidades para resolverlos debido a una pobre orientación del problema. La intolerancia a la incertidumbre contribuye en este sentido, ya que los pacientes con TAG luchan contra los elementos de incertidumbre o ambiguos de la situación problemática y del proceso de resolución, presentando así una pobre orientación frente al problema.

Evitación cognitiva:

La preocupación se basa primariamente en actividad semántica cognitiva, en un autohabla o monólogo interno, más que en imágenes mentales. Esta actividad aumenta cuando las personas con TAG se preocupan. La evitación de imágenes lleva a que disminuya la activación somática y en última instancia, interfiere en el procesamiento de las emociones. La evitación cognitiva, o de imágenes mentales, ocupa un papel importante en la preocupación. La intolerancia a la incertidumbre contribuye en este aspecto porque dada esta característica es más difícil tolerar las imágenes amenazantes de situaciones futuras (que son inciertas).

A partir de lo revisado, se puede concluir que si bien cada modelo enfatiza aspectos distintos del TAG para explicar su funcionamiento, en todos se repite algún tipo de círculo vicioso que lleva al mantenimiento y perpetuación del trastorno. En todos los modelos se puede observar la interacción de los componentes cognitivos, comportamentales y fisiológicos. Todos los modelos son formas válidas de entender al trastorno, sin embargo, conducirán a poner acentos distintos en el tratamiento (en la evitación cognitiva o somática, en

la intolerancia a la incertidumbre, en las creencias sobre la preocupación, entre otras). Se puede decir que se han ampliado las perspectivas de explicación de este trastorno, dentro de un marco teórico cognitivo, sentando una base para una comprensión mayor de la segunda parte de este trabajo.

Cuadro 3.1. Modelo general de ansiedad, conductual y modelos cognitivos explicativos del TAG

Autor/es	Año	Modelo	Énfasis del Modelo
Hoffman & Dibartolo	1997	Modelo general de ansiedad	Los componentes -cognitivos, -comportamentales- fisiológicos: interactúan
Wolpe	1958	Modelo Conductual de Inhibición Recíproca	-Descondicionamiento de la ansiedad
Beck et. al.	1985	Modelo Cognitivo de los trastornos de ansiedad	-Distorsiones cognitivas
Barlow	1988	Modelo Integrativo del TAG	-vulnerabilidad biológica -vulnerabilidad psicológica -rpta. de estrés -eventos negativos
Borkovec et. al.	1991	Modelo Cognitivo del TAG	-aumento de preocupación para la disminución de la activación somática
Rapee	1991	Modelo Cognitivo del procesamiento de información en el TAG	-recursos atencionales -memoria largo plazo -memoria de trabajo -auto esquemas
Krohne	1993	Modelo Cognitivo del TAG	-intolerancia a la incertidumbre -aumento de emoción
Wells	1999	Modelo Metacognitivo del TAG	-2 tipos y creencias sobre la preocupación
Dugas & Ladouceur	2000	Modelo Cognitivo del TAG	- Intolerancia a la incertidumbre.

Parte II

Capítulo 4: Tratamientos del Modelo Cognitivo para el TAG

“I fear nothing; I hope for nothing; I am free” Anónimo
[No temo nada; no espero nada; soy libre]

En el presente capítulo se hace una breve definición de las terapias cognitivas. Esto se hace con el fin de comprender en mayor medida el marco en el cual se insertan los modelos de tratamiento que son presentados a continuación de esta definición. Sin embargo, no se espera tener un desarrollo detallado de este marco ya que no hace a los fines de este trabajo. Si el lector quisiera, esta información puede ampliarla tomando las referencias que se utilizan en este capítulo. Por otro lado, se describe un modelo de tratamiento cognitivo para los trastornos de ansiedad en general, por ser aplicable al TAG y se desarrolla un tratamiento cognitivo puro, es decir del modelo cognitivo, para el trastorno de ansiedad generalizada. Todos los demás modelos de tratamiento encontrados son cognitivos – conductuales.

Dentro de las terapias cognitivas se encuentran: las terapias cognitivas (o reestructuración cognitiva), las cognitivas – comportamentales y las construccionistas (Caro Gabalda, 1997). Tanto la definición de las terapias cognitivas – comportamentales, como los distintos modelos de tratamiento cognitivos – conductuales se desarrollan en el siguiente capítulo. En cuanto a las terapias construccionistas, no son descriptas ya que no se toman en cuenta, en este trabajo, para el tratamiento del TAG.

Definición de la Terapia Cognitiva

Esta concepción implica que se llega a las emociones de la persona a través de sus cogniciones. El énfasis puesto en el pensamiento no debe descartar u oscurecer la importancia de las reacciones emocionales, las cuales son muchas veces la fuente del estrés. (Beck, 1979).

La **cognición** es la adquisición de conocimientos sobre el mundo, y el hecho de cotejar estos nuevos conocimientos con los ya existentes. En este proceso se ponen en juego la atención, la percepción, la memoria, la formación de esquemas internos e inconscientes.

Los esquemas adquiridos se encuentran en la memoria largo plazo y contienen un conjunto de creencias sobre el mundo, sobre ellos mismos y sobre el futuro. El organismo trata a los estímulos de acuerdo a los esquemas adquiridos. Éstos se activan a partir de emociones análogas del momento en que fueron registrados. Así los esquemas se van confirmando o modificando para acomodarse a la realidad. Los **esquemas cognitivos** son inconscientes y automáticos y rigen la mayor parte del comportamiento humano, permitiendo así abordar la problemática del inconsciente. Los **acontecimientos cognitivos** se registran en la memoria a corto plazo, son accesibles a su estudio por el propio individuo y se ubican en el preconscious (Cía, 1994).

La terapia cognitiva considera que los conceptos desadaptativos son la característica esencial de los trastornos psicológicos. Por lo tanto, corregir y abandonar estos conceptos es lo que llevaría a la mejoría de la sintomatología. Las **cogniciones distorsionadas** derivan de los supuestos o creencias desadaptativas, y paciente y terapeuta trabajan para identificarlas. Para que los sujetos realineen su pensamiento con la realidad, estas cogniciones y creencias se someten a un análisis lógico y a una comprobación empírica de la hipótesis. La terapia cognitiva es estructurada, tiene un límite de tiempo y se encuentra dirigida a cambiar las actividades del procesamiento de la información que sean defectuosas (Caro Gabalda, 1997).

En la terapia cognitiva, es básica la relación terapeuta paciente. Ésta debe ser genuinamente colaborativa. El paciente y el terapeuta deben llegar a un acuerdo en cuánto a cuál es el problema que hay que tratar, cuál es el objetivo de la terapia y cómo planean alcanzar ese objetivo. El consenso sobre la naturaleza y la duración del tratamiento es también importante. El terapeuta debe tener una postura neutral en cuánto a crear el clima necesario para animar al paciente a que cuente sus ideas distorsionadas (Beck, 1979).

Tratamientos cognitivos puros para el TAG

Se revisan dos tratamientos cognitivos. El primer tratamiento revisado es el de Beck y es para los trastornos de ansiedad en general. Se lo incluye por ser un modelo de tratamiento aplicable para el TAG y por la importancia que este modelo tuvo como base para otros modelos de tratamiento, para investigaciones y para modelos explicativos del TAG. El siguiente modelo puramente cognitivo explicado, es particular para el TAG. Todos los demás tratamientos encontrados para el TAG son cognitivos – conductuales.

Tratamiento cognitivo para los trastornos de ansiedad

Cía (1994) describe la terapia cognitiva de Beck. Esta terapia consta de diferentes pasos y etapas. Es un tratamiento breve, de cinco a veinte sesiones de una a dos horas por semana. Se intenta favorecer la auto-dependencia del sujeto.

• Aspectos generales

Las entrevistas iniciales son sobre las quejas actuales del sujeto. Para lograr un tratamiento exitoso es importante que el terapeuta conozca el modelo cognitivo de la ansiedad, y a su vez, que haga énfasis en la necesidad de que el paciente examine sus pensamientos y colabore con la terapia de manera activa. El terapeuta debe tener una actitud cálida, favorecer un buen rapport y una alianza terapéutica efectiva. El terapeuta no se ubica en un rol superior, sino que tiene una actitud próxima al paciente, igualitaria, en la cual se ofrece como modelo, y reconoce sus errores, favoreciendo la auto-observación y auto-corrección del paciente.

En la primera sesión el terapeuta le explica al paciente el modelo cognitivo del trastorno utilizando un pizarrón o diagramas sencillos. Diferencia así los síntomas cognitivos, conductuales, fisiológicos y emocionales. El terapeuta le enseña al paciente como los pensamientos automáticos exagerados conducen a un estado de ansiedad, y frente a esta apreciación equivocada la ansiedad se autoperpetúa. Esta explicación produce alivio muchas veces en el paciente, y la comprensión de que existen mecanismos internos que pueden ser corregidos.

En este tipo de terapia se usan procedimientos estandarizados:

- 1) Se establece una agenda para cada sesión. Junto con el paciente, se programan qué problemas específicos van a ser tratados en la sesión, se plantean las tareas para el hogar y se establecen prioridades en cuánto a las cosas para resolver.
- 2) Desarrollo de un plan específico para cada paciente. Dentro de este plan específico se tienen en cuenta distintos pasos. En primer lugar, brindarle alivio a sus síntomas. Luego, enseñarle a reconocer sus pensamientos automáticos distorsionados. Se entrena al paciente a que responda lógicamente, razonando y buscando comprobaciones empíricas. El último paso consiste en enseñarle al paciente a identificar y modificar las creencias irracionales que subyacen a sus preocupaciones más relevantes.

- **Resolución de problemas**

La terapia se focaliza en resolver los problemas presentes del paciente. Muchas veces el sujeto presenta quejas vagas e imprecisas, identificar y resolver los problemas implica distintos pasos. En primer lugar se trabaja sobre cuáles son los problemas y cuál es el significado que tienen para el paciente. Luego, para abordarlos se elige alguna técnica, táctica o estrategia. Se implementan los métodos comprobándose su efectividad. Así el paciente pone en práctica sus propios recursos autocurativos, ayudándolo por consecuencia a recuperar su confianza. Dado que, según este modelo la persona desarrolla el trastorno por el aprendizaje de maneras inadecuadas de manejar sus experiencias vitales, esta práctica orientada permitiría al sujeto aprender modos más efectivos de autoconducirse en la vida. Los pacientes se instruyen así para verificar y pensar sus problemas de una forma científica. El paciente va probando sus hipótesis, identificadas mediante el automonitoreo.

- **Reestructuración cognitiva**

La reestructuración de los pensamientos distorsionados es uno de los propósitos principales de la terapia cognitiva. Para esto, es importante que el paciente tome conciencia de los mismos, logrando mayor objetividad de las distintas situaciones.

Reconocimiento de los pensamientos automáticos: durante la sesión el terapeuta tiene que ser creativo para evocar en el paciente los pensamientos automáticos que tiene en su estado de ansiedad. Una técnica para esto puede ser escribir en un papel o en un pizarrón sus pensamientos más significativos, evocando a la vez los pensamientos menos obvios. Luego se puede hacer una jerarquía de los pensamientos más perturbadores a los menos. Otra forma es buscar distintas situaciones provocadoras de ansiedad para el paciente. También se pueden registrar los pensamientos automáticos en un diario, registrando la hora del día, la circunstancia en la que se presenta, el contenido y el grado de verosimilitud, anotándolo en porcentaje en el momento y nuevamente al final del día. Esto permite una distancia temporal que da lugar a que el porcentaje de credibilidad que se le atribuye al pensamiento disminuya.

Distorsiones del pensamiento: las distorsiones del pensamiento son las siguientes:

- abstracción selectiva: se ignoran los logros o experiencias positivas, se magnifican los aspectos negativos, anticipando fracasos futuros.
- Pensamiento polarizado: pensamiento de "todo o nada". Las cosas son blancas o negras, buenas o malas. Predominan las normas de "debería" consigo mismo y con los demás.
- Sobregeneralización: de un hecho puntual o parcial se extraen conclusiones generales. Por ejemplo le va mal en un examen y ya se denomina incapaz para estudiar.
- Visión catastrófica: se anticipan las peores consecuencias posibles.
- Razonamiento emocional: se le atribuye verosimilitud automática a lo que siente, rotulando los hechos.
- Siempre tienen la razón: el sujeto lucha constantemente para demostrar que no se equivoca y que sus opiniones y acciones son correctas.
- Autorreferencia: el sujeto cree que todo lo que los demás hacen es una forma de reacción hacia él. Se compara, también, continuamente con los demás.

Cambio de los pensamientos automáticos: el terapeuta debe cuestionar los pensamientos distorsionados del paciente, hasta que éste aprenda cuáles son y pueda cuestionarse por él mismo. Dentro de estas preguntas es importante tener en cuenta para preguntarle cuáles son las evidencias que tiene con respecto a su idea, qué lógica utiliza para llegar a ella, si sobresimplifica o generaliza, si sus pensamientos los confunde con hechos de la realidad, si las interpretaciones son alejadas de la realidad, si confunde su opinión de los hechos con los hechos mismos, si se tomaron ejemplos fuera de contexto, si se exagera, se racionaliza, se niega o se proyecta, si sus fuentes de información son confiables, si se puede reemplazar la certeza por términos de probabilidades, entre otras cosas. El terapeuta no debe contestar las preguntas por el paciente, debe ser claro, específico y concreto al realizarlas y tiene que respetar la privacidad y el timing del paciente.

- **Modificación de la imaginación**

Las fantasías del paciente muchas veces son acompañadas de imágenes visuales, cuyo contenido es parecido a sus cogniciones verbales, estas imágenes suelen preceder los pensamientos automáticos. En sesión las imágenes pueden pasar por distintos pasos:

Análisis y exploración de las imágenes espontáneas y las fantasías: estas imágenes y fantasías se exploran para evaluar las distorsiones cognitivas y las pautas disfuncionales del problema presentado.

Producir imágenes inducidas durante la sesión: a partir de diferentes preguntas el terapeuta orienta al paciente para que visualice alguna escena, la describa en detalle y reviva las emociones de la situación.

Modificación de las imágenes y fantasías: una vez que se identificaron las imágenes y las fantasías distorsionadas, éstas se modifican mediante diversas técnicas en sesión y luego el paciente las usa fuera de sesión. Algunas de estas técnicas son:

- detener la fantasía: el objetivo es que el paciente detenga las imágenes espontáneas distorsionadas, para esto puede concentrar su atención en las entradas sensoriales del medio, comprometerse en alguna actividad constructiva, utilizar técnicas distractivas.
- Repetición: consiste en que el paciente repita una y otra vez, de manera detallada, las fantasías. Al hacerlo las fantasías se van asemejando cada vez más con la realidad, logrando un cambio en la actitud del sujeto. Si esto último no sucede, igualmente la técnica es útil para disminuir la ansiedad.
- Proyección al futuro: el objetivo es que el sujeto gane distancia con respecto a los hechos. Para esto se le pide que se imagine después de una semana, meses, años con respecto al hecho.
- Usar imágenes o metáforas simbólicas: el sujeto puede imaginar aspectos deseables, cosas que le gustan hacer, o crear una imagen visual que, por ejemplo, represente la protección ante las agresiones del medio, por ejemplo imaginarse dentro de una cápsula aislante.
- Decatastrofización de la imagen: esta técnica se basa en que el sujeto se imagine el peor escenario posible y luego vaya evaluando las salidas a este. El paciente puede ver que no son tan terribles como las pensaba, y el terapeuta puede enfatizar la poca probabilidad de ocurrencia que estas fantasías tienen.

• Cambios en el área afectiva

Mediante la corrección de las distorsiones del pensamiento el sujeto aprende a reducir los sentimientos displacenteros. Para esto existen varias técnicas. Es importante que el paciente aprenda varias de ellas. Las técnicas son las siguientes:

- Aceptación de los propios sentimientos: esta técnica consiste en aprender a aceptar la realidad para poder afrontarla de manera efectiva. La aceptación de los propios sentimientos los vuelve manejables. Esta idea produce alivio en el paciente, el cual se dispone con expectativas más favorables para aprender técnicas de afrontamiento.
- Estrategias de acción: el empleo de estrategias de acción se basa en que el sujeto aprenda a convivir con la ansiedad, incrementando así la tolerancia a la misma. El sujeto debe intentar relajarse y continuar con la mayor cantidad posible de actividades, aunque le resulten imperfectas. Esto permite que la ansiedad disminuya. En terapia terapeuta y paciente pueden planificar las actividades diarias, otorgándole un sentido de control de su vida para el paciente. Es importante que en este plan se incluyan tareas interesantes y realizables, y que tengan flexibilidad para permitir imprevistos y que éstos no resulten frustrantes.
- Auto – observación: el desarrollo de esta técnica favorece la toma de distancia, y un yo observador que no se involucra tanto en lo subjetivo. La ansiedad surge de la anticipación de catástrofes y peligros futuros, por lo tanto, volver la atención al presente y la introspección brindan un sentido de autocontrol. En la terapia paciente y terapeuta van diseñando estrategias de auto observación. Una forma de alcanzar este objetivo es a través de las preguntas del cómo, porqué y para qué.
- Revisión emocional: esta técnica consiste en que el paciente, con los ojos cerrados, imagine la situación temida y relate como se siente. Son importantes las emociones asociadas a esta situación. El paciente tiene que relatar la situación varias veces y desde diferentes ángulos. El sujeto consigue no sólo alivio emocional sino también un distanciamiento de la situación enfrentando y aceptando su situación real.

• Cambios en el área comportamental

Los pacientes suelen emplear mecanismos protectores con el fin de disminuir su ansiedad. Por un lado, pueden evitar la situación temida y, por el otro, buscar fuentes de reaseguramiento. Un ejemplo de estos reaseguramientos sería preguntarle varias veces a un ser querido si dónde va es un lugar seguro. Cada paciente emplea distintos mecanismos protectivos, peculiares en cada sujeto. Es importante explicarle al paciente que estos mecanismos o la evitación de la situación tienden a mantener sus pensamientos distorsionados. Sin embargo, el aprendizaje del manejo de la ansiedad y de las situaciones temidas debe ser progresivo. Muchas veces los pacientes comprenden lo que deberían hacer pero no pueden llevarlo a la práctica, y no integran las nuevas ideas si implican un cambio en sus esquemas. Cuando esto sucede, es fundamental señalar la importancia de la acción, las cuales tienen más fuerza que las palabras, mostrarle al paciente la interrelación entre el pensar, el sentir y el hacer para poder cambiar la visión del mundo y enfatizar como siempre aprender implica una parte intelectual y otra práctica.

Existen distintos métodos para modificar el componente comportamental:

- recursos didácticos: el uso de grabaciones de audio, video, tareas escritas para el hogar, pizarrones, aumentan la eficacia de la terapia. El paciente aumenta su autoconocimiento y aceptación. Las grabaciones permiten repasar y rever los contenidos de la sesión, y se puede observar el comportamiento no verbal.
- Tareas intersesión: éstas son importantes para lograr un cambio, pero deben encararse con seriedad y responsabilidad. Debe existir un compromiso para cumplirlas y diseñarse de manera creativa entre paciente y terapeuta.
- Autoinstrucciones: mediante esta técnica el sujeto se repite frases representativas de algo trabajado en sesión. Por ejemplo: "Tengo que aceptar que estoy ansioso". Otro aspecto de esta técnica es que el paciente se imagine cómo desearía estar, ya que estas imágenes positivas generan expectativas positivas que facilitan el cambio.
- Role Playing o aprendizaje de roles: mediante ésta técnica el paciente es preparado para afrontar distintas situaciones estresantes.
- Ayuda de los otros significativos: la ayuda de pareja, familia, amigos es un muy buen recurso para que cumplan el rol de asistentes terapéuticos. La ayuda puede ser para que el sujeto cumpla las tareas, identifique sus pensamientos automáticos, o simplemente para que no interfieran o saboteen el tratamiento. Es importante señalarles a los familiares que ayude, que gradualmente el paciente debe hacerse cargo de su mejoría, y ellos deben dejarlo conducirla.

• **Reestructuración de las creencias irracionales**

Las creencias irracionales tienen como base generalmente tres grandes temas: la aceptación, la competencia y el control. La terapia cognitiva se focaliza en la modificación de las creencias subyacentes. Éstas surgen cuando se exploran los pensamientos automáticos del sujeto y manifiestan la cosmovisión que tiene del mundo. Cuando se enfrentan situaciones de distrés, algunas de estas creencias se activan y condicionan el comportamiento del sujeto, restringiendo el repertorio posible de respuestas.

Existen dos niveles distintos en la distorsión del pensamiento:

- 1) *Los pensamientos automáticos negativos*: estos pensamientos se presentan junto a imágenes negativas en momentos específicos en los cuales el sujeto presenta ansiedad o una perturbación emocional.
- 2) *Las creencias irracionales*: estas creencias son concepciones que se mantienen estables sobre el mundo y sobre sí mismos y llevan a interpretar ciertas situaciones en forma distorsionada. Se generan y mantienen por la matriz familiar y por experiencias personales a lo largo del desarrollo evolutivo. Muchas veces se mantienen en un estado de inmadurez. Estas creencias llevan a una forma rígida, automatizada, reiterada y fija de pensar, actuar y responder afectivamente al entorno. Se encuentran por lo general tan arraigadas que constituyen un estilo de vida. Muchas veces estas creencias equivocadas de uno mismo configuran el núcleo del problema, confirmándose y perpetuándose a partir de pensamientos negativos que retroalimentan estas creencias y las refuerzan. El sujeto no sale de este círculo vicioso, de posibilidades limitadas, estrecho pero ilusoriamente seguro.

Las técnicas para modificar o reestructurar las creencias irracionales son las mismas

que las que se utilizan para modificar los pensamientos automáticos (descriptas anteriormente). El cuadro 5.2. al final de este capítulo esquematiza el modelo descripto.

Tratamiento cognitivo para el TAG

Borkovec & Newman (1998) señalan las características de la terapia cognitiva para el TAG.

• **Sesiones iniciales**

En las primeras sesiones el terapeuta ayuda al paciente a identificar los disparadores internos asociados con su ansiedad y preocupación, incluyendo las imágenes y los pensamientos. También lo ayuda a que note los efectos inmediatos de sus cogniciones y que se de cuenta que su mente y cuerpo reaccionan a algo que no es presente ni que no existe en el presente o el aquí y ahora del paciente.

• **Diferentes métodos para el análisis lógico de los aspectos cognitivos.**

Ver los eventos cognitivos como hipótesis: Los pacientes son estimulados a que vean sus cogniciones como hipótesis, como predicciones que podrían pasar en el futuro, en lugar de verlos como hechos.

Estimación de probabilidades: Se les pide que estimen la probabilidad de que el resultado temido realmente suceda. Si el peligro no tiene probabilidad de suceder, entonces deben existir predicciones disponibles que sean más adecuadas. Si el peligro temido tiene alta probabilidad de que suceda, se le pide al paciente que estime qué bien lidiaría con la situación. Esta pregunta está asociada a que muchas veces se subestima la capacidad que uno tiene para lidiar con situaciones que se predicen como negativas. La

probabilidad de que algo suceda en el futuro es por lo general mejor estimada tomando en cuenta la frecuencia con la que sucedió en el pasado, se puede entonces examinar la historia personal del paciente. Otra forma de mostrar las probabilidades de que algo suceda es a través de las estadísticas disponibles sobre ciertas situaciones negativas.

Analizar el valor real de una perspectiva particular: se le pide al paciente que considere las ventajas y desventajas de su forma de ver las cosas, y examinar la evidencia para ver las cosas así. La mayoría de las veces, el paciente no encuentra muchas ventajas, y la ansiedad y preocupación que surge a partir de su perspectiva se vuelve obvia para el sujeto.

Aprender a observar el ambiente sobre la base de lo diario: el análisis lógico sobre si sus perspectivas son adecuadas o no son importantes, pero más lo es poder procesar completamente la nueva información que está disponible, y utilizar esta información para construir nuevos modelos sobre cómo realmente son las cosas. Los pacientes con TAG tienen dos tendencias características que suelen contrarrestar ese proceso. Se focalizan en ilusiones mentales del pasado o del futuro y le prestan una atención excesiva a los aspectos negativos de la información ambiental. Los terapeutas ayudan a los pacientes a ser más objetivos. Para ayudarlos con estas tendencias se utiliza la siguiente técnica.

Monitoreo diario del contenido de preocupación, de las predicciones que hacen y de los resultados reales: el monitoreo es fundamental, y debe ser complementado con la observación del resultado que eventualmente sucedió con lo que ellos predecían, o por lo que se preocupaban. Se les pide a los pacientes que revisen cuidadosamente cada uno de los resultados y que observen qué significa este resultado para el modelo que ellos tienen sobre cómo son las cosas. Mediante este método los sujetos van creando una nueva historia sobre los eventos, más objetiva, sobre la cual basar sus predicciones sobre el futuro y sobre las formas de verse a ellos mismos en el mundo.

Métodos de distanciamiento: dado que muchas de las ansiedades y las preocupaciones se relacionan con situaciones de evaluación social, estos métodos son inicialmente útiles. Se le pide a los clientes que analicen los pensamientos y predicciones de otra persona en lugar de los de ellos (de un amigo, de un extraño) Ese distanciamiento reduce la probabilidad de el miedo habitual o la respuesta evitativa del sujeto a ese material y le permite pensar más claramente y razonar de manera más adecuada.

Todo este análisis lógico lleva al paciente a generar perspectivas más adecuadas, sin embargo muchas veces informan que estas perspectivas no parecen tan reales como las pasadas, a pesar de que sean más lógicas. La preocupación contiene numerosas imágenes breves de situaciones negativas. Esta imaginación puede llevar a reacciones en el cuerpo similares, en tipo e intensidad, a las de la ocurrencia real de la situación. Cuanto más uno se imagina una catástrofe, lo más real se siente. Las imágenes sobre resultados positivos fueron menos frecuentes para estos sujetos, por lo tanto la sensación de que son reales es menos intenso.

• **Creencias centrales**

Si bien la terapia cognitiva comienza con pensamientos e imágenes específicas, el terapeuta y el cliente eventualmente identifican temas recurrentes y subyacentes que reflejan sus creencias centrales. La terapia cognitiva interviene entonces de manera similar, pero utilizando ahora las creencias centrales como blanco de la terapia.

Uno de los objetivos de la terapia cognitiva para los pacientes con TAG es el logro de mayor libertad e independencia con respecto a las opiniones de los demás, y la adquisición de reglas más flexibles para juzgarse a ellos mismos y a los demás.

Para lograr el primer objetivo, independizarse de las opiniones de los demás, los pacientes tienen que hacer un cambio gradual desde una perspectiva con foco en lo extrínseco hacia una intrínseca. Así el paciente tiene que aprender a centrar su atención sólo en el proceso de sus acciones y en sus experiencias, en lugar de estar atendiendo a los resultados. Utilizaría menos tiempo en generar cogniciones, que provocan ansiedad, sobre qué es lo que puede pasar y se centraría más en atender la forma y la calidad en la que se da su proceso de vida. Por ejemplo, una persona que está trabajando puede estar atento a las opiniones de los demás y que esto le provoque ansiedad, o atento a su trabajo y a hacerlo bien. El terapeuta puede ayudar al paciente a que identifique elementos específicos de una actividad o un rol que puedan ser placenteros.

Con el fin de facilitar un pensamiento flexible (segundo objetivo), es útil practicar primero generar múltiples perspectivas de temas neutrales en los cuáles las tendencias evitativas son menos intensas. Un ejemplo sería preguntarle: ¿De cuántas maneras podemos ver este lápiz? Este ensayo le permite observar al paciente que existen muchas formas de ver las cosas, y que se pueden crear para cualquier situación también varias maneras de verlas.

Cuando se evalúan situaciones que provocan ansiedad:

- 1) el primer paso es generar perspectivas posibles de todo tipo sin juzgar si son razonables o no.
- 2) Elegir una de estas perspectivas para aplicarla luego de haber examinado las ventajas y desventajas de cada perspectiva y juzgando si es adecuada de acuerdo a su lógica, su probabilidad y su evidencia.

Definir las creencias centrales: cuando las personas con TAG tienen que definir sus creencias centrales suelen usar palabras con gran impacto emocional, pero lo suficientemente vagas como para ser aplicadas a cualquier situación. Un ejemplo de esto sería una frase como: "Tengo que ser perfecto en todo o soy un fracaso". El terapeuta puede preguntarle por el significado y la realidad de cada una de las palabras. Por otro lado, también pueden alentar al paciente a que expresen con otras palabras sus creencias centrales, de manera que sean más específicas. Por ejemplo en vez de pensar "tengo que ser el mejor en todo" pensar "elijo ser lo mejor que puedo en esto". Esta frase es más específica, evita la comparación social, se focaliza en la auto competencia y en el proceso de hacer algo, en lugar de centralizarse en el resultado e implica una elección.

Este enfoque no pretende que el sujeto vea todo con anteojos de color de rosa, sino que vea con los "anteojos limpios". Una vez que los pacientes pueden emplear cogniciones más adaptativas con éxito en su vida diaria pueden pasar al siguiente paso.

• **Vivir libres de expectativa**

Si bien planear y anticipar muchas veces son procesos necesarios, las expectativas la mayoría de las veces, no lo son. Las expectativas pueden distorsionar el procesamiento de la información, influenciar lo que se evoca a través de la memoria, crear estados de humor negativos durante el momento de anticipación del hecho si sus contenidos implican predicciones negativas y al fin y al cabo, nunca pueden anticipar totalmente cómo van a ser las cosas.

Los terapeutas deben ayudar a los pacientes a encontrar bajo qué circunstancias es bueno procesar la información del mundo tal como llega, confiando en las propias habilidades para lidiar con lo que surja.

La vida interna de las personas con TAG ronda sobre el miedo a que pasen cosas malas. La definición de "malo" de una manera más realista puede ayudar. Ciertamente, uno necesita evaluar y reaccionar a las situaciones de acuerdo a nuestros juicios sobre los que es malo, o lo que es bueno. Sin embargo, las situaciones tienen características de relatividad, y no cualidades absolutas. Por ejemplo, algo malo como podría ser que se rompa un auto, puede conducir a algo bueno, si no se hubiera roto el auto la persona no buscaría un trabajo mejor para poder comprarse otro. Por supuesto, esto no significa que uno busque cosas malas porque pueden llevar a cosas buenas, pero cuando algo malo, o bueno, sucede es importante poder ver que se abren nuevas decisiones y oportunidades. Nada es absolutamente malo, o bueno.

• **Conclusión**

Si bien la terapia cognitiva puede verse como muy sistemática, proponiendo paso por paso para cambiar las cogniciones, no hace falta seguir rígidamente estos pasos. Por el contrario, el objetivo final de esta terapia es crear un proceso diseñado para soltar la rigidez del paciente, sus modos habituales de pensar y generar de forma gradual un pensamiento más flexible. La rigidez en este proceso puede llevar a discusiones, a la frustración del terapeuta y del paciente y a una ruptura en la alianza terapeuta, lo cual no favorecerá el resultado de la terapia. El cuadro 5.3. al final de este capítulo esquematiza el modelo descripto.

En síntesis, en este capítulo se conocieron los principios fundamentales de la terapia cognitiva, pudiéndose adentrar con mayor conocimiento a los modelos de tratamiento cognitivo, logrando así una mayor comprensión de las técnicas y los procedimientos utilizados, como también de los resultados buscados.

Se puede decir que se describieron dos modelos cognitivos en detalle (uno para los trastornos de ansiedad en general y otro específico para el TAG), lo cual permite un acercamiento a la práctica clínica y una comprensión mayor de los métodos y técnicas disponibles para ayudar a las personas que padecen el trastorno de ansiedad generalizada. La modificación de los pensamientos automáticos y las creencias irracionales son aspectos centrales del tratamiento propuesto por ambos modelos. El primer modelo de Beck descrito por Cía (1994) toma en cuenta también la resolución de problemas, la modificación de la imaginación y las fantasías y los cambios a nivel comportamental y afectivo. Ambos modelos muestran un proceso completo para tratar a las personas con TAG, el cuál puede y debe adaptarse a cada paciente. A continuación se presentan dos cuadros para esquematizar cada uno de los modelos analizados (cuadro 5.2. y 5.3.)

Cuadro 5.2. Modelo Cognitivo de Beck descrito por Cía (1994)

<ul style="list-style-type: none">† Aspectos generales<ul style="list-style-type: none">a) quejas del pacienteb) presentación del modelo cognitivo de ansiedadc) examinar los pensamientosd) agenda para cada sesióne) plan específico para cada paciente. † Resolución de problemas<ul style="list-style-type: none">a) identificación del problemab) elección de técnicac) comprobación del métodod) práctica † Reestructuración cognitiva<ul style="list-style-type: none">a) reconocimiento de los pensamientos automáticosb) distorsiones del pensamiento:<ul style="list-style-type: none">1. abstracción selectiva2. pensamiento polarizado3. sobregeneralización4. visión catastrófica5. razonamiento emocional6. siempre dueño de la razón7. autorreferenciac) cambios de pensamientos automáticos † Modificación de la imaginería<ul style="list-style-type: none">a) análisis y exploración de las imágenes espontáneasb) producir imágenes inducidas durante la sesiónc) modificación de las imágenes y fantasías<ul style="list-style-type: none">1. detener las fantasías2. repetición3. proyección al futuro4. usar imágenes o metáforas simbólicas5. decatastrofización † Cambios en el área afectiva<ul style="list-style-type: none">a) aceptación de los propios sentimientosb) estrategias de acciónd) auto-observaciónd) revisión emocional † Cambios en el área comportamental<ul style="list-style-type: none">a) métodos para modificar el comportamiento:<ul style="list-style-type: none">1. recursos didácticos2. tareas Inter- sesión3. autoinstrucciones4. role playing5. ayuda de los otros significativos † Reestructuración de las creencias irracionales<ul style="list-style-type: none">a) distorsión del pensamiento:<ul style="list-style-type: none">1. pensamientos automáticos negativos2. creencias irracionales

Cuadro 5.3. Modelo Cognitivo de Borkovec & Newman (1998)

<ul style="list-style-type: none"> † Sesiones iniciales † Métodos para el análisis lógico de los aspectos cognitivos <ul style="list-style-type: none"> a) ver eventos cognitivos como hipótesis b) estimación de probabilidades c) análisis del valor real de una perspectiva d) aprender a observar el ambiente sobre la base de lo cotidiano e) monitoreo f) métodos de distanciamiento † Creencias centrales <ul style="list-style-type: none"> a) independizarse de las opiniones de los demás b) facilitar el pensamiento flexible c) evaluar situaciones que provocan ansiedad d) definir las creencias centrales † Vivir libres de expectativas Conclusión

Capítulo 5: Tratamientos del Modelo Cognitivo – Conductual para el TAG

Se incluye en este capítulo una breve definición de las terapias cognitivas – conductuales, de manera de comprender el marco en el que se insertan los modelos de tratamiento que se describen a continuación. Por otro lado, antes de desarrollar los modelos de tratamiento cognitivo – conductual para el TAG específicamente, se describen dos modelos de tratamiento cognitivos – conductuales generales para los trastornos de ansiedad, y por lo tanto perfectamente aplicables al TAG. Si bien no se hizo una revisión específica sobre los modelos cognitivos - conductuales para los trastornos de ansiedad en general, se cree útil mostrar algún ejemplo no sólo para observar distintos modelos, sino para ver cómo éstos se toman en forma global y pueden ser aplicados a diversos trastornos de ansiedad.

En este capítulo se describen ocho modelos de tratamientos cognitivos – conductuales para el trastorno de ansiedad generalizada. Estos modelos van desde el año 1992 a la actualidad (2001). Los modelos son organizados de acuerdo a los autores que lo proponen y al año en que lo hacen. Se muestran distintos modelos que priorizan distintos aspectos del trastorno a la hora de tratarlo. Algunos de los modelos de tratamiento para el TAG que se describen surgen a partir de investigaciones, otros toman en cuenta los modelos explicativos del TAG ya expuestos anteriormente, y otros muestran simplemente un paquete o un modelo de tratamiento posible para este trastorno.

Si bien todos los modelos de tratamiento cognitivos – conductuales descriptos en este capítulo son para terapia individual, se incluye un modelo de tratamiento cognitivo – conductual combinado con un programa de computadora palmtop, en el cuál las sesiones son grupales.

Definición de las Terapias Cognitivo – Conductuales

La noción central de las terapias cognitivas – conductuales es que los comportamientos y emociones se encuentran fuertemente influenciadas y moderadas por las cogniciones. La percepción, las expectativas y las interpretaciones de las situaciones dan lugar a las distintas emociones. La terapia cognitivo – conductual no está sólo limitada a la modificación de las emociones sino que la emoción y el comportamiento son de igual importancia (Hofmann & DiBartolo, 1997)

Esta terapia cuenta con una base científica. Se fundamenta en las teorías del aprendizaje y en los modelos cognitivos, basados en el paradigma del procesamiento de la información. Cuenta con intervenciones pautadas, lo que permite evaluar su eficacia. La terapia cognitivo – conductual cubre el vacío que existe entre las terapias psicodinámicas y las puramente conductistas.

La terapia cognitivo – conductual tiene como objetivo que el individuo aprenda nuevas secuencias comportamentales que sean funcionales y que resulten incompatibles con la continuidad del trastorno que padece. Este aprendizaje debe ser asimilado dentro de la personalidad, como nuevos recursos a los cuales apelar (Cía, 1994). El desarrollo de formas específicas de comportamiento conducirán al sujeto a cambios generales en la forma de percibir el mundo y a ellos mismos (Hofmann & DiBartolo, 1997).

El paciente, a partir de esta terapia, recupera la posibilidad de elegir entre diferentes opciones de afron-

tamiento (Cía, 1994). El proceso se da en un marco colaborativo entre terapeuta y paciente, en el cual la información es compartida (Tarrier, 2002) El paciente debe sentirse protagonista de su cambio y un participante activo de su mejoría, esto permite realzar su autoestima, ya que se percibe como capaz de generar afrontamientos y resultados exitosos. El sujeto debe poder practicar las habilidades adquiridas en diversos contextos, y observarlas también en otras personas para modelar respuestas eficaces (Cía, 1994).

Cía (1994) propone que un tratamiento cognitivo – conductual tiene que incluir:

- a) **Enfoque educacional:** el paciente tiene que tomar conciencia de sus esquemas.
- b) **Análisis de las conductas disfuncionales:** debe hacerse un análisis funcional de cómo se desencadenaron y se mantuvieron sus conductas inadaptadas. Se analiza también qué consecuencias produjeron en su entorno social, las modificaciones en sus relaciones de pareja y con sus familiares.
- c) **Movilización de los vínculos:** frecuentemente existen problemas con el eje de dependencia - autonomía y de una complementación de las carencias del sujeto por algún familiar. Los vínculos van a modificarse a partir del progreso en la terapia, pero su movilización debe ser prudencial, y progresiva, de manera de prevenir consecuencias disruptivas.

Tratamientos Cognitivos – Comportamentales para el TAG

Se incluyen distintos modelos de tratamientos cognitivos – conductuales para el TAG, ordenados de acuerdo a los autores que proponen el modelo y el año de la publicación. Sin embargo, antes de esta revisión se incluyen dos modelos de tratamiento cognitivo – conductual generales para los trastornos de ansiedad, ya que son perfectamente aplicables al TAG.

Tratamientos cognitivos – conductuales para los trastornos de ansiedad

• Hofmann & DiBartolo – 1997

Estos autores dividen el proceso terapéutico cognitivo – conductual para los trastornos de ansiedad en seis pasos:

1) Establecer una buena relación terapéutica

Es importante que surja una relación positiva a partir de una relación colaborativa. Los terapeutas deben ser cálidos y honestos. Los pacientes son considerados como expertos en lidiar con sus problemas. El rol del terapeuta al comienzo es muy activo, debido a la psicoeducación que debe hacer.

2) Focalización del problema

Es importante fijar objetivos y los medios necesarios que harán falta para alcanzarlos. Es importante en esta etapa evaluar las creencias distorsionadas y el problema principal del paciente. La formulación clara del problema y del tratamiento tienen lugar en esta etapa.

3) Identificación de los pensamientos irracionales

Una vez que saben cuál es el problema y el objetivo, los pacientes deben concientizarse de sus pensamientos. El auto monitoreo es una forma de lograr esto.

4) Desafiar los pensamientos irracionales:

Los pacientes deben tratar sus pensamientos como hipótesis, poniéndose en el lugar de observadores, en lugar de víctimas de su ansiedad. Se desafían estos pensamientos a través del Método Socrático, debatiendo los pros y las contras de una asunción. Esto se puede hacer usando información pasada de la experiencia del sujeto, mostrándole información más correcta, reevaluando el resultado de una situación o dándoles a los pacientes la oportunidad de desafiar sus hipótesis a través de la exposición. Otra forma de desafiar estos pensamientos es viendo la sobreestimación de las probabilidades que el paciente hace de que lo temido suceda. Es importante identificar la cadena de pensamientos e imágenes que provocan ansiedad para llegar a los pensamientos catastróficos. Debe llegar a identificarse el peor escenario imaginado y, una vez hecho esto, evaluar la severidad real de la posible consecuencia. El terapeuta debe comunicar al paciente dos mensajes esenciales: a) que las consecuencias específicas de que lo temido suceda es improbable, y b) que la ansiedad y sus efectos son de tiempo limitado y manejables. Para cada pensamiento ansioso deben hacerse estas dos preguntas. Es fundamental que los pacientes comiencen a practicar las técnicas cognitivas – conductuales.

5) Poner a prueba la validez

Una vez que los pensamientos irracionales son identificados y desafiados, los pacientes tienen que poner sus viejas creencias a prueba. Al exponerse a situaciones que les provocan ansiedad, los sujetos tienen la oportunidad de examinar la validez de sus asunciones. En un comienzo estos ejercicios deben hacerse en el ambiente más controlado y seguro de la terapia, para luego hacerlos fuera de sesión.

6) Sustitución de los pensamientos irracionales por los pensamientos racionales:

Este es uno de los pasos más difíciles de la terapia. Los pacientes deben preguntarse qué otras alternativas tienen para interpretar un suceso, o cómo otros lo interpretarían. Los pacientes pueden a partir de una

práctica repetida, pasar de ser víctimas pasivas de la ansiedad a ser observadores activos. Los pensamientos automáticos son resistentes al cambio, esto es normal y esperable.

• **Craske & Pontillo – 2001**

Los autores afirman que el blanco más común de las terapias cognitivo – comportamentales son los juicios, es decir las distorsiones perceptivas de riesgo y amenaza, y las creencias centrales a las cuáles la tendencia de la memoria y de la atención están ligadas. La asunción es que si se cambian estos juicios, la atención y la memoria se van a corregir.

Para los trastornos de ansiedad, los autores señalan que existen **tres grandes categorías para cambiar los juicios de riesgo o amenaza**. Estas categorías son:

1) **Psicoeducación sobre las tendencias cognitivas y las distorsiones**

Es fundamental entender como los errores cognitivos son inherentes al estado de ansiedad, y como pueden contribuir a una construcción errónea sobre la amenaza, generando distrés. Esto contribuye a una nueva metacognición de los patrones de ansiedad. Dentro de la información proporcionada por la psicoeducación se incluyen los errores comunes en el pensamiento ansioso, la explicación de cómo las tendencias cognitivas son automáticas lo cual permite entender estados de ansiedad que al paciente le resultan inexplicables. Esto le permite observar sus propias tendencias cognitivas y estar más dispuesto a buscar alternativas de sus juicios.

2) **Identificación de los propios errores en los juicios**

Las tendencias atencionales y de expectativas aumentan la frecuencia de la amenaza en el ambiente. Por esta razón, es importante un adecuado automonitoreo, que le permitirá al paciente tener una visión más adecuada a la realidad. Con el fin de identificar los propios errores en los juicios que el sujeto hace, el paciente puede mantener un registro, escrito o no, de sus pensamientos automáticos y de sus estados de ansiedad.

3) **Colección de datos, y búsqueda empírica para desafiar los errores y generar juicios más realistas**

Una vez identificadas las tendencias cognitivas del sujeto, éstas se desafían haciendo al paciente actuar como empirista, coleccionando todas las evidencias disponibles para evaluar sus juicios en una situación dada. Con la práctica, las personas aprenden a ser más conscientes de su proceso de filtro, y comienzan a tener en cuenta información del ambiente que antes la hubieran pasado por alto por no ser sobresalientemente amenazante. Este análisis lógico y empirista se da por considerar el riesgo real que existe, la evidencia que fue ignorada, los datos históricos sobre el hecho, explicaciones alternativas y la exposición directa a la situación que provoca ansiedad.

A continuación se presentan dos cuadros que esquematizan la información del modelo propuesto por Hoffman & DiBartolo (cuadro 5.1) y del modelo propuesto por Craske & Pontillo (Cuadro 5.2)

Cuadro 5.1. Modelo de tratamiento cognitivo – conductual para los trastornos de ansiedad propuesto por Hoffman & Dibartolo (1997)

Seis pasos del proceso terapéutico:

- † Establecer una buena relación terapéutica
- † Focalización del problema
- † Identificación de los pensamientos
- † Desafiar los pensamientos irracionales
- † Poner a prueba la validez
- † Sustitución de los pensamientos irracionales por los racionales

Cuadro 5.2. Modelo de tratamiento cognitivo – conductual para los trastornos de ansiedad propuesto por Craske & Pontillo (2001)**Categorías para cambiar los juicios de riesgo y amenaza:**

- † Psicoeducación sobre las tendencias cognitivas y las distorsiones
- † Identificación de los errores del juicio
- † Colección de datos, búsqueda empírica para desafiar los errores y generar juicios más realistas

Tratamientos cognitivos – conductuales para el TAG**• Costello & Borkovec – 1992**

El paquete de tratamiento expuesto por estos autores es aplicado a un caso. En este trabajo se abstraen las generalidades del tratamiento que proponen, dejando de lado el caso particular.

El paquete de tratamiento para el TAG incluye doce sesiones individuales, dos veces por semana, y con dos sesiones espaciadas el último mes. El modelo conceptual subyacente a este paquete pone el acento en la importancia de terminar rápido las cadenas de respuestas de ansiedad, especialmente los pensamientos de preocupación, para prevenir un mayor reforzamiento de las cadenas asociativas de ansiedad en la memoria. Por otro lado, enfatiza la necesidad de ensayar múltiples respuestas para lidiar con la ansiedad incipiente en la imaginación y en la vida cotidiana.

El paquete terapéutico es un tratamiento multimodal que incluye: el auto – monitoreo, especialmente aprendiendo a detectar las pistas tempranas del aumento de la ansiedad; el entrenamiento en la relajación aplicada y progresiva; la desensibilización auto – controlada; y un programa de preocupación, a partir del cual los pacientes posponen la preocupación a un período establecido más tarde en el día de 30 minutos. En este período el paciente tiene que dedicarse a la resolución de sus problemas y hacer ejercicios cognitivos dirigidos a contener la preocupación.

Auto – monitoreo

El automonitoreo permite detectar la ansiedad. A partir de éste se reconocen las cogniciones desadaptativas, para poder luego desafiarlas y sustituirlas por auto declaraciones más útiles. Se le pide al paciente que haga un autocontrol cada una hora, cada vez que cambia de actividad o cada vez que note signos fisiológicos o cognitivos de ansiedad, y que practique entonces “dejar ir” esas respuestas. Muchas veces cuando el paciente empieza a identificar y modificar sus auto declaraciones y empieza a usar las técnicas frente a las pistas de ansiedad incipiente, comienza sólo a buscar situaciones estresantes para practicar técnicas para lidiar con la situación.

Es esencial una relación abierta y cooperativa con el terapeuta, de manera que éste pueda tener acceso a lo que le sucede al paciente.

Relajación aplicada

Se utilizan tanto la relajación aplicada como la progresiva. La relajación progresiva comienza con el entrenamiento sobre el procedimiento de dieciséis grupos de músculos, poniendo el acento en que el paciente reconozca la diferencia entre la tensión o la relajación del grupo muscular. A medida que la terapia avanza, esta relajación se abrevia a siete grupos de músculos y luego a cuatro grupos generales. Luego de que el paciente puede relajarse, tensionar y volver a relajar los músculos, el último paso consiste en que cuente de uno a diez, y que con cada número logre relajarse más. Durante el entrenamiento, el terapeuta va enfatizando que esté consciente de las sensaciones de la relajación, que deje ir la tensión, que la respiración sea lenta, rítmica y que disfrute las sensaciones placenteras resultantes. Muchas veces la respiración diafragmática y la imaginación positiva pueden practicarse como una forma rápida de lograr una respuesta de relajación aplicada.

Durante el tratamiento, se alienta al paciente a que practique la relajación aplicada. A partir del automonitoreo el paciente reconoce los signos incipientes de ansiedad y cuando lo hace, debe tomarse un tiempo para relajarse y dejar ir la tensión. La relajación aplicada debe ser practicada fuera de sesión, pero si el terapeuta detecta en el paciente signos de tensión durante la sesión le puede instruir que se relaje en el

momento. Las metáforas pueden ayudar para la relajación, por ejemplo pensar que es algo sucio que se va limpiando. Mientras que el paciente practica la relajación aplicada en su vida cotidiana, en terapia se trabaja con la identificación de las situaciones que causan ansiedad. Cuando el paciente busca por él mismo situaciones estresantes para practicar la relajación y se da cuenta que puede lograrlo, adquiere una sensación de auto control.

Elementos de la terapia cognitiva

Las situaciones estresantes permiten, además de practicar la relajación aplicada, identificar las creencias cognitivas subyacentes. Las técnicas cognitivas para modificar las cogniciones desadaptativas son el automonitoreo de pensamientos automáticos, la decatastrofización, el análisis lógico y buscar interpretaciones alternativas. En las sesiones terapéuticas se usa el método socrático. La decatastrofización es una técnica particularmente útil ya que los sujetos con TAG anticipan constantemente desastres futuros. El imaginarse el peor resultado posible de una situación, qué probabilidades tiene de que ocurran, cuán grave puede ser el daño y cómo podría lidiar con él, es parte de esta técnica que sirve para los pacientes con TAG. A partir del método socrático los pacientes suelen comenzar a ver que sus creencias no tienen base de evidencia y que sólo interfieren con su funcionamiento creándoles ansiedad, cambiándolas así por auto declaraciones más adaptativas que luego se incluyen en su auto - habla.

Programa de preocupación

Este programa se basa en que cuando el sujeto reconoce una preocupación tiene que dejarla ir a través de técnicas de relajación y auto declaraciones. Si no obtenía éxito con estos métodos o la preocupación volvía, entonces debía posponer la preocupación hasta el momento de su tiempo de preocupación. Cada día el paciente tiene que separar no más de media hora para el programa de preocupación, preferiblemente la misma hora y lugar todos los días para poder discriminar el control de la actividad de preocuparse.

Durante este tiempo de preocupación el paciente tiene que dividir sus preocupaciones en dos grupos: las que son susceptibles de ser ayudadas por técnicas de resolución de problemas y las que no. Una parte de este tiempo se usa entonces en el desarrollo de estrategias realistas para lidiar con las preocupaciones que pueden ser eliminadas por la resolución del problema. Otra parte del tiempo de preocupación se usa para desarrollar auto declaraciones más adaptativas para aquellas preocupaciones que no son susceptibles de ser solucionadas.

Desensibilización auto-controlada

La desensibilización auto-controlada se presenta cada escena con el terapeuta, que en un principio trata de provocar la ansiedad mediante la elaboración de los disparadores de ansiedad. Las escenas ansiógenas tienen tres componentes: la situación, los síntomas fisiológicos de ansiedad que se presentan en la situación y las cogniciones negativas características en esa situación. Una vez que el paciente señala que tiene ansiedad, el terapeuta comienza a decirle frases para que se relaje, mientras el paciente continúa imaginándose la escena como si realmente estuviera ahí. Quedándose en esa imagen, el sujeto se imagina que deja ir la ansiedad mediante el uso de la relajación o de las autodeclaraciones para lidiar con la situación. Una vez que la ansiedad se elimina, el paciente continúa imaginándose que está en un estado de relajación en la situación, usando aún las técnicas para afrontar esto. A lo largo del uso de esta técnica, el terapeuta toma situaciones y pistas de ansiedad de manera flexible, de una jerarquía de las situaciones que le provocan distintos niveles de ansiedad, que van de moderadamente ansiógenas a la provocación de un alto nivel de ansiedad. Es de esta manera que el sujeto tiene una exposición repetida y una práctica en responder de manera distinta a todo un espectro de disparadores de la ansiedad. Todas las escenas son presentadas hasta que existe evidencia de que el sujeto puede lidiar con ella, esto se observa a partir de que el sujeto necesita más tiempo de imaginación para provocar la ansiedad y menos tiempo para eliminarla.

El terapeuta

El terapeuta enfrenta desafíos al trabajar con pacientes con TAG. Debe lograr un buen equilibrio en los componentes terapéuticos que incluye para realizar un tratamiento individualizado para el paciente; reconocer los signos de relajación o ansiedad inducida con elecciones flexibles sobre los tipos de estrategias de relajación; asegurarse que el sujeto cumpla con esta terapia altamente estructurada y con las tareas para la casa asignadas; enseñarle al paciente que se relaje mentalmente y físicamente y ayudarlo a utilizar estas habilidades en las situaciones de la vida real.

A continuación el cuadro 5.3 esquematiza las etapas del modelo de tratamiento cognitivo – conductual para el TAG propuesto por los autores

Cuadro 5.3. Modelo de tratamiento cognitivo – conductual para el TAG propuesto por Costello y Borkovec (1992)**Tratamiento multimodal que incluye:**

- † Automonitoreo
- † Relajación aplicada
- † Elementos de la terapia cognitiva
- † Programa de preocupación
- † Desensibilización autocontrolada
- † Desafíos que enfrenta el terapeuta

• Borkovec & Newman – 1998

Estos autores realizan una descripción de los elementos de la terapia cognitiva – conductual que se usan más frecuentemente en los ensayos clínicos para el TAG.

Automonitoreo y la detección temprana de disparadores

El objetivo de esta técnica es que el sujeto establezca un hábito de reconocimiento de la ansiedad incipiente y que intervenga en el momento con las respuestas para hacerle frente que haya aprendido hasta ese momento.

Esta técnica se basa en que el sujeto pueda identificar lo que da pie a disparar la ansiedad y la preocupación, teniendo en cuenta las pistas del ambiente pero más importante, detectando los aspectos internos que provocan ansiedad y preocupación. Estos aspectos internos incluyen la atención, los pensamientos, las imágenes, las sensaciones corporales (especialmente la tensión muscular), las emociones y los comportamientos.

La ansiedad es el resultado de un proceso en incremento que se desarrolla a partir de cada disparador interno, que a su vez, dispara otro disparador u otro pie para la ansiedad, en el esfuerzo de responder a la amenaza percibida. Por ejemplo: un pensamiento dispara una emoción, esa emoción dispara otro pensamiento el cual dispara tensión muscular, lo cual lleva a un proceso espiralado que conduce a la ansiedad. Por lo tanto, el problema no está tanto en la reacción a la situación, sino en las reacciones a esta reacción, que se convierten en hábitos y se refuerzan cada vez que se permite que toda la secuencia ocurra. En terapia, se enfatiza entonces la detección temprana de los cambios internos que se producen en dirección a provocar ansiedad.

¿Qué se hace para detectar la ansiedad incipiente? Una posibilidad es preguntarles a los pacientes que describan qué es lo que piensan, hacen, se imaginan, a qué prestan atención y que sienten a nivel somático y emocional en una situación de ansiedad típica. El uso de la imaginación sobre situaciones pasadas o futuras que provoquen ansiedad permite una identificación más adecuada sobre los contenidos internos y la secuencia de la experiencia ansiosa. El uso de una imagen repetido puede ayudar al paciente a que preste atención a cada sistema y detecte disparadores relevantes en cada uno. Esto permite un automonitoreo en sesión que luego deben practicar fuera de sesión. Otro aspecto importante es pedirle al paciente que, en silencio o en voz alta, se preocupe sobre algún típico tema, lo cual le permite al paciente observar y describir este proceso de manera más objetiva, y al terapeuta, le da pistas sobre la naturaleza y los contenidos de la preocupación del paciente. El terapeuta cuando detecta algún cambio afectivo en el paciente, le pide inmediatamente que describa qué está ocurriendo, funcionando así como detector temprano de la ansiedad incipiente y facilitando que el sujeto reconozca los disparadores.

Se alienta a los pacientes a que practiquen el automonitoreo en su vida cotidiana entre sesiones. Para que recuerde hacerlo el terapeuta establece distintos recordatorios en el ambiente del sujeto (por ej. Chequear cada media hora, cada vez que cambia de actividad, ponerse cartelitos)

El automonitoreo no debe ser sólo focalizado en detectar la ansiedad. La preocupación en las personas con TAG está asociada con otras experiencias emocionales importantes como la frustración, la depresión, el enojo. Aprender a detectar las pistas incipientes de estas emociones, y distinguirlas de las de la ansiedad, facilita la aplicación y el manejo de las intervenciones que mejor se adaptan a ellas y puede llevar a la identificación del rol funcional que ocupan como un punto de inicio o una consecuencia del proceso de ansiedad espiralado.

Métodos de control de los estímulos

El objetivo de esta técnica es que los sujetos reduzcan el tiempo que ocupan en preocuparse. Un cierto grado de control de estímulos ayuda al poco control discriminativo característico del proceso de preocupación.

Con cinco instrucciones el paciente puede lograr cierto grado de control de estímulos:

- 1) Establecer un período de treinta minutos de preocupación, a la misma hora y mismo lugar cada día.
- 2) Aprender a detectar la preocupación cada vez más tempranamente, con el objetivo de finalmente identificar su inicio.
- 3) Apenas se detecta, posponerla al período de preocupación establecido.
- 4) Después de posponer la preocupación, que focalice su atención en el ambiente presente o la tarea que se encuentra realizando.
- 5) Usar el período de preocupación para preocuparse intensamente, o luego en terapia emplear algunas de las estrategias de la terapia cognitiva para eliminar la fuente de preocupación.

La experiencia clínica sugiere que este simple método provee un principio de alivio bastante rápido.

Métodos de relajación

Los procesos fisiológicos del TAG se caracterizan por la inflexibilidad autonómica. El entrenamiento en múltiples métodos de relajación es deseable para una aplicación flexible de los métodos y para un refuerzo del tono parasimpático. Al existir varias posibilidades de respuesta disponibles resulta más fácil encontrar un método efectivo y los pacientes desarrollan un mayor sentido de elección y de flexibilidad. Uno de los objetivos de la relajación y su aplicación para los pacientes con TAG es que aumenten la cantidad de tiempo concentrándose en el momento presente en lugar de concentrarse en pensamientos e imágenes sobre el pasado o el futuro que les provocan ansiedad. Cuando los pacientes logran ciertos efectos de relajación, se los alienta para que noten qué emerge de este estado de tranquilidad. Los pacientes deben encontrar los beneficios de la relajación

Los métodos de relajación pueden incluir: la respiración diafragmática pausada, la relajación muscular progresiva, la imaginación guiada, la meditación, y la práctica diaria de la relajación aplicada.

Respiración diafragmática pausada: este método produce una respuesta de relajación rápida con poco entrenamiento y puede ser inmediatamente utilizada en la vida cotidiana. El terapeuta hace que el paciente practique la respiración rápida, profunda y torácica (provoca una respuesta simpática), y que practique la respiración diafragmática pausada (provocando una respuesta del sistema parasimpático). Los pacientes aprenden así que la forma en que respiran afecta cómo se sienten y que pueden experimentar cierto control inmediato de los estados fisiológicos y psicológicos simplemente con controlar la respiración. Las instrucciones se basan en indicarle que cambie la respiración del pecho hacia el estómago, que deje que su diafragma suba y caiga sin mover el pecho. También se le pide que respire más lento, sin que le resulte incómodo o displacentero. Cada vez que sienten que la respiración es torácica tienen que pasar a la respiración diafragmática. Esta técnica puede usarse cuando se detectan signos de ansiedad tempranamente, como un método inicial para controlar la ansiedad espiralada. Se puede aplicar también en sesión, aplicándose a situaciones en la cual el terapeuta detecta ansiedad en el paciente.

Relajación muscular progresiva: incluye la tensión y relajación de varios grupos de músculos del cuerpo. Este ejercicio provoca un estiramiento de las fibras musculares que lleva directamente a una relajación muscular, e indirectamente a una reducción de la actividad simpática. Los pacientes practican este método dos veces por día para profundizar su respuesta de relajación y para reforzar su habilidad de aplicarla cotidianamente. Cuando la terapia progresa, se combinan los grupos de músculos y la producción de tensión se reemplaza por la "relajación por recuerdo", a partir de la cual los pacientes simplemente reconocen la tensión existente y se la deja ir mediante el recuerdo de cómo se sentían esos músculos cuando se tensionaban y se relajaban. Lehrer & Carr (1997) dicen que esta técnica implica una conciencia muy sutil sobre la tensión muscular, entrenando a las personas para que puedan tensar los músculos que se necesitan diferencialmente para alguna actividad como caminar, manejar, sentarse, y relajar los músculos que no se necesitan. Estimula un uso más eficiente del cuerpo y reduce la tensión muscular excesiva que contribuye a la fatiga, los dolores de cabeza, el dolor crónico, el estrés, las irregularidades en la respiración y en la ansiedad crónica. Borkovec y Newman (1998) señalan que la noción de "dejar ir" la tensión muscular es inherente a este método. Una vez que los sujetos se acostumbran a relajarse concretamente por la liberación de la tensión muscular, el terapeuta puede introducir la noción de "dejar ir" análogamente para otros procesos involucrados en la ansiedad (pensamientos, preocupaciones, imágenes, sensaciones corporales, entre otros).

Meditación: las técnicas de meditación son útiles porque enfatizan que la atención se focalice a un solo tema. El refuerzo de las habilidades para cambiar la atención de las cogniciones que provocan ansiedad hacia estímulos internos más placenteros es particularmente útil para las personas con TAG cuya vida mental es consumida por la atención a los pensamientos de preocupación e imágenes catastróficas. El terapeuta puede pedirle al paciente que utilice la respiración diafragmática para este objetivo, o pueden buscar una imagen o palabra específica que lo lleve a sensaciones previas de seguridad, conformidad, amor o tranquilidad (por ejemplo, la palabra casa, la imagen de la hija cuando era chica). Los pacientes deben practicar el método de meditación mediante la focalización en el estímulo interno placentero por algunos minutos al final de la práctica de relajación muscular progresiva e incorporar el uso de esta técnica cuando utilizan la relajación aplicada a su vida cotidiana.

Imaginación guiada: esta técnica puede introducirse también con la selección de imágenes asociadas con la tranquilidad y el pacer. Las escenas pueden construirse de tal manera que produzcan secuencialmente estados más profundos de relajación y varios tipos de afecto positivo adicional. Si bien la imaginación guiada no es útil para obtener una respuesta rápida de relajación durante la detección temprana de un signo de ansiedad, sirve para que, durante una sesión de práctica o en otros momentos del día cuando la persona busca relajarse, pueda acceder a estados más profundos de relajación.

Relajación aplicada: La relajación aplicada es simplemente una cuestión de cambiar la dirección de los procesos internos fuera del espiral de la tensión y la ansiedad. La frecuencia con que se aplica la relajación es más importante que la profundidad que se logra. El movimiento hacia la relajación, no importa cuán leve sea, es una de las direcciones más útiles por su incompatibilidad directa con la ansiedad. El hecho de describir el entrenamiento de la relajación como un movimiento hacia ésta, ayuda a los pacientes a que este proceso en sí mismo no les cause ansiedad. Las personas con TAG suelen ser perfeccionistas y tienen altos rendimientos, por lo tanto pueden querer lograr un estado completo de relajación, generando este mismo deseo ansiedad e interfiriendo con el objetivo de esta técnica. Otra forma de prevenir que el proceso de relajarse cause ansiedad es enseñándoles otros métodos de relajación, ya que los pacientes suelen ponerse ansiosos con algún tipo de relajación y no con otro. En los casos más graves, se debe conducir el entrenamiento de la relajación análogamente a como se hace la exposición, es decir de forma gradual ir exponiendo al paciente a formas más profundas de relajación.

Relajación aplicada

El aspecto esencial de la relajación aplicada reside en la respuesta frecuente de relajación frente a disparadores de ansiedad, de tensión y de preocupación. En sesión este método se utiliza cuando el terapeuta sugiere una breve aplicación de la relajación a partir de la percepción de signos en aumento de ansiedad. Se enseña a los pacientes a que se relajen aún cuando están sentados derechos, caminando o haciendo cualquier tipo de actividad diaria. Se les enseña así la relajación diferencial para que identifiquen tanto cuando existe tensión excesiva, como cuando la tensión es innecesaria, y que dejen ir la tensión mientras continúan con sus actividades.

Se alienta a los pacientes a que usen la respuesta de relajación como una manera de abrirse a la experiencia. Desde un centro más tranquilo establecido mediante la relajación, se les pide que cambien la atención más frecuentemente y completamente al mundo de alrededor, tomando la información que el mundo provee y dejando pasar los estímulos estresantes sin reaccionar a estos. Cuando están por vivir situaciones de estrés, la relajación puede aplicarse en anticipación de la situación, durante ésta, o después de la situación para recuperarse.

A medida que las habilidades del paciente en su aplicación de la relajación avanza, terapeuta y paciente pueden empezar a crear tareas comportamentales que gradualmente aumenten la exposición del sujeto a situaciones estresantes, que provocan ansiedad en los cuales el sujeto pueda aplicar la relajación en sus tres fases (antes, durante y después).

Desensibilización auto controlada

Las técnicas de exposición a la imagería pueden ser útiles para el tratamiento del TAG ya que la preocupación previene el procesamiento de lo emocional, y la imagería puede ser un buen método para abordar ese procesamiento.

El objetivo de la desensibilización auto-controlada es que el paciente practique la aplicación de la relajación a situaciones que normalmente les resultan problemáticas. La utilidad del método reside en el refuerzo de respuestas adaptativas para lidiar con cosas que típicamente dan pie al miedo. Es más probable que los pacientes se acuerden de usar respuestas adaptativas para lidiar con la situación durante su vida cotidiana si la asocian a la práctica que tuvieron previamente a través de la imagería en terapia.

A partir de la desensibilización auto-controlada los pacientes se focalizan en primer lugar en procesos de relajación hasta que obtienen un estado relajado. Luego, el terapeuta le pide al paciente que se imagine en una situación en la cual existen aspectos internos y/o externos que dan pie a la ansiedad. El paciente hace una señal cuando experimenta en ese momento ansiedad provocada por la imaginación. El terapeuta entonces hace que se imagine estrategias efectivas para lidiar con la situación imaginada usando respuestas de relajación. Los pacientes hacen nuevamente una señal cuando ya no experimentan ansiedad, y continúan imaginándose en la situación pero lidiando efectivamente con ella. Finalmente, se terminan las imágenes y el paciente sólo se concentra en el proceso de relajación. El acento se pone en los disparadores internos (somáticos, cognitivos y comportamentales) y externos, más que en el grado de ansiedad que cada situación provoca jerárquicamente. Con el tiempo, el terapeuta introduce más disparadores de ansiedad en las imágenes. Es importante practicar con varias situaciones y con distintos disparadores de ansiedad y preocupación.

Una vez que este método se inicia en sesión, se le pide al paciente que la incluya en su práctica diaria de relajación. El paciente comienza con la misma imagen tratada en sesión, y es utilizada hasta que no provoque ansiedad siendo remplazada entonces por otra imagen que sí lo haga. Este método puede utilizarse cuando se discuten en sesión temas estresantes, para las preocupaciones del paciente, o hacia al final de la terapia agregándole aspectos sorprendidos: por ejemplo varias imágenes de distintas situaciones estresantes sin que el sujeto las planee, o presentarle imágenes no planeadas que cuenten una historia similar a la de un día del paciente con varios disparadores de ansiedad y una acumulación de eventos estresantes.

En la terapia cognitiva - conductual existen muchas técnicas específicas y el terapeuta puede moverse ingeniosamente entre temas y técnicas en la sesión. Mientras lo hacen, los terapeutas buscan que se suavicen las reacciones del paciente y persiguen cualquier apertura que permita mayor profundidad hasta que se encuentran con resistencia o evitación. Esta forma de aproximarse permite que el proceso terapéutico fluya sin obstáculos significantes y sin una sensación de fracaso.

A continuación el cuadro 5.4. sintetiza las etapas del modelo de tratamiento descripto.

Cuadro 5.4. Modelo de tratamiento cognitivo – conductual para el TAG propuesto por Borkovec y Newman (1998)

Elementos de la terapia cognitiva – conductual para el TAG:

- † Automonitoreo y detección temprana de disparadores
- † Métodos de control de estímulos
- † Métodos de relajación
 - a) respiración diafragmática pausada
 - b) relajación muscular progresiva
 - c) meditación
 - d) imaginación guiada
 - e) relajación aplicada
- † Relajación aplicada
- † Desensibilización autocontrolada

- Newman & Consoli – 1999

Estos autores utilizan un paquete de tratamiento cognitivo – conductual para TAG desarrollado por Borkovec y Costello que incluye la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en relajación, la respiración diafragmática y la desensibilización auto-controlada. Este modelo de tratamiento es adaptado por Newman y Consoli (1999) para realizar una terapia grupal con un programa de computadoras palmtop cuyo fin se basa en aumentar la efectividad y disminuir el costo de la terapia cognitiva – conductual. Este tratamiento fue utilizado para una investigación sobre si realmente este tratamiento asistido por computadoras disminuía el costo de la terapia y aumentaba su efectividad.

La terapia con el programa de computadoras palmtop conserva los aspectos fundamentales del modelo tomado, pero pasa de catorce sesiones individuales a seis grupales con la ayuda de las computadoras. Se redujo así el contacto con el terapeuta. Las sesiones grupales son de dos horas, dirigidas por un terapeuta experimentado. Las primeras cuatro sesiones se realizan una vez por semana, y las últimas dos, cada dos semanas. Se les pide a los pacientes que lleven consigo la computadora a todas partes y todo el tiempo durante las ocho semanas que están en terapia, y cuatro semanas después que la terminan. Para prevenir

a los pacientes de que se sientan avergonzados por que la computadora haga ruido de “bip” en público, se les dice a los pacientes que las personas suelen ver esto como organizadores personales y no como ayudas terapéuticas. En la semana doce, las computadoras se devuelven y se hace una evaluación de post-terapia la siguiente semana.

En la primera sesión se les da a los participantes un manual de auto ayuda detallando las intervenciones planeadas. El manual contiene información sobre la ansiedad, sobre los componentes terapéuticos incluyendo la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva, la desensibilización auto – controlada, la relajación aplicada, y la terapia cognitiva. Además se incluye un manual con instrucciones de cómo se usa la computadora palmtop para usar cada técnica terapéutica durante su vida diaria.

El software desarrollado incluye los principios básicos de la terapia cognitiva- conductual para el TAG especificados por Borkovec y Costello (1993; citado en Newman & Consoli, 1999)

El software del TAG tiene varios módulos.

1) El **primer módulo** es un módulo único, diario, diseñado para obtener la **información básica** de cada paciente antes del tratamiento. En este módulo la computadora le hace un bip al paciente en determinados intervalos (a las 8 de la mañana, 12 del mediodía, 4 de la tarde y 8 de la noche) para que responda a determinadas preguntas. Estas preguntas evalúan el nivel de ansiedad, el nivel más alto de ansiedad en la última hora, el número de episodios de ansiedad agudos desde la última evaluación y porcentajes del tiempo usado para la preocupación en la última hora. A las 11 de la noche, la computadora incita al paciente a que entre en la pc el promedio del nivel de ansiedad, del nivel más alto de ansiedad y el porcentaje de tiempo gastado en la preocupación durante el día. En este módulo los pacientes no tienen acceso a los componentes de tratamiento que contiene el programa.

Después de utilizar la computadora diariamente en el módulo uno durante una semana, los pacientes tienen su primer sesión psicoterapéutica. En este punto el programa avanza a los módulos de reconocer los disparadores y al módulo de la terapia.

2) El **módulo de reconocimiento de los disparadores** inicia un monitoreo intensivo de dos días en el cual la computadora le hace bip al paciente cada hora en que se despierta y les pregunta que identifiquen los signos actuales de ansiedad. Este módulo, construido a partir de la creencia que el trastorno de ansiedad generalizada es consecuencia de procesos de interacciones habituales inadaptadas entre los sistemas cognitivos (los pensamientos de preocupación y las imágenes catastróficas) comportamentales (evitación comportamental) y fisiológicos (tensión muscular y síntomas somáticos). Estas interacciones llevan a un incremento espiralado de la ansiedad. Las estrategias para lidiar esto son más efectivas cuando se despliegan en respuesta a los signos de ansiedad más tempranos. El propósito primario de este módulo es ayudar a los pacientes que reconozcan los signos tempranos que disparan la ansiedad en el tiempo real. Una vez que los pacientes aprenden a tener conciencia de los disparadores de ansiedad, entonces pueden interrumpir lo que de otra manera se convertiría en un episodio de ansiedad o preocupación.

3) El **módulo del programa de terapia** permite acceder a dos módulos distintos. Los pacientes deben iniciar la computadora cada vez que están ansiosos o cuando quieren practicar cualquiera de las técnicas terapéuticas. Los dos módulos son:

a) El **módulo de relajación**: incluye seis versiones diferentes de la relajación muscular progresiva, la respiración diafragmática, y la imaginación placentera. Le provee al cliente instrucciones y también una retroalimentación sobre la implementación de cada técnica.

b) El segundo **módulo** incita a los pacientes a que utilicen la **terapia cognitiva**. Invita a los pacientes a que examinen lógicamente la evidencia de sus miedos, que estimen la probabilidad de que un resultado negativo tenga lugar, que identifiquen los errores lógicos como por ejemplo el pensamiento en “tipo blanco o negro”, la catastrofización, cómo filtran la información, entre otras. Este módulo ofrece también definiciones para cada error lógico y provee ejemplos de cómo reparar la lógica falsa.

El módulo del programa de la terapia incluye la misma definición en cuanto al tiempo de evaluación que en el primer módulo de información básica. Sin embargo, a diferencia de este último, la evaluación es seguida de palabras alentadoras cuando los pacientes adquieren puntajes dentro del rango adecuado, por ejemplo si obtienen menos de 3 puntos en la escala de ansiedad que va del 0 al 10. Cuando los pacientes indican que su ansiedad es mayor que tres en esta escala de ansiedad, entonces se lo invita a que implemente alguna técnica terapéutica y puede el sujeto elegir cualquier técnica de este programa de terapia eligiendo en el menú.

En cada sesión terapéutica, el software del TAG imprime automáticamente un resumen del paciente que incluye información sobre el promedio del nivel de ansiedad, el número de episodios agudos de ansiedad, el porcentaje del tiempo gastado en preocuparse, y los errores cognitivos más comunes y la diferencia en el promedio de ansiedad antes y después de la relajación o de la terapia cognitiva. Esta información se usa por el terapeuta para medir el progreso de cada paciente.

A continuación se esquematiza en el cuadro 5.5. los distintos módulos que incluye el software del TAG para el tratamiento cognitivo – conductual grupal de este trastorno.

Cuadro 5.5. Modelo de tratamiento cognitivo – conductual grupal para el TAG asistido por un programa de computadoras palmtop propuesto por Newman y Consoli (1999)

<p>Módulos del software del TAG:</p> <ul style="list-style-type: none"> † Módulo de información básica † Módulo de reconocimiento de los disparadores de ansiedad † Módulo del programa de terapia: <ul style="list-style-type: none"> a) Módulo de relajación b) Módulo de terapia cognitiva
--

• **Wells – 1999**

El autor propone una secuencia de tratamiento basado en el modelo cognitivo explicativo del TAG que él desarrolla, expuesto en el capítulo 3 de este trabajo.

El primer paso de este modelo consiste en **socializar a los pacientes al modelo**. Se los ayuda a que tomen conciencia del rol de la metapreocupación y de las estrategias de control en el mantenimiento del problema. Las metapreocupaciones que primero se eligen para su modificación son las que respectan a la incapacidad de controlar la preocupación. Se restablece la creencia en el control a partir de la revisión de episodios en los cuales la preocupación fue interrumpida por demandas conflictivas. Se utilizan para este fin experimentos comportamentales incluyendo posponer la preocupación.

Los pasos subsiguientes deben **desafiar la metapreocupación** centrada en los peligros de preocuparse. Esto puede lograrse revisando la evidencia que sostiene la apreciación del sujeto. Los experimentos comportamentales como por ejemplo, aumentar la preocupación deben llevarse a cabo para demostrarle al sujeto que la preocupación es inofensiva. Por ejemplo, al paciente que cree que la preocupación lo va a llevar a la pérdida de control mental, se le pide que deliberadamente se preocupe más y trate de perder el control cuando la preocupación se active. Para maximizar la desconfirmación de sus creencias, se le debe instruir al paciente que no se engrane en estrategias de control del pensamiento u otras conductas que reduzcan el riesgo a perder el control. Para conformar las condiciones en las cuales puede tener lugar esta desconfirmación, es útil exponer al sujeto a pensamientos o situaciones que evita y que normalmente activan su proceso de preocupación.

Las **apreciaciones y creencias negativas** sobre la preocupación pueden ser **desafiadas** por el refuerzo de la disonancia cognitiva en los pacientes. El modelo de Wells toma en cuenta dos tipos de creencias sobre la preocupación, las creencias positivas (sirve como protección y para lidiar con la situación) y las negativas (metapreocupación). En la terapia, deben observarse y obtenerse ambas del paciente, para luego resaltar su contradicción. Esta estrategia conduce por lo general a que se aflojen algunas creencias.

Una vez que las creencias negativas y las metapreocupaciones fueron modificadas efectivamente, las **intervenciones** comienzan a focalizarse **en las creencias positivas de la preocupación**. Se revisan las desventajas de la preocupación y se cuestiona la validez de las preocupaciones para mostrarle explícitamente al paciente que la preocupación conlleva pocas ventajas. Es útil en particular, demostrarle al paciente que las preocupaciones son representaciones irreales de las situaciones y por lo tanto ofrecen pocas ventajas. La técnica de evaluar las coincidencias consiste en que el paciente escriba en forma detallada el contenido de sus preocupaciones frente a la exposición de alguna situación que normalmente es evitada, y anote sus preocupaciones sobre qué podría pasar en esa situación. Luego la paciente debe exponerse a la situación y ver qué pasa realmente, chequeándolo con lo que había escrito, es decir, evaluando la validez de sus preocupaciones.

Finalmente, se les enseña a los pacientes que practiquen distintas **finalizaciones a la secuencia de preocuparse**. Se les pide que practiquen suspender el procesamiento basado en la preocupación y también que contemplen escenarios positivos en respuesta a disparadores de preocupación. Esto tiene como fin que el sujeto aumente el espectro y el uso de otras apreciaciones disponibles.

En el cuadro 5.6 se describen esquemáticamente algunos de los pasos propuestos por este modelo.

Cuadro 5.6. Modelo de tratamiento cognitivo – conductual para el TAG propuesto por Wells (1999)**Secuencia de tratamiento para el TAG:**

- † Socialización con el modelo
- † Desafiar la metapreocupación
- † Desafiar las creencias y apreciaciones negativas
- † Intervenir sobre las creencias positivas de la preocupación
- † Finalizar la secuencia de preocuparse

• Ladouceur et. al. – 2000

El tratamiento cognitivo – conductual para el TAG propuesto por estos autores surge a partir de la investigación sobre la efectividad de este tratamiento que solamente toma como blanco la preocupación de los pacientes con TAG.

El modelo de tratamiento para pacientes con TAG consiste en 16 sesiones de una hora por semana. El tratamiento consiste en distintas etapas:

Presentación del fundamento de la terapia

En la primera sesión el terapeuta presenta en qué fundamentos se basa ese tratamiento. Se les explica que la percepción de uno de incertidumbre es una fuente importante de la preocupación y la ansiedad. El terapeuta explica que como la incertidumbre está siempre presente en la vida de todos los días, el objetivo del tratamiento no es eliminarla sino ayudarlos a reconocerla, a aceptarla y a desarrollar habilidades o estrategias para lidiar con situaciones inciertas.

Entrenamiento en tener conciencia

Durante esta fase, que dura dos o tres sesiones de acuerdo a las necesidades del paciente, se les pide a los pacientes que dejen lo que están haciendo en determinados momentos del día, tres o cuatro veces por día, y anoten sus preocupaciones inmediatas en un cuaderno. También debían registrar si cada una de esas preocupaciones era susceptible de ser resuelta o directamente modificable.

Corrección de las creencias erróneas sobre la preocupación

En esta fase del tratamiento, los pacientes identifican sus creencias sobre la preocupación y hacen una lista sobre las ventajas y las desventajas de estas creencias. Por ejemplo un paciente puede pensar que sus preocupaciones sobre la salud de su hija son útiles porque si algo le pasa por lo menos no va a sorprenderse. Luego, el terapeuta usa varias técnicas cognitivas y comportamentales para ayudar al paciente a reevaluar la utilidad real de la preocupación. El terapeuta enfatiza que la corrección sobre las creencias erróneas de la preocupación ayuda a aumentar la tolerancia de la incertidumbre porque uno aprende a lidiar con la incertidumbre de las situaciones futuras en lugar de tratar de controlarlas a través de la preocupación. En este modelo de tratamiento solamente se toman como blanco las creencias positivas de la preocupación porque son éstas las que conducen a un refuerzo de la preocupación.

Entrenamiento en la orientación del problema

Este entrenamiento fue utilizado para las preocupaciones que eran susceptibles de ser resueltas. La intolerancia a la incertidumbre puede conducir a la preocupación excesiva sobre los detalles menores de la situación problemática. El terapeuta ayuda entonces a los pacientes a que se mantengan concentrados en el problema e identifiquen los elementos claves de la situación a resolver sin prestarle atención indebida a los detalles menores de ésta. Una vez que los pacientes identifican los elementos claves, se los alienta a que lleven a cabo el proceso de solución del problema aunque estén inseguros del resultado de antemano (por lo tanto se toma como blanco la pobre orientación del problema y la intolerancia a la incertidumbre).

Exposición cognitiva

Las preocupaciones sobre situaciones que no son susceptibles de ser solucionadas se tratan con la exposición cognitiva. La mayoría de estas preocupaciones son sobre situaciones altamente remotas, ya sea por el tiempo o por sus probabilidades. En primer lugar, los pacientes describen la imagen de su preocupación, que se graba en un cassette para la exposición repetida. Luego son expuestos a esta imagen

usando lo que fue grabado en el cassette, mientras se utilizan cualquier tipo de actividad voluntaria para neutralizar la imagen. La exposición cognitiva ayuda también a disminuir la intolerancia a la incertidumbre cambiando el significado dado a los eventos futuros percibidos como amenazantes.

Prevención de recaídas

Se les da a los pacientes una guía sobre la prevención de recaídas que presenta un resumen de las estrategias utilizadas para cada preocupación. Esta guía debe ser individualizada por el paciente como una tarea antes de la última sesión a partir de contestar preguntas sobre sus propias manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre, creencias erróneas sobre la preocupación, la pobre orientación del problema y la evitación cognitiva.

El cuadro 5.7. nombra las etapas propuestas.

Cuadro 5.7. Modelo de tratamiento cognitivo – conductual para el TAG propuesto por Ladouceur et. al. (2000); y Dugas & Ladouceur (2000)

Diferentes etapas del modelo de tratamiento:

- † Presentación del fundamento de la terapia
- † Entrenamiento en tener conciencia
- † Corrección de las creencias erróneas sobre la preocupación
- † Entrenamiento en la orientación del problema
- † Exposición cognitiva
- † Prevención de recaídas

• Dugas & Ladouceur – 2000

Estos autores describen exactamente el mismo modelo de tratamiento previo, es decir el propuesto por Ladouceur et. al. (2000) con la diferencia que las últimas tres etapas las engloban dentro de la clasificación de intervenciones para la preocupación, y con la otra diferencia que es que en esta oportunidad lo que se investiga es la eficacia de este modelo al tomar como blanco la intolerancia de la incertidumbre, discriminando dos tipos de preocupación y proponiendo estrategias específicas para cada tipo. Supuestamente, este paquete de tratamiento se apoya en el modelo explicativo del TAG expuesto por Dugas & Ladouceur (2000). Sin embargo, el estudio de Ladouceur et. al. (2000) señala que se preparó un manual de sesión por sesión para el tratamiento propuesto, de manera de entrenar a los terapeutas y de pautar el tratamiento. El modelo de tratamiento propuesto tomaría tanto como blanco la preocupación más globalmente, tal como lo exponen Ladouceur et. al. (2000) como también la intolerancia a la incertidumbre con la discriminación de los dos tipos de preocupación en particular como lo exponen Dugas & Ladouceur (2000).

• Leahy & Holland – 2000

Los autores presentan un plan de tratamiento cognitivo – conductual para el TAG. Los objetivos del tratamiento son reducir el nivel de la hiperexcitación autonómica, disminuir la inquietud por la preocupación y asistir al paciente en la reducción de la preocupación a un nivel normal. Dada la cronicidad del TAG y la frecuente resistencia hacia el tratamiento, se recomienda que incluya al menos veinte sesiones individuales de tratamiento cognitivo – conductual, con seguimientos periódicos una vez que el tratamiento haya concluido.

El plan de tratamiento propuesto consta de varios elementos. La secuencia en la cual estos elementos se presentan es variable y el terapeuta puede utilizar varias de las técnicas simultáneamente.

Evaluación

Se le entregan al paciente dos formularios. Uno es una lista que debe ser completada por el paciente que cubre los síntomas del TAG que presenta el DSM IV como también algunos síntomas para otros trastornos de ansiedad. El segundo formulario es para que se registren los puntajes obtenidos por el paciente a partir de distintos instrumentos de evaluación (por ejemplo, en la escala de BDI, BAI, SCID-II, entre muchas otras), y para anotar otros aspectos relevantes de la historia del sujeto (como el abuso de sustancias, episodios de ansiedad previos, entre otras cosas) y para dejar escritas las recomendaciones de tratamiento.

Dentro de esta etapa de evaluación se hacen evaluaciones de tres tipos:

a) Evaluación clínica inicial de los síntomas de ansiedad

Se le entrega al paciente la "lista de ansiedad para pacientes de Leahy" (Leahy Anxiety Checklist for Patients) que consiste en una lista que le permite al paciente poner los síntomas específicos de ansiedad que experimenta. Esta lista cubre los síntomas del TAG especificados por el DSM IV, y agrega otros síntomas de otros trastornos de ansiedad lo cual permite observar si algún signo de comorbilidad está presente.

b) Tests y otras evaluaciones

Se le pueden tomar al paciente con TAG diferentes escalas si se quiere encontrar una forma de cuantificar los resultados.

c) Consideración de medicación

El tratamiento del TAG con medicación puede incluir tanto un tratamiento agudo como uno crónico o mantenido a lo largo del tiempo. Los tres tipos de medicación que probaron ser exitosas con el TAG son las benzodiacepinas, la buspirona y los antidepresivos, especialmente la imipramina y los IRSS. Existe alguna evidencia que los pacientes que presentan síntomas somáticos responden mejor a las benzodiacepinas, los pacientes con síntomas psíquicos como la preocupación, la tensión, la irritabilidad responden mejor a la buspirona y los pacientes con síntomas depresivos y TAG responden mejor a la imipramina. Los betabloqueantes tienen un efecto inferior a las benzodiacepinas y por lo tanto no se utilizan hoy en día para tratar el TAG.

Socialización de la terapia

Muchas veces se les recomiendan a los pacientes con TAG diferentes libros sobre la ansiedad, su tratamiento, otros trastornos de ansiedad. Al paciente se le debe decir que tiene un trastorno de ansiedad que se conoce con el nombre de trastorno de ansiedad generalizada o TAG. Es útil explicar que todas las personas tienen preocupaciones de vez en cuando, y que algunas preocupaciones son productivas y útiles mientras que existen otras que no lo son y que causan ansiedad innecesaria. Se le indica al paciente que la medicación se va a incluir en el tratamiento, y que se le va a enseñar como relajarse, como mejorar sus habilidades para lidiar con el distrés, para lidiar con temas interpersonales. Se le informa que se evalúa qué piensa sobre su preocupación y otros problemas y se le provee con técnicas útiles de auto ayuda. Se le puede entregar al paciente un folleto con información sobre el trastorno y sobre el tratamiento cognitivo – conductual.

Entrenamiento en relajación

El terapeuta puede indicarle al paciente que los pensamientos y sentimientos ansiosos son más fáciles de ocurrir cuando se encuentra fisiológicamente hiperexcitado (aroused). El paciente puede aprender varias técnicas de relajación como la relajación muscular progresiva, la relajación por respiración, la imaginación guiada, la meditación, entre otras. Se puede alentar al paciente a que practique más de una técnica de relajación. El uso de estimulantes, como la cafeína, y el uso excesivo de alcohol deben ser desalentados. La relajación aumenta si el paciente comienza con ejercicios aeróbicos regulares.

Evaluación y confrontación de la evitación: exposición y otras técnicas

Los pacientes con TAG se presentan a veces con pocos síntomas de ansiedad. Si se investiga más de cerca, el terapeuta encuentra que existen varias situaciones que se evitan y que el paciente tiene un menor rendimiento en el trabajo o en la casa por el aumento de la ansiedad. Cuando el caso es este, terapeuta y paciente deben construir una jerarquía de las situaciones evitadas e identificar los pensamientos negativos asociados con cada situación. El terapeuta entonces puede utilizar prácticas comportamentales, cognitivas o el modelo de confrontar lo evitado. El terapeuta puede también guiar al paciente a través de la exposición imaginaria a las situaciones temidas. Las tareas para el hogar incluyen la exposición en vivo a las situaciones evitadas. Tuschen & Fiegenbaum (1997) dicen que la exposición le permite al paciente descubrir si sus reacciones emocionales y cognitivas a las situaciones que les provocan ansiedad son realistas; promueve la habituación psicológica y fisiológica al miedo, la ansiedad y los síntomas fisiológicos durante una exposición prolongada disminuye; y les da a los pacientes una forma de combatir los miedos que emergen y de lidiar con los viejos miedos.

Desensibilización

Las intervenciones mencionadas anteriormente (exposición, por ejemplo) pueden ser vistas como formas de desensibilización. El paciente puede ser entrenado en juntar sus respuestas de relajación con la exposición imaginaria a los estímulos temidos, yendo de las situaciones o pensamientos menos temidos a las más temidos. Alternativamente, se le puede instruir al paciente que no junte la exposición al estímulo con la

relajación, para que el paciente pueda ver que la ansiedad va a disminuir con el aumento del tiempo en el que se exponga a la situación temida.

Monitoreo de las preocupaciones y asignación del “Tiempo de Preocupación”

Un elemento distintivo de las personas que padecen TAG es que se preocupan por varios temas. El terapeuta y el paciente deben evaluar varias características de las preocupaciones: las áreas de su contenido y las situaciones que las disparan, las predicciones específicas que suponen, el nivel de ansiedad que estas predicciones generan y la intensidad en que el paciente confía en estas predicciones.

Se le asigna también al paciente un “tiempo de preocupación”, es decir que se le pide al paciente que se preocupe durante un período de tiempo específico en un lugar y hora asignados. Esto permite el control de la preocupación, ayuda al paciente a reconocer que la preocupación es sobre temas finitos, y que la preocupación puede ser acertada pero no eliminada.

Evaluación cognitiva de la naturaleza de la preocupación

Dadas las creencias positivas sobre la preocupación de los pacientes que padecen TAG, el terapeuta puede trabajar con el paciente que evalúe los costos y beneficios de la preocupación distinguiendo entre las preocupaciones productivas (ej. ¿Tengo nafta suficiente en el auto?) y las improductivas (ej. ¿Qué pasa si mi negocio se funde?). El terapeuta puede investigar la preocupación sobre su preocupación del paciente.

Los autores que proponen este plan de tratamiento, presentan un cuestionario para darle al paciente llamado “Preguntas para hacerte si te estás preocupando” (Questions to ask yourself if you are worrying) el cual permite al paciente evaluar predictores específicos, evaluar su tendencia a hacer conclusiones rápidamente, a ver la diferencia entre la posibilidad y la probabilidad, los factores de seguridad o protección disponibles, la tendencia a catastrofizar los resultados, y otras preguntas que desafían el sentido de negatividad, de inminencia y de exageración de los resultados.

El terapeuta puede tomar en cuenta las categorías de:

- 1) los pensamientos automáticos distorsionados evidentes en la preocupación del paciente como: a) etiquetar (“soy incapaz de manejar el distrés”), b) catastrofizar (“voy a perder todo”), c) adivinar (“me van a rechazar”), d) pensamiento dicotómico (“nada está funcionando”) y e) descontar lo positivo (“no tengo nada que me vaya bien”)
- 2) las asunciones desadaptativas subyacentes del paciente, por ejemplo si sus reglas se basan más en la aprobación, el perfeccionismo, la certidumbre, u otros “debería” o “tendría que”.
- 3) Los esquemas disfuncionales sobre él y los demás, incluyendo los temas como el rechazo, los defectos, el abandono, los niveles demandados.
- 4) Finalmente, debe evaluar también cuál es la naturaleza de las preguntas retóricas del paciente que reflejan la preocupación, como por ejemplo ¿Qué pasa si no funciona? o ¿Qué me está pasando que estoy mal?. Se pueden evaluar estas preguntas y rephraserlas como declaraciones preposicionales que pueden ser comprobadas, como por ejemplo en el primer caso sería: “Nada va a funcionar” y en el segundo “Todo está mal conmigo”. Luego se utilizan técnicas específicas para desafiar estas distorsiones cognitivas.

Otras técnicas para contrarrestar la preocupación y la rumiación

Una variedad de técnicas cognitivas y comportamentales pueden usarse para contrarrestar la preocupación y rumiación del paciente. Los pacientes pueden ser entrenados en la activación comportamental como por ejemplo planear una agenda de actividades, como una manera de levantarle el ánimo y de disminuir la cantidad de tiempo posible de rumiación. Se pueden monitorear las actividades que el sujeto realmente hace y predecir el monto de placer y manejo adecuado que el sujeto va a tener de las actividades planeadas. Otra técnica posible es que el sujeto se distraiga. Finalmente, el paciente puede desarrollar un “guión de antirumiación” que sería algo como “en lugar de estar acá sentado, podría resolver mis problemas, distraerme, hacer algo productivo, llamar un amigo, o desafiar mis pensamientos negativos”.

Intervenciones interpersonales

Las personas que padecen TAG generalmente tienen problemas interpersonales que contribuyen a sus preocupaciones y generan disconformidad. El terapeuta puede ayudarlo a aprender habilidades apropiadas como fijarse en los demás en lugar de quejarse, resolver los problemas mutuamente con el otro, tener una escucha activa y enseñarle otros aspectos de una comunicación efectiva, que aprenda a aceptar a los demás, a negociar y a resolver problemas. Las intervenciones cognitivas se focalizan en las distorsiones cognitivas que tengan que ver con las relaciones interpersonales. El terapeuta puede ayudar al paciente a que aprenda un comportamiento apropiado a través del modelaje, de ensayos comportamentales y median-

te la construcción de objetivos específicos interpersonales. Muchas personas con TAG tienen problemas con sus parejas, en parte por la tendencia de mirar los eventos neutrales como potencialmente peligrosos o negativos. Si es necesario, la pareja puede incluirse en el tratamiento, el énfasis estaría puesto entonces en aumentar el refuerzo positivo y la trayectoria positiva para los dos miembros de la pareja, y alentar al individuo ansioso a evitar enunciar demasiados pensamientos de preocupación.

Disminución del distrés y entrenamiento en la resolución de problemas

Se le indica a los pacientes la diferencia entre un estresor (como por ejemplo un pedido del jefe) y la experiencia de distrés (la disconformidad emocional). Esta experiencia de distrés o disconformidad va a resultar del aumento de la hiperexcitación psicológica (arousal) y la percepción de que uno no tiene la habilidad de manejar las demandas a las que se está confrontando. El terapeuta puede utilizar el entrenamiento en auto instrucciones, el entrenamiento en la resolución de problemas para disminuir el distrés. Además, se debe tener en cuenta el manejo del tiempo, especialmente no planear demasiadas cosas; la introducción de “recreos del distrés”, por ejemplo, establecer auto recompensas positivas; el control de la bronca y otras técnicas.

Finalización progresiva del tratamiento

Es importante tener cuidado con una finalización prematura del tratamiento para las personas con TAG, ya que varias de las personas padecen el trastorno de manera crónica y son resistentes al tratamiento. Por esto el tratamiento propuesto consta de veinte sesiones. El hecho de pasar las últimas sesiones a que sean dos por mes o una por mes después de que el paciente mostró mejoría, ayuda al paciente a funcionar independientemente de la terapia. En este momento de finalización progresiva, se lo alienta al paciente a que se auto designe tareas que se focalicen en cualquier aspecto del tratamiento.

El cuadro 5.8. expone las etapas del modelo propuesto por Leahy & Holland (2000).

Cuadro 5.8. Modelo de tratamiento cognitivo – conductual para el TAG propuesto por Leahy & Holland (2000)

Plan del tratamiento
† Evaluación
a) Evaluación clínica inicial de los síntomas de ansiedad
b) Tests y otras evaluaciones
c) Consideración de medicación
† Socialización de la terapia
† Entrenamiento en relajación
† Evaluación y confrontación de la evitación: exposición y otras técnicas
† Desensibilización
† Monitoreo de las preocupaciones y asignación del “tiempo de preocupación”
† Evaluación cognitiva de la naturaleza de la preocupación
† Otras técnicas para contrarrestar la preocupación y la rumiación
† Intervenciones interpersonales
† Disminución del distrés y entrenamiento en la resolución de problemas
† Finalización progresiva del tratamiento

• Cía – 2001

El autor habla de manera genérica de la terapia cognitiva – conductual, señalando que existen **tres estrategias básicas** de este tipo de tratamiento para personas que tienen TAG. Éstas son la reestructuración cognitiva de los pensamientos que provocan ansiedad, el entrenamiento sobre las técnicas de relajación y la exposición a las preocupaciones. Cada una de estas estrategias intenta modificar distintos elementos que conforman el ciclo del preocupación y que dan lugar y mantienen al trastorno.

La **reestructuración cognitiva** consta de distintos elementos. El primer elemento es la educación sobre el rol de las cogniciones que lleva a aumentar la ansiedad. La psicoeducación es el primer paso del tratamiento. El análisis lógico de los pensamientos es otro de los elementos de la reestructuración cognitiva. Los pacientes aprenden así un método sistemático para evaluar la veracidad de sus pensamientos y estimar las probabilidades de que estos resultados negativos que predijeron ocurran. Se enseña así a los pacientes a que escriban los pensamientos que les provocan ansiedad para objetivarlos y observar las

distorsiones cognitivas. Se evalúan entonces cuáles son las evidencias que podrían apoyar esos pensamientos y cuáles podrían refutarlos. Los pacientes estiman la probabilidad de que las situaciones que les preocupan ocurran y la posibilidad que tendrían de lidiar con ésta. Otro aspecto de esta reestructuración cognitiva se basa en la posibilidad de los sujetos de generar explicaciones alternativas y respuestas racionales que desafíen sus pensamientos distorsionados. Se enseña al paciente a ser proactivo, a generar soluciones y a resolver los problemas.

En cuanto a la estrategia del **entrenamiento en la relajación**, los pacientes logran reducir el hiperalterta del sistema simpático mediante la relajación muscular. Las personas que padecen este trastorno evitan la ansiedad que se asocia a sus imágenes o pensamientos negativos, sin sufrir un proceso de habituación que permita que la ansiedad se extinga o disminuya. Para esto, es específicamente útil la técnica de **exposición a las preocupaciones**. Esta técnica se basa en que el paciente se concentre en imágenes catastróficas o negativas y la mantengan por un período de tiempo entre 25 y 50 minutos. El paciente debe permanecer focalizado en esta imagen, que debe ser lo más viva o real posible generándole ansiedad.

Existen recursos complementarios al tratamiento, o que pueden utilizarse cuando el sujeto no puede acceder a la ayuda profesional, que son las técnicas autodirigidas y la biblioterapia (es decir, libros sobre el tema o de autoayuda) que permiten una disminución de los costos, de la estigmatización que sufren a veces los pacientes y una diseminación de las técnicas.

Se nombran las tres estrategias básicas propuestas por el autor en el cuadro 5.9.

Cuadro 5.9. Modelo de tratamiento cognitivo – conductual para el TAG propuesto por Cía (2001)

Tres estrategias básicas del tratamiento cognitivo – conductual para el TAG:

- ‡ Reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiógenos
- ‡ Entrenamiento en la relajación
- ‡ Exposición a las preocupaciones

Algunos problemas que pueden surgir en la terapia

Newman (2000) menciona los predictores individuales de fracaso en las terapias estándar para trastornos de ansiedad. Éstos son: dificultades interpersonales, trastornos de personalidad, síntomas severos, comorbilidad en el eje de trastornos clínicos (eje I), la comorbilidad con la depresión y la poca motivación para el tratamiento.

Otras dificultades pueden presentarse en las terapias cognitivo – conductuales para la ansiedad (Hofmann & DiBartolo, 1997). Una de las técnicas para tratar la ansiedad es observar la sobre estimación de las probabilidades. Muchas veces los pacientes, a pesar de esto, continúan sintiendo ansiedad. En este caso es importante focalizarse en la capacidad o la necesidad del sujeto de lidiar con lo temido, y señalar a la vez la poca probabilidad de que esto suceda. Otra dificultad se plantea cuando las ansiedades surgen ante sucesos realmente difíciles. En este caso es importante concentrarse en mejorar las habilidades del paciente para lidiar con la situación. Otro de los problemas que pueden presentarse es cuando el paciente tiene poca, o nula, capacidad de insight. Son incapaces, a pesar de las prácticas, de reconocer sus pensamientos automáticos cuando están ansiosos. Es importante enfatizar que la ansiedad nunca ocurre sin una causa, y que es extremadamente importante identificar las causas externas e internas que causan la ansiedad.

Leahy & Holland (2000) plantean distintas dificultades que se presentan en terapia con los pacientes con TAG que serán nombradas a continuación:

- a) Los pacientes se focalizan excesivamente en los sentimientos y sensaciones negativas, en su disconformidad general y en sus sensaciones físicas. El terapeuta puede ayudar al paciente a etiquetar correctamente las sensaciones y sentimientos, midiendo su intensidad, rastreando sus variaciones y distanciándose de ellas observando su calidad y variación en el día. Puede el terapeuta ayudar al paciente a identificar cómo los sentimientos están asociados a situaciones y pensamientos, enfatizando la diferencia entre un pensamiento y un sentimiento, y ayudarlo a que evalúe como los sentimientos cambian cuando los pensamientos negativos se vuelven menos creíbles.
- b) La dificultad en identificar los pensamientos automáticos. Muchas veces esto se debe a la intensidad de sus sentimientos o a la concentración únicamente en su disconformidad, lo cual dificulta la identificación de los pensamientos. El terapeuta puede pedirle al paciente que baje la velocidad del proceso, utilizando la imaginación guiada en sesión. A partir de ésta, el paciente describe una situación que le provoque ansiedad y el terapeuta le pide que lentamente vaya viendo cuales son sus sensaciones y sentimientos,

las imágenes y los pensamientos. Cuando el paciente describe imágenes visuales pueden ser transformadas o pasadas a pensamientos automáticos, por ejemplo: “pienso que mi cabeza explota y me pongo ansioso” se transforma en “estoy perdiendo el control, me estoy volviendo loco”.

- c) La demanda inmediata de resultados es característica en los pacientes con TAG, que esperan un alivio total de sus sentimientos negativos, como si existiera una solución mágica. El terapeuta debe aclarar que la ansiedad fue un problema largo en la vida del paciente y necesita por lo tanto tiempo y esfuerzo para poder tratarlo, que los hábitos de pensar, sentir y comportarse no pueden cambiar de un día para el otro. Se pueden evaluar también los costos y beneficios de una solución rápida, analizando qué pasaría si se obtiene una solución inmediata y qué pasaría si esta solución se adquiriera gradualmente. A la vez se le puede hacer notar al paciente como su baja tolerancia a la frustración (que se observa por esta demanda de resultados inmediatos) es en realidad una vulnerabilidad mayor a desarrollar ansiedad y a sentirse desesperanzado.
- d) Creencias perfeccionistas en la reducción de la ansiedad. Los pacientes con TAG suelen pensar en “todo o nada”. El pensamiento dicotómico los lleva a creer que o están totalmente relajados o totalmente ansiosos. Se les explica a los pacientes que eliminar la ansiedad es imposible, se puede disminuir, aprender a manejar, moderar, no catastrofizar en cambio. Además se señala como cierto grado de ansiedad es útil para la motivación y para detectar que algo podría ser problemático.
- e) Demandan certidumbre. Pueden demandar certidumbre sobre situaciones temidas o sobre el resultado de la terapia. Estas demandas se deben transformar de certidumbre a probabilidades. Se deben evaluar los costos y beneficios de demandar certidumbre sobre todas las situaciones. Se pueden describir situaciones que son posiblemente peligrosas pero que se toleran como riesgos posibles (manejar, caminar en la calle, comer pollo con huesos). Se valúan también las creencias absolutas sobre la negligencia y la responsabilidad.
- f) La creencia de que las preocupaciones son realistas. Se le proporciona al paciente información correcta y que estimen la probabilidad subjetiva de que lo que les preocupa tenga lugar, viendo las coincidencias con los hechos reales.
- g) La dificultad en relajarse. Para solucionar esto se puede incluir el entrenamiento en relajación en cada sesión por bastantes semanas para ver si el paciente hace el ejercicio correctamente. Se entrena al paciente en más de un ejercicio, así no tiene presiones en cuánto a seguir sólo un ejercicio. Algunos pacientes creen que relajarse los va a dejar desprotegidos del peligro, entonces es importante trabajar estos pensamientos con técnicas cognitivas.
- h) Se rehusan a realizar la técnica de exposición. Algunos pacientes tienen tanto miedo que no quieren exponerse a la situación temida. Se puede utilizar la imaginación guiada antes de la exposición, teniendo en cuenta la jerarquía de las situaciones que le provocan mayor miedo. Se puede acompañar al sujeto en la situación temida, realizar un ensayo en sesión de las declaraciones cognitivas para lidiar con la situación, hacer role playing de afrontar la situación temida evaluando cómo se va a sentir, si se proyecta en el tiempo, después de haber hecho la exposición.

Se han evaluado varias dificultades que se pueden presentar, pero junto con cada dificultad se expusieron soluciones posibles.

En síntesis, se observaron en este capítulo los principios fundamentales de las terapias cognitivas conductuales, adentrándose en el tema de los modelos de tratamiento mediante la exposición de algunos modelos generales para todos los trastornos de ansiedad.

Con respecto a los modelos de tratamiento cognitivos – conductuales expuestos, se puede decir que no existen demasiadas diferencias entre unos y otros. Tanto los tratamientos específicos para el TAG como los que son generales para los trastornos de ansiedad, ponen el acento en la modificación de los pensamientos irracionales, las creencias y las cogniciones distorsionadas. Teniendo en cuenta los modelos de tratamiento expuestos específicos para el TAG se puede concluir que todos buscan que el sujeto sea consciente de sus pensamientos negativos, irracionales, proponiendo la mayor parte de los modelos el automonitoreo como método para alcanzar esto. Otros agregan que la psicoeducación es fundamental en este punto (nombran esta etapa como socialización con el modelo, presentación del fundamento de la terapia). El entrenamiento en la relajación es otro de los elementos de esta terapia que se encuentra repetido en todos los modelos, con excepción de los propuestos por Wells (1999), Ladouceur et. al. (2000) y Dugas & Ladouceur (2000), que en realidad estos dos últimos grupos de autores presentan el mismo modelo. Todos los modelos proponen técnicas para desafiar las creencias erróneas, la preocupación, los pensamientos negativos (desensibilización autocontrolada, exposición cognitiva, técnicas de la terapia cognitiva, imaginación guiada, tiempo de preocupación).

En cuanto a las diferencias entre los modelos, el modelo de Newman & Consoli (1999) es el único que es asistido por un programa de computadoras palmtop, a partir del cual se logra un tratamiento originalmente efectivo y de menor costo, y la terapia que llevan a cabo es grupal. Wells (1999) es el único que en su modelo toma en cuenta el desafío de la metapreocupación, de las creencias negativas de la preocupación y de las creencias positivas de ésta. Ladouceur et. al (2000) y Dugas y Ladouceur (2000) en el mismo modelo que presentan toman en cuenta el desafío de las creencias susceptibles de ser resueltas de las que no lo son, proponiendo la resolución de problemas para las primeras y la exposición cognitiva para las segunda. Este modelo se utiliza para verificar que es eficaz tomando como blanco del tratamiento tanto la preocupación (Ladouceur et. al., 2000) como la intolerancia a la incertidumbre y la discriminación de los dos tipos de preocupaciones (Dugas & Ladouceur, 2000). El modelo de tratamiento de Leía & Holland (2000) es el único que menciona las intervenciones a nivel interpersonal y, por otro lado, la consideración de la medicación. Más allá de estas diferencias, los modelos presentan con distinta forma de presentación objetivos similares.

Se cree haber alcanzado el objetivo de detallar las distintos modelos de tratamientos cognitivos – conductuales para el TAG, pudiendo observar como de diferentes formas se puede tratar el mismo trastorno. En la página a continuación se presenta el cuadro 5.10 el cual organiza los modelos de tratamiento para el TAG de acuerdo a los autores y años teniendo en cuenta los tratamientos cognitivos, los tratamientos cognitivos – conductuales, específicos para el TAG, o generales para los trastornos de ansiedad, nombrando si el modelo se propone a partir de una investigación, un caso al cual se aplica o simplemente como una propuesta de plan de tratamiento.

Cuadro 5.10. Modelos de tratamientos cognitivos (TC) y de tratamientos cognitivo – conductual (TCC) para el TAG y para los trastornos de ansiedad en general, según se aclare.

Autores de los Modelos de Tratamiento	Año	Modelo de tratamiento
Costello & Borkovec	1992	TCC multimodal para el TAG aplicada a un caso
Cía	1994	Descripción del Modelo de TC de Beck para los trastornos de ansiedad en general
Hoffman & DiBartolo	1997	TCC para los trastornos de ansiedad en general
Borkovec & Newman	1998	TC para el TAG
Borkovec & Newman	1998	Elementos de la TCC para el TAG
Newman & Consoli	1999	TCC grupal para el TAG con programa de computadora palmtop, para investigar la eficacia y disminución de costos del modelo
Wells	1999	TCC para el TAG a partir del modelo explicativo del TAG del autor
Ladouceur et. al.	2000	TCC para el TAG utilizada para investigar si este modelo es eficaz tomando como blanco sólo a la preocupación
Dugas & Ladouceur	2000	TCC para el TAG utilizada para investigar si este modelo es eficaz tomando como blanco la intolerancia a la incertidumbre
Leía & Holland	2000	Plan de TCC para el TAG
Craske & Pontillo	2001	TCC para los trastornos de ansiedad en general
Cía	2001	TCC para el TAG teniendo en cuenta tres estrategias

Capítulo 6: Eficacia de los Tratamientos Cognitivos para el TAG y Tratamiento farmacológico para el TAG

Se hace una breve reseña de los estudios sobre la eficacia tanto de los tratamientos cognitivos puros, como los tratamientos cognitivos -conductuales. A continuación de esto, se describe brevemente el tratamiento psicofarmacológico para el TAG. No se pretende hacer un desarrollo exhaustivo del tratamiento psicofarmacológico, sino simplemente tener en cuenta cuáles son las drogas más usadas, ya que este tipo de tratamiento es muchas veces complementario a la terapia, o puede ser la única forma de tratamiento si el paciente lo eligiera. Para poder elegirlo, el terapeuta debe poder explicarle los aspectos mínimos que implican este tipo de tratamiento para favorecer una elección sobre la base del conocimiento correcto sobre el tema.

Eficacia de los tratamientos

El desarrollo y la evaluación de las psicoterapias para el TAG comenzaron recientemente. Esto es debido a dos razones. En primer lugar, el TAG históricamente fue un trastorno ambiguo con cambios frecuentes en los criterios diagnósticos. En segundo lugar, su etiología no era bien explicada. Los primeros tratamientos para el TAG enfatizaban los aspectos somáticos de la ansiedad del paciente y, por lo tanto, utilizaban técnicas de relajación para que el sujeto lidie con la ansiedad. Los desarrollos posteriores incluyeron en el tratamiento elementos comportamentales y cognitivos (Borkovec & Newman, 1998).

Borkovec & Newman (1998) señalan que para ese entonces, sólo doce estudios sobre los resultados para el TAG habían sido publicados, de los cuales once verificaban que la terapia cognitiva - comportamental producía un cambio estadístico y clínico significativo, con un mantenimiento de la mejoría hasta un año después. Este tipo de tratamiento es también asociado con un bajo nivel de abandono de la terapia, una declinación en el uso de psicofármacos y grados más altos de cambio en comparación con otras terapias o con grupos de control teniendo en cuenta medidas de ansiedad y de depresión.

En un estudio realizado por Sanderson et. al. (1994) compararon la efectividad de la terapia cognitiva entre un grupo con TAG únicamente, y otro con TAG y un trastorno de personalidad en comorbilidad. Los resultados demostraron que la existencia de un trastorno de personalidad no disminuía la eficacia de la terapia cognitiva para el TAG, ya que no se presentaron diferencias entre los dos grupos. Sin embargo, las personas que tenían TAG más un trastorno de personalidad abandonaban más el tratamiento. Durham et. al. (1999) comparó la efectividad de la terapia cognitiva, la terapia analítica y el entrenamiento en el manejo de la ansiedad para el TAG, teniendo en cuenta un seguimiento a un año de haber recibido la terapia. Se tomaron en cuenta variables acorde a un bajo nivel de contacto entre terapeuta y paciente, y un alto nivel de contacto. En cuanto a bajo nivel de contacto, no se encontraron diferencias entre la terapia analítica y el entrenamiento del manejo de la ansiedad, pero la terapia cognitiva demostró ser significativamente más efectiva en comparación con ambos. Con respecto al alto nivel de contacto, las diferencias fueron más pronunciadas. El doble de las personas que recibieron terapia cognitiva habían hecho un cambio significativo al compararlas con las que recibieron terapia analítica. En el seguimiento hecho al año, los pacientes que había recibido terapia analítica habían aumentado la medicación en un 17%, los que habían recibido el entrenamiento en el manejo de ansiedad habían disminuido la medicación solamente en un 5%, mientras que los que había recibido terapia cognitiva lo había hecho en un 28%. Por otro lado, los pacientes que recibieron terapia cognitiva midieron la relación terapéutica significativamente como más positiva que los pacientes que recibieron terapia analítica. Es decir que la terapia cognitiva demostró ser más efectiva, con mayor reducción de la medicación y una relación terapéutica más positiva que la terapia analítica y el entrenamiento en el manejo de la ansiedad. Sin embargo, hay que tener en cuenta que distintas terapias no llevan a los mismos resultados en el mismo período de tiempo. El alivio sintomático en la terapia analítica suele darse a largo plazo, por lo tanto, el momento en que se hicieron los seguimientos puede no haber beneficiado los resultados de esta terapia.

Ladouceur et. al (2000) comprobaron que la terapia cognitivo – conductual que toma como blanco sólo a la preocupación lleva a cambios clínicos y estadísticos significativos, y los logros se mantienen a los seguimientos de seis y doce meses. El tratamiento fue efectivo en reducir la preocupación, los síntomas somáticos, la ansiedad general y la depresión. Para poder realizar este estudio se creó un manual de tratamiento para el TAG que solamente tomaba en cuenta como blanco de la terapia a la preocupación. Este manual se encuentra actualmente en revisión. Los resultados implican que no sería necesario utilizar técnicas de reducción de la ansiedad, sino que con sólo focalizarse en la preocupación, es decir, en el sistema cognitivo, esto lleva a un cambio en el sistema fisiológico.

Dugas & Ladouceur (2000) investigan sobre la eficacia de un programa de tratamiento para el TAG que toma como blanco la intolerancia a la incertidumbre, teniendo en cuenta dos tipos de preocupaciones. El

programa de tratamiento (que se basa en el modelo explicativo del TAG ya expuesto en el 3er. Capítulo de este trabajo) resulta efectivo para 3 de 4 personas que pasaron por este tratamiento, logrando un alto funcionamiento al seguimiento de los seis meses, y un funcionamiento moderado para dos de estos pacientes a los doce meses. Una posibilidad de la poca efectividad del tratamiento para el cuarto paciente podría ser por la comorbilidad que presentaba con el trastorno obsesivo compulsivo. En otro estudio llevado a cabo por Newman & Consoli (1999) se comprobó la eficacia de un programa de computadora palmtop como una forma complementaria de un a breve terapia de grupo para el TAG en tres participantes. Este programa fue diseñado para una mayor efectividad y mejores costos para el tratamiento cognitivo – conductual para el TAG. La función de la computadora es el monitoreo continuo del funcionamiento de las personas y potenciar el manejo y la práctica de la terapia cognitiva – conductual. Durante las 13 semanas que tuvieron las computadoras con ellos la ansiedad disminuyó y los logros se mantuvieron en los seguimientos de seis y doce meses, o mismo aumentaron. Los pacientes no se volvieron dependientes de la computadora y empezaron, con el paso del tiempo a usar las técnicas cognitivas – conductuales por su cuenta. El contacto con el terapeuta fue menor, y por ende, el costo de la terapia también.

DeRubeis & Crits-Christph (1998) luego de una investigación sobre los tratamientos individuales y grupales empíricamente validados para el TAG concluyen que tanto la terapia cognitiva - conductual como la relajación aplicada son tratamientos eficaces para el TAG y que la terapia cognitiva – conductual es un tratamiento específico, aunque con un alcance un poco limitado que deja lugar para un mayor desarrollo. Comparando la terapia cognitiva con la relajación aplicada, existe mayor evidencia de eficacia (más estudios que lo comprueban) para la terapia cognitiva que para la relajación aplicada. Hay evidencias adecuadas que demuestra el efecto específico de la terapia cognitiva – conductual, pero no de la relajación aplicada.

Un proyecto del estado de Pensilvania (Pennsylvania State Project) comparó la terapia cognitiva – conductual con la relajación aplicada y la desensibilización autocontrolada. Un tercio de todos los pacientes de cada grupo lograron un alto funcionamiento hacia el final de la terapia, pero en los seguimientos a seis y doce meses, los dos últimos grupos no mantuvieron los logros, mientras que las personas que había recibido terapia cognitiva- conductual habían aumentado sus logros en un 50% (Borkovec y Newman, 1998).

Otros estudios demuestran que la terapia cognitiva - conductual es más eficaz que el tratamiento no directivo, el placebo, la terapia conductual (Leahy & Holland, 2000). También la terapia cognitiva – comportamental demostró ser, inmediatamente después del tratamiento, tan buena como los abordajes psicofarmacológicos existentes (Hofmann & DiBartolo, 1997).

En síntesis se puede decir, que la terapia cognitiva y cognitiva – conductual se asocia a una gran eficacia en varios aspectos. La terapia cognitiva es más efectiva que la terapia analítica y el entrenamiento en el manejo de la ansiedad, logrando mejores resultados en los cambios clínicos y estadísticos, en la disminución de la medicación y en la evaluación de la relación terapéutica. La terapia cognitiva – conductual se asocia con un bajo nivel de abandono de la terapia, una disminución en el uso de psicofármacos, mayor efectividad con respecto a la relajación aplicada, a la desensibilización autocontrolada a los seis y doce meses de seguimiento, una mayor efectividad que el placebo, el tratamiento no directivo y la terapia conductual. La terapia cognitiva – conductual tiene la misma efectividad en personas solamente con TAG o las que presentan además un trastorno de personalidad, aunque éstas últimas suelen tener un mayor nivel de abandono del tratamiento, y por otro lado, logra la misma efectividad que los tratamientos psicofarmacológicos existentes en el momento en que el tratamiento ha finalizado. Esta información se sintetiza en el cuadro 6.1.

Cuadro 6.1. Efectividad de los tratamientos cognitivos (TC) y los cognitivos – conductuales (TCC)

<p>† TC:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) más efectiva que la terapia analítica (TA) y el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA), en un bajo nivel de contacto. b) El doble de efectiva que la TA en un alto nivel de contacto c) Al año, presenta en el seguimiento un 28% de disminución en la medicación (en la TA aumentó un 17%, la EMA disminuyó en un 5%).
--

(Continúa)

*** TCC:**

- a) si sólo se toma como blanco la preocupación, se logran igualmente cambios clínicos y estadísticos significativos, hasta los seis y doce meses de seguimiento.
- b) Misma efectividad en pacientes sólo con TAG, o con los que además presentan un trastorno de personalidad (estos últimos abandonan más la terapia)
- c) Si se toma como blanco la intolerancia a la incertidumbre, teniendo en cuenta dos tipos de preocupaciones, la TCC es efectiva la mayoría de las veces.
- d) Asociada a bajo nivel de abandono
- e) Disminución del uso de psicofármacos
- f) Más eficaz que la relajación aplicada y la desensibilización autocontrolada a los seguimientos de seis y doce meses.
- g) Más eficaz que el placebo, el tratamiento no directivo y la terapia conductual.
- h) Misma efectividad a la fecha de finalización del tratamiento, que los tratamientos psicofarmacológicos existentes.

Un programa de computadora Palmtop, junto a una breve terapia cognitiva – conductual grupal, resulta efectiva en la disminución de la ansiedad.

Tratamiento Psicofarmacológico para el TAG

Se hace una breve descripción del tratamiento psicofarmacológico para tener una breve noción de éste.

Actualmente se utilizan para el tratamiento psicofarmacológico las benzodiacepinas, los antidepresivos y las azaspironas en menor grado.

• Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas han sido el ansiolítico de elección desde que aparecieron y por muchos años (Cía, 1994). La respuesta clínica a las benzodiacepinas es muy rápida, con bastante mejoría ya en la primer semana (Schweizer & Rickels, 1991) Por lo tanto, si el paciente presenta un distrés significativo, estas drogas producen un rápido alivio. Se utilizan también cuando el sujeto no existe la disponibilidad de tratamientos psicosociales o éstos han fallado (Cía, 2001). Las benzodiacepinas son más efectivas para el tratamiento de los síntomas neurovegetativos y los somáticos (Cía, 1994). Los efectos de estas drogas se extienden en el cerebro y generan sedación, relajación muscular, una reducción de la ansiedad, disminuyen la hipervigilancia y los síntomas somáticos como las palpitaciones, la tensión muscular, la hiperactividad gastrointestinal, entre otras. Cuando se toman las benzodiacepinas por largo plazo se desarrolla tolerancia a las propiedades sedativas, anticonvulsivantes y de relajación muscular de las drogas (Hoehn-Saric, 1998). En cuanto a los efectos adversos de las benzodiacepinas, pueden disminuir gradualmente la capacidad del individuo para afrontar el estrés, crean dependencia psicológica cuando se las utiliza de manera prolongada (Cía, 1994). A veces se observa amnesia anterógrada aguda, cuando se utilizan benzodiacepinas de alta potencia, y ocasionalmente tiene lugar una conducta paradójica de desinhibición hostil y comportamientos de irritabilidad (Schweizer & Rickels, 1991). La gran desventaja de estas drogas son su potencial adictivo (Hoehn-Saric, 1998) El efecto de las benzodiacepinas recae cuando su uso es discontinuado. Si se produce una interrupción abrupta de las benzodiacepinas se produce el fenómeno de rebote de ansiedad interdosis o síndromes de abstinencia más severos (Cía, 2001). Los síntomas de abstinencia luego de un tratamiento a corto plazo son menos frecuentes (Cía, 1994). A los pacientes que tienen historia de depresión o abuso de sustancias, condiciones médicas en la que la sedación debe evitarse estas drogas se encuentran relativamente contraindicadas.

• Antidepresivos

Varios estudios demostraron la efectividad de los antidepresivos, mismo en la ausencia de síntomas depresivos. Los efectos de estas drogas no son inmediatos, tienen lugar cuando la droga se tomó por varias semanas. (Hoehn-Saric, 1998). Los antidepresivos tricíclicos como la imipramina y la amitriptilina, tienen efectos tanto sobre la recaptación de noradrenalina como de serotonina, similares a los nuevos agentes duales (Cía, 2001). Los antidepresivos tricíclicos están asociados a varios efectos adversos como el aumento del ritmo cardíaco, boca seca, dificultad para orinar y constipación, y pueden hacer engordar al paciente (Hoehn-Sadic, 1998; Gale & Oakley-Browne, 2000). La mayoría de los antidepresivos pueden causar además disfunción sexual. Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (IRSS) tienen propiedades ansiolíticas, produciendo efectos en los síntomas psíquicos. Son indicados para las personas que tienen dificultad en lidiar con los miedos y preocupaciones patológicas (Hoehn-Sadic, 1998). Los IRSS

tienen un perfil de efectos adversos más favorable, si se los compara con los antidepresivos clásicos como los IMAOs o los tricíclicos. La limitación principal de estos antidepresivos reside en las disfunciones sexuales y trastornos del sueño que traen aparejadas cuando su uso es por largo plazo (Cía, 2001). Las dosis deberían ser bajas al comienzo para que el cuerpo se ajuste a los efectos adversos, y luego puede ser aumentada gradualmente hasta alcanzar un efecto terapéutico. No se desarrolla tolerancia a los efectos ansiolíticos y los antidepresivos no se asocian con abuso potencial (Hoehn-Sadic, 1998). La venlafaxina xr es un inhibidor dual en la recaptación de la serotonina y la norepinefrina (IRSN) y es efectivo en tratar los síntomas del TAG (Rose, 1998). Esta droga es bien tolerada, tiene efectos adversos como las náuseas, boca seca, cefalea y somnolencia. Se desarrolla tolerancia a estos efectos adversos a partir de la tercera a cuarta primeras semanas de tratamiento. Tiene un alto nivel de eficacia sobre un espectro más amplio de síntomas que los IRSs, poseen una respuesta más rápida para el tratamiento, una mejor remisión de los síntomas, una respuesta considerable en el largo plazo y es efectiva también en los síntomas ansioso-depresivos.

• **Azaspironas**

La bupiriona es la droga más utilizada dentro de las azaspironas. La bupiriona es una droga efectiva para tratar los casos leves a moderados del TAG, es especialmente útil para períodos prolongados de medicación ya que no causa dependencia física, ni síntomas de abstinencia, no interactúa con el alcohol y no causa trastornos psicomotores. Generalmente el inicio de acción de estas drogas se da a partir de la segunda o tercer semana del inicio del tratamiento, por lo tanto hay que esperar cuatro semanas para observar su eficacia (Schweizer & Rickels, 1991; Cía, 2001). Los pacientes que tuvieron un tratamiento previo con benzodiacepinas responden menos favorablemente al tratamiento con bupiriona (Schweizer & Rickels, 1991). La bupiriona es indicada en pacientes que tienen ansiedad psíquica persistente y necesitan un tratamiento prolongado (Hoehn-Sadic). Los efectos adversos frecuentemente son las náuseas, dolores de cabeza, síntomas gastrointestinales mareos y aumento de peso (Cía, 2001). La bupiriona es compatible con la mayoría de los medicamentos y no potencia los efectos sedativos o del alcohol, ni conlleva un abuso potencial (Hoehn-Sadic, 1998).

• **Betabloqueantes**

Estas drogas no se utilizan como agentes de primera línea, sin embargo pueden ser útiles como una terapia adjunta para la minimización de ciertos síntomas somáticos de la ansiedad. No reducen la experiencia subjetiva de la ansiedad como los demás fármacos que se mencionaron.

• **¿Cuándo se recomienda el tratamiento psicofarmacológico?**

Las personas con TAG necesitan tratamiento formal cuando los síntomas son lo suficientemente persistentes y estresantes como para interferir con el funcionamiento normal del sujeto. La decisión de que el tratamiento sea psicofarmacológico es por lo general basada en la experiencia del profesional, la preferencia del paciente y el contrato de tiempo y plata en el cual ambos operan (Schweizer & Rickels, 1991). Influyen también en esta decisión las historias de tratamientos anteriores, la comorbilidad y el distrés que sufre el paciente (Cía, 2001).

Una vez decidido a hacer un tratamiento psicofarmacológico la elección del fármaco depende del nivel de distrés del paciente y la necesidad de obtener un efecto rápido en la disminución de la ansiedad (en tal caso las benzodiacepinas son más efectivas) y por otro lado, evaluar si existe una depresión comórbida o abuso de sustancias (en ese caso se recomiendan los antidepresivos) (Cía, 2001).

En síntesis, se expuso en este capítulo diversos estudios y resultados que demuestran la eficacia de las terapias desarrolladas en este trabajo, las cognitivas y cognitivas – conductuales. Por otro lado, se hizo una breve descripción de las drogas de mayor uso para el tratamiento psicofarmacológico. Si bien la exposición de este tratamiento no hace a los fines específicos de este trabajo, se cree importante su inclusión para poder brindarle al paciente la oportunidad de decidir qué tipo de tratamiento quiere, si tuviera que elegir entre uno u otro, o si el tratamiento psicofarmacológico fuera complementario al psicoterapéutico, para poder brindarle la información básica al paciente sobre el primero. También se cree que debe existir un conocimiento por parte del profesional sobre el aspecto psicofarmacológico de manera de favorecer la comunicación entre profesionales en función de proporcionar un servicio mejor para el paciente, que resulte en mayores mejorías y beneficio de éste.

Conclusión

El TAG es un trastorno cuyo diagnóstico ha sufrido varias transformaciones, influyendo esto en las investigaciones realizadas, en la validez de éstas y en la clínica práctica para todo profesional que fue adaptándose a los cambios. Hoy en día varios autores cuestionan si por su cronicidad e inicio temprano, debería tomarse como un trastorno de personalidad. El tratamiento de este trastorno ha variado de acuerdo a su clasificación. Al pasar a ser la preocupación el aspecto cardinal del TAG, a partir de la clasificación del DSM-III-R, y continua siéndolo hasta la actualidad, comienzan a existir modelos de tratamientos que se centran en este aspecto. Es un ejemplo de esto, los modelos revisados de Ladouceur et. al. (2000), Dugas & Ladouceur (2000) y el modelo de Wells (1999). En este punto, el trabajo aporta materia sobre las vicisitudes que sufrió el diagnóstico y presenta una revisión de los modelos de tratamiento a lo largo de los últimos doce años, que permite observar la relación entre los tratamientos y las clasificaciones.

Este trastorno, por otro lado, adquiere mayor complejidad por el alto grado de comorbilidad con la cual se presenta. En este sentido, se cree que la organización de la información en este trabajo permite una comprensión mayor del trastorno sumamente importante para poder distinguir claramente si posee alguna característica que se pudiera tener en cuenta para un diagnóstico comórbido o si es una característica propia del TAG. Esto mismo permite realizar diagnósticos diferenciales sobre una fuerte base de conocimiento sobre el trastorno, dejando así menos margen para el error.

La preocupación, central en el TAG, previene el procesamiento emocional y por lo tanto puede mantener cualquier trastorno en el cual este procesamiento es importante para un cambio terapéutico (Borkovec & Newman, 1998). La comprensión del mecanismo a partir del cual la preocupación previene el procesamiento emocional, la posibilidad de observar cómo el trastorno se desarrolla y se mantiene permite una mejor práctica clínica, una posibilidad de ayuda mayor al paciente y de previsión en cuánto a cómo este aspecto puede crear una resistencia en el tratamiento del TAG y de otros trastornos, cuando el TAG se presenta en comorbilidad. El aporte de este trabajo se basa en una descripción detallada y específica del aspecto cognitivo del trastorno, y por otro lado en la presentación de varios modelos explicativos del TAG que permiten acceder a una visión global de su funcionamiento a partir de distintos puntos de vista.

Las personas que padecen TAG lo padecen crónicamente, siendo varias veces resistentes al cambio. El trabajo propuesto, y la organización de su información, permite comprender profundamente el trastorno y por otro lado, observar las posibilidades de tratarlo dentro del marco cognitivo. Por esto, a partir de lo leído en este trabajo, el profesional puede observar cómo se dan las manifestaciones en cada uno de los sistemas desarrollados: cognitivos, conductuales y fisiológicos en el paciente, y elegir el modelo de tratamiento que más se adecua a la manifestación particular del TAG en ese sujeto. Es decir, que la presentación de los diversos modelos de tratamiento cognitivo y cognitivo – conductual, permite tener un espectro de elecciones de tratamiento que se adecuarán a la individualidad del sujeto, acomodando los tratamientos al paciente, y no el paciente a los tratamientos.

La organización del trastorno de acuerdo a sus manifestaciones cognitivas, conductuales y fisiológicas, permite observar cómo este trastorno se desarrolla y manifiesta en varias áreas, y en todas cómo consigue perpetuarse en un círculo vicioso que lo refuerza y lo mantiene. Los modelos explicativos del TAG contribuyen a observar el trastorno enfatizando distintos aspectos de ésta para su explicación, lo cual conduce a diferencias en la forma de tratarlo.

Queda abierta la posibilidad de otros estudios sobre este tema. Sería interesante un trabajo que describa detalladamente cómo se manifiesta el TAG con cada uno de los diagnósticos comórbidos. Otro aspecto pendiente es revisar los abordajes que existen de este trastorno desde distintos marcos teóricos. Con respecto al tratamiento farmacológico, éste fue brevemente expuesto, y la ampliación de este tema queda también como posibilidad de otra revisión. La revisión de los modelos de tratamiento se realizó tomando en cuenta los artículos presentados a partir de los últimos doce años, una revisión sobre los tratamientos anteriores a éstos, podrían ser motivo de un trabajo que revisara la historia y transformación que han sufrido a lo largo de los años, y acordes a la clasificación del trastorno.

El TAG es un trastorno complejo, que deberá seguir siendo estudiado. La determinación si corresponde a un trastorno de personalidad o no es un aspecto que queda pendiente para futuras investigaciones.

Se cree haber cumplido con los objetivos propuestos, logrando un esclarecimiento del trastorno y de sus posibilidades de tratamiento dentro del marco cognitivo, y conduciendo a pequeños aportes nombrados anteriormente.

Referencias

- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (pg. 444-448). Barcelona, España: Masson.
- Barlow D. (1988). Anxiety and its Disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. New York, Guilford Press.
- Barlow D.H. Di Nardo P.A. (1991). The diagnosis of Generalized Anxiety Disorder: development, current status, and future directions. En R.M. Rapee & D.H. Barlow (Eds.), Chronic anxiety. Generalized anxiety disorder and mixed anxiety – depression (pg. 95-118). New York: The Guilford Press.
- Beck A.T. (1979). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Westford, USA: New American Library.
- Borkovec T.D. Newman M.G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. En A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), Comprehensive Clinical Psychology (Vol.6) (pg. 439-461) Gran Bretaña, Pergamon.
- Borkovec T.D. Shadik R.N. Hopkins M. (1991). The nature of normal and pathological worry. En R.M. Rapee & D.H. Barlow (Eds.), Chronic anxiety. Generalized anxiety disorder and mixed anxiety – depression (pg. 29-51). New York: The Guilford Press.
- Brawman-Mintzer O. Lydiard R.B. (1993). Psychiatric comorbidity in patients with Generalized Anxiety Disorder. American Journal of Psychiatry. 150 (8), 1216-1219.
- Brawman-Mintzer O. Lydiard R.B. (1994). Somatic symptoms in Generalized Anxiety Disorder with and without comorbid psychiatric disorders. American Journal of Psychiatry. 151 (6), 930-933.
- Brawman-Mintzer O. Lydiard R.B. (1996). Generalized anxiety disorder: issues in epidemiology. Journal of Clinical Psychiatry. 57 (7), 3-8.
- Brown T. Barlow D. (1994). The empirical basis of Generalized Anxiety Disorder. American Journal of Psychiatry. 151 (9), 1272-1281.
- Caballo V.E. Mateos Vilchez (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. Psicología Conductual. 8 (2), 173-215.
- Caro Gabalda I (1997). Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. En I. Caro (Ed.), Manual de psicoterapias cognitivas (pg. 36 - 52). Barcelona, España: Pados.
- Cía A.H. (1994). Ansiedad, estrés, pánico, fobias. Trastornos por ansiedad. Buenos Aires, Argentina: Estudio Sigma.
- Cía A.H. (2001). Trastorno de Ansiedad Generalizada. Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Clark L.A. Watson S. Mineka S (1994). Temperament, personality and the mood and anxiety disorders. Journal of Abnormal Psychology. 103 (1), 103-116.
- Costello E. Borkovec T.D. (1992). Generalized anxiety disorder. En A. Freeman & F.M. Dattilio (Eds.), Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy (pg. 53-60). New York: Plenum Press.
- Cowley D.S Roy-Byrne P.P. (1991). The biology of Generalized Anxiety Disorder and chronic anxiety. En R.M. Rapee & D.H. Barlow (Eds.), Chronic anxiety. Generalized anxiety disorder and mixed anxiety – depression (pg. 52-75). New York: The Guilford Press.
- Craske M.G. Pontillo D.C. (2001). Cognitive biases in anxiety disorders and their effect on cognitive-behavioral treatment. Bull Menninger Clinical. 65 (1), 58-77.
- DeRubeis R.J. Crits-Christoph (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 66(1), 37-52.
- Dugas M. J. Ladouceur R. (2000). Treatment of gad: targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. Behavior Modification. 24 (5), 635-658.
- Dugas M.J. Freeston M.H. Ladouceur R. Rhéaume J. Provencher M. Boisvert J.M. (1998). Worry themes in primary Gad, secondary Gad and other anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders. 12 (3), 253-261.
- Durham R.C. Fisher P.L. Treliving L.R. Hau C.M. Richard K. Stewart J.B. (1999). One year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder: symptom change, medication usage and attitudes to treatment. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 27 (1), 19-35.
- Falcoff A.D. (2000). Trastorno por ansiedad generalizada: revisión bibliográfica. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 68 (4), 549-555.
- Freeman D. Garety P.A. (1999) Worry, worry processes and dimensions of delusions: an exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 27, 47-62
- Gale C. Oakley-Browne M. (2000). Anxiety Disorder. British Medical Journal. 321 (7270), 1204-1208.
- Hale A.S (1997). ABC of mental health. British Medical Journal. 314 (7097), 1886-1890.

- Harrar S. Walsh T. (2001). How many worrying hours are you working? Prevention. 53 (12), 50.
- Hoehn-Saric R. (1998). Generalized Anxiety Disorder. Guidelines for diagnosis and treatment. CNS Drugs. 9 (2), 85-98.
- Hofmann S.G. DiBartolo P.M. (1997). Techniques of cognitive therapy. En I.D. Yalom & W.T. Roth (Eds.), Treating Anxiety Disorders (pg. 57-82). San Francisco: Jossey-Bass.
- How to stop living on the edge (cover story) (1998). Harvard Health Letter. 23 (9), 1-3.
- Ladouceur R. Dugas M.J. Léger E. Freeston M.H. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. En Kendall C.P., Journal of Consulting and Clinical Psychology. 68 (6), 957-964.
- Ladouceur R. Talbot F. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. Behavior Modification. 21 (3), 355-372.
- Laplanche J. Pontalis J.B. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. (pg.242-243). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Leahy R.L. Holland S.T. (2000). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: Guilford Press.
- Lehrer P. Carr R. (1997). Progressive Relaxation. En I.D. Yalom & W.T. Roth (Eds.), Treating Anxiety Disorders (pg. 83-116). San Francisco: Jossey-Bass.
- Massion A. O. Warshaw M.G. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and Generalized Anxiety Disorder. American Journal of Psychiatry. 150 (4), 600-608.
- Michaud E. (2000). When worrying becomes deadly. Prevention. 52 (2), 134-142.
- Newman M.G (2000). Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorders as an example. En Kendall C.P., Journal of Consulting and Clinical Psychology. 68 (4), 549-555.
- Newman M.G. Consoli A. J. (1999). A Palmtop computer program for the treatment of generalized anxiety disorder. Behavior Modification. 23 (4), 597-620.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). (pg. 175-177). Madrid: Meditor.
- Rapee R.M (1991). Psychological factors involved in Generalized Anxiety. En R.M. Rapee & D.H. Barlow (Eds.), Chronic anxiety. Generalized anxiety disorder and mixed anxiety – depression (pg. 76-94). New York: The Guilford Press.
- Rose V.L (1998). Drug shows promise in treatment of generalized anxiety disorder. American Family Physician. 58 (4), 947.
- Ruiloba J.V. (1998). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona, España: Masson.
- Sanderson W.C. Beck A.T. McGinn L.K. (1994). Cognitive therapy for Generalized Anxiety Disorder: significance of comorbid personality disorders. Journal of Cognitive Psychotherapy. 8 (1), 13-18.
- Schweizer E. Rickels K. (1991). Pharmacotherapy of Generalized Anxiety Disorder. En R.M. Rapee & D.H. Barlow (Eds.), Chronic anxiety. Generalized anxiety disorder and mixed anxiety – depression (pg. 172-186). New York: The Guilford Press.
- Tarrier N. (2002). Commentary: yes, cognitive behaviour therapy may well be all you need. British Medical Journal. 324 (7332), 292-294.
- Tuschen B. Fiegenbaum W. (1997). Techniques of exposure. En I.D. Yalom & W.T. Roth (Eds.), Treating Anxiety Disorders (pg. 31-55). San Francisco: Jossey-Bass.
- Wells A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. Behavior Modification. 23 (4), 526-556.
- Wickelgren I. (1997). When worry rules your life. Health. 11 (7), 56-59.