

Trabajo Fin de Grado

“Trastorno de Ansiedad Generalizada: Un estudio de revisión”

Autora

Paula Delgado Ortiz

Director

Jorge J. Osma López

Campus de Teruel

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Grado de Psicología

2012

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción	3
1. ¿Qué es la ansiedad?	4
2.¿Qué es la ansiedad generalizada? Etiología y teorías psicológicas sobre el trastorno de la ansiedad generalizada ...	5
3. Criterios diagnósticos del TAG según DSM IV-TR y propuestas para el nuevo DSM V	7
4. Prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada	9
5. Tratamiento en el Trastorno de Ansiedad Generalizada	10
5.1 Tratamientos farmacológicos	10
5.2 Evolución histórica en tratamientos psicológicos recomendados para el Tratamiento de Ansiedad Generalizada	11
5.3 Nuevos enfoques de tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada...	17
6. Conclusiones	19
7. Referencias bibliográficas	20

Introducción

El trabajo que a continuación se presenta es una revisión teórica sobre el Trastorno de la Ansiedad Generalizada (TAG), especialmente nos centraremos en los tratamientos psicológicos que hasta ahora se han utilizado para intervenir en dicho trastorno, finalizando con una introducción de las aproximaciones teóricas más recientes, llamadas Terapias de Tercera Generación, que introducen elementos nuevos para abordar de una manera más eficaz el TAG.

El TAG es uno de los trastornos que más interés ha suscitado entre los psicólogos clínicos e investigadores por su prevalencia y supuesta cronicidad. Los tratamientos hasta ahora aplicados no muestran evidencias concluyentes acerca de la eficacia de éstos a largo plazo, esto hace pensar que, o bien es cierto que las personas que muestran un TAG están condenados a vivir con dicho trastorno toda su vida, o que quizás, los tratamientos hasta ahora aplicados no son lo suficientemente eficaces y necesitan introducir elementos nuevos, investigando la etiología de dicho trastorno para saber exactamente qué es lo que deberíamos mejorar. La perspectiva de muchos investigadores coincide en la necesidad de continuar avanzando en el estudio del TAG para mejorar los tratamientos psicológicos aumentando su grado de eficacia. El objetivo de este trabajo es presentar una revisión teórica sobre el TAG, centrándonos específicamente en los tratamientos psicológicos que se han aplicado, los tratamientos basados en la evidencia recomendados para este trastorno y los planteamientos terapéuticos más recientes.

Esta revisión teórica comienza con una introducción breve acerca de los conceptos de ansiedad, ansiedad generalizada y TAG, para pasar a explicar las nuevas conceptualizaciones que el DSM- V propone para el TAG y la prevalencia actual de dicho trastorno. Seguidamente, se exponen los tipos de tratamientos farmacológicos que se utilizan actualmente, y a continuación, se exponen los tratamientos psicológicos, comenzando con una breve contextualización histórica, siguiendo con los tratamientos psicológicos empíricamente validados, y finalizando con la introducción a las Terapias de Tercera Generación (TTG), en este caso, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, del inglés Acceptance and Commitment Therapy).

1. ¿Qué es la ansiedad?

Según la Real Academia de la Lengua (2011) la ansiedad es vista como un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo o bien como la angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos. Esta definición per se, para cualquier profesional de la psicología es vaga y difusa ya que se nos plantean diferentes cuestiones ¿qué es exactamente la angustia? ¿Qué causa ese estado de agitación y qué consecuencias tiene a nivel cognitivo, fisiológico y motor? ¿Es exactamente un estado o puede ser visto como un rasgo? ¿Todos los individuos pueden experimentar ansiedad o solamente es característico de unos pocos?

Es relevante señalar que la ansiedad es un estado emocional normal ante determinadas situaciones. E incluso cierto grado de ansiedad es deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Pero es importante saber que cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. Una de las causas de porqué se produce es la anticipación de un daño o desgracia futuros. El daño que se anticipa puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte a la persona sobre un peligro inminente y permite que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una situación amenazante.

Para la psicología, la ansiedad puede ser vista como un estado o como un rasgo. Spielberg (1980) la define de ambas formas. Para éste, la ansiedad como estado representa un periodo emocional que se caracteriza por tensión, preocupación, nerviosismo, inquietud interna y miedo. El correlato fisiológico de este estado de ansiedad es una elevada actividad del sistema nervioso autónomo. Por otro lado, la definición que ofrece este autor para describir la ansiedad como rasgo o cualidad es la siguiente: “una disposición comportamental adquirida y estable que origina en un individuo ciertas vivencias y modos de conducta que le hacen percibir algunas situaciones objetivamente poco peligrosas como verdaderas amenazas. Aunque no existan ciertas amenazas objetivas, el individuo reacciona con un aumento del estado de angustia, en el cual el sistema fisiológico es activado”. La ansiedad patológica podría encuadrarse en la definición de ansiedad como rasgo.

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades mentales caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o

activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.

A continuación se explica la etiología de la ansiedad generalizada así como las teorías psicológicas que explican dicho trastorno.

2. ¿Qué es la ansiedad generalizada? Etiología y teorías psicológicas sobre el trastorno de la ansiedad generalizada.

La ansiedad generalizada es un patrón de preocupación y ansiedad constantes acerca de muchos acontecimientos o eventos diferentes. Aspectos biológicos, familiares y psicológicos son factores que hasta ahora se han estudiado para saber la causa de la aparición del TAG.

En el capítulo de *Trastorno de ansiedad generalizada* de Montorio, Izal y Cabrera (2011) se expone que el TAG representa un trastorno mental en el cual no se ha encontrado evidencia de que la genética desempeñe un papel sustancial. Aunque es cierto que, los problemas de ansiedad son más comunes en familiares de personas con TAG que en familias en las que no existen personas que lo padezcan. Este hecho es posible por la transmisión familiar, es decir el aprendizaje vicario y las pocas oportunidades de desarrollar sensación de control a lo largo del ciclo vital que facilitan afrontar el futuro con confianza, han podido ser dos aspectos que podrían explicar la aparición del TAG. Por ello, la influencia ambiental es muy importante, sobre todo la influencia intrafamiliar. Se ha llegado a contrastar que las personas con TAG difieren de los sujetos control en sus experiencias infantiles de apego, caracterizados por un mayor rechazo o negligencia maternal y una mayor inversión de roles. Por otro lado, hay un número limitado de estudios de neuroimagen del TAG. Pero uno de los más importantes señalan que, adolescentes con TAG muestran una mayor activación en la corteza prefrontal ventrolateral derecha y sesgos en la atención para la evitación de imágenes de enfado cuando se compara con controles (Monk et al, 2006).

Señalar también que diferentes investigaciones sobre la etiología de la ansiedad generalizada están demostrando que quizá habría que incluir diferentes factores interpersonales en las terapias, ya que muchos pacientes con TAG muestran problemas para relacionarse con otras personas (Capafons, 2001).

Los aspectos psicológicos que pueden explicar la aparición del TAG se han desarrollado como modelos teóricos. Son cuatro las teorías que a continuación se

explican sobre el TAG y la preocupación. La quinta de ellas, es una teoría que explica el TAG desde una perspectiva cognitiva del procesamiento de la información.

Tabla 1. Teorías psicológicas sobre el trastorno de ansiedad generalizada

<i>Teorías psicológicas sobre el trastorno de ansiedad generalizada (Montorio Izal y Cabrera, 2011)</i>	
<u>Nombre de la teoría</u>	<u>Explicación de la teoría</u>
1. Teoría de la preocupación como evitación cognitiva	<p>-La preocupación es una experiencia verbal, con contenido emocionalmente negativo, que provoca una disminución de ocurrencia de imágenes mentales.</p> <p>-Ante una imagen mental catastrofista, la atención se desplaza al contenido verbal de la preocupación.</p> <p>-De esta manera, se produce un escape del daño emocional, la preocupación consigue disminuir la ansiedad.</p> <p>-La evitación es cognitiva, la atención se dirige al pensamiento de la preocupación y así se reduce la activación psicofisiológica de las experiencias ansiosas.</p>
2. Modelo metacognitivo del TAG	<p>-Existen dos tipos de preocupaciones. Preocupaciones de tipo 1 y de tipo 2.</p> <p>-Preocupaciones tipo 1: preocupaciones sobre situaciones externas o internas, por ejemplo salud, relaciones interpersonales, trabajo.</p> <p>-Preocupaciones tipo 2: preocupación sobre los propios procesos y sucesos cognitivos. Metapreocupación.</p> <p>-Cuando se activan las preocupaciones de tipo 1, simultáneamente se activan las preocupaciones de tipo 2</p> <p>- Por lo que la preocupación es una respuesta patológica en las personas con TAG debido a las creencias negativas que mantienen sobre las consecuencias de las preocupaciones, esto produce ansiedad y todavía más preocupación.</p>
3. Modelo de intolerancia hacia la incertidumbre	<p>-Variable principal: tendencia a reaccionar de forma negativa a nivel emocional, cognitivo y comportamental ante las situaciones inciertas.</p> <p>-Esto se relaciona de manera directa con la preocupación, y de manera indirecta con las creencias positivas sobre la preocupación, la orientación negativa hacia los problemas y la evitación cognitiva.</p>
4. Modelo de déficit de regulación emocional	<p>-Parte de la teoría de la preocupación como evitación cognitiva e introduce el proceso de regulación emocional como los intentos que hace el individuo para influir en sus emociones.</p>

	<p>- En las personas con TAG se produce un déficit de regulación emocional que se manifiesta en una vivencia de las emociones muy intensa, un déficit en la comprensión de las emociones, miedo a la emoción y manejo desadaptativo de las emociones.</p> <p>-Evitan las emociones mediante la preocupación.</p>
5. Perspectiva cognitiva del procesamiento de la información en el TAG	<p>-La ansiedad se caracteriza por la presencia de sesgos en la atención e interpretación.</p> <p>-Las personas con TAG tienden a interpretar la información de su entorno y las situaciones ambiguas de manera amenazante.</p>

3. Criterios diagnósticos del TAG según DSM IV-TR y propuestas para el nuevo DSM V.

Como ya se ha señalado antes, la ansiedad se convierte en un trastorno patológico cuando la persona experimenta una preocupación excesiva ante amenazas no siempre reales y objetivas.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000) hay once tipos de trastornos de ansiedad, entre los que se incluyen la fobia social, la fobia específica, agorafobia sin crisis de angustia, trastorno de angustia con agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés post-traumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias, trastorno de ansiedad no especificado y TAG.

A partir de ahora, este trabajo se centrará en lo que se refiere al TAG. Un primer aspecto a comentar es que la ansiedad generalizada difiere de las fobias (específicas o sociales) en que en estas últimas existe un único peligro no real específico y concreto que puede ser detectado fácilmente, y en cambio en la ansiedad generalizada los peligros no reales a los que se enfrenta el individuo son múltiples, de diferente naturaleza y no se pueden manifestar tan fácilmente como en el caso de las fobias.

Así pues, la principal característica del TAG es el malestar y la interferencia provocada por una persistente preocupación que aparece ante numerosas circunstancias cotidianas, que resulta difícil de controlar y acaba convirtiéndose en un problema en sí misma (Prados, 2008). A continuación en la siguiente tabla se contemplan los criterios que debe cumplir una persona para ser diagnosticada con TAG según el DSM- IV –TR.

Tabla 2. Criterios que debe cumplir una persona con TAG.

<i>Criterios diagnósticos para el TAG (DSM – IV- TR; APA, 2000)</i>
A) Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses
B) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
C) La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas: (1) inquietud o impaciencia (2) fatigabilidad fácil (3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco (4) irritabilidad (5) tensión muscular (6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
D) El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
E) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
F) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Pero hay que señalar, que estos criterios no han sido ni serán estables a lo largo del tiempo. De hecho, con las nuevas propuestas planteadas para la implantación del DSM-V para el año 2013, el concepto de TAG, como muchos otros, van a sufrir variaciones.

Una opción propuesta es que el TAG sea reetiquetado como un “trastorno por ansiedad y preocupación generalizadas”, para así resaltar la seña de identidad que le distingue del resto de trastornos emocionales. La propuesta de cambio haría referencia a un trastorno caracterizado por ansiedad excesiva y preocupación generalizada por diferentes acontecimientos y actividades que dura tres o más meses. Además, la preocupación actuaría como una estrategia de afrontamiento cognitivo que se manifiesta

en conductas de evitación (Montorio, Izal y Cabrera, 2011). En el año 2010, *The American Psychological Association (APA)* estableció una propuesta de criterios para el DSM-V, los cuales se muestran a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 3. Criterios propuestos para el Trastorno de ansiedad generalizada en el DSM-V

<i>Criterios propuestos</i>
<p>A) Ansiedad y preocupación excesiva para dos o más dominios de actividades o eventos</p> <p>B) La ansiedad y preocupación excesiva ocurren durante un periodo de tres o más meses en los que están presentes más días de los que no lo están.</p> <p>C) La ansiedad y la preocupación se asocian a uno o más de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Inquietud, sentirse tenso o nervioso b) Tensión muscular <p>D) La ansiedad y la preocupación se asocian a uno o más de los siguientes comportamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Notable evitación de situaciones en las cuales podría ocurrir algo negativo b) Acusado empleo de tiempo y esfuerzo en preocuparse ante situaciones en las cuales podría ocurrir algo negativo c) Una marcada indecisión comportamental o para la toma de decisiones debido a las preocupaciones d) Búsqueda repetida de bienestar o tranquilidad debido a las preocupaciones <p>E) Como el criterio D del DSM-IV-TR*</p> <p>F) Como el criterio E del DSM-IV-TR*</p> <p>G) Como el criterio F del DSM-IV-TR*</p>

*Se discute la opción de eliminar los criterios E, F y G

Como se puede observar en el DSM IV-TR los síntomas de ansiedad y preocupación deben mantenerse durante al menos seis meses, mientras que en el DSM-V deben mantenerse durante mínimo tres meses. Por otro lado, otra de las diferencias sustanciales es que uno de los criterios del DSM V que debe cumplir una persona con TAG es que la ansiedad y preocupación se asocie a diferentes comportamientos. En el DSM IV-TR no se hace referencia al repertorio conductual de la persona, solamente al estado emocional y cognitivo.

4. Prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Hoy en día, TAG es uno de los trastornos con mayor prevalencia entre población no clínica. En muestras de población general la prevalencia anual del TAG se sitúa en el 3 % aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5 %. En los centros médicos para trastornos de ansiedad aproximadamente el 12 % de los individuos

presenta un TAG. Por ejemplo, investigaciones recientes muestran que en Estados Unidos la prevalencia del TAG a lo largo de la vida es de un 5%. En otro estudio epidemiológico realizado en seis países europeos, entre los que se incluía España, la prevalencia total del TAG se situaba en un 2,8%. Si por otro lado nos referimos únicamente a datos recogidos entre la población española, nos encontramos con que la prevalencia del TAG a lo largo de la vida es de 1,3%, y que en los centros de Atención Primaria la población clínica con dicho trastorno es del 4,6 % (Montorio, Izal y Cabrera, 2011). La edad media de inicio de este trastorno suele situarse entre los 20 y 25 años, aunque datos recientes revelan que la prevalencia entre niños y adolescente está aumentando cada año (Kessler et al, 2008).

Según el DSM IV- TR (APA, 2000) se ha demostrado que el riesgo de padecer un TAG es dos o tres veces mayor en mujeres que en hombres. Respecto al curso del trastorno, suele ser crónico y fluctuante, esto indicaría que los tratamientos psicológicos que hoy en día son eficaces no proporcionan resultados excelentes, los tratamientos son bastante eficaces a corto plazo pero deficientes a largo plazo .La eficacia global apenas supera el 50%, por lo que es requerida una amplia y fuerte investigación para determinar qué factores funcionan como mantenedores a lo largo del curso del TAG. Esta información nos permitirá realizar mejoras en los tratamientos hasta ahora utilizados.

Una vez descrita la prevalencia y curso del TAG nos centraremos en los tratamientos que se han aplicado hasta el momento.

5. Tratamiento en el Trastorno de Ansiedad Generalizada

En el siguiente apartado describiremos los tratamientos que se han aplicado para el TAG, en primer lugar, describiremos los tratamientos farmacológicos y posteriormente los psicológicos.

5.1. Tratamientos farmacológicos

En cuanto al tratamiento farmacológico, se puede señalar que existe una gran cantidad de fármacos disponibles para el TAG: benzodiacepinas que aumentan la actividad inhibitoria del ácido GABA, inhibidores de la recapatación monoaminergicos, que son básicamente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la recaptación serotonina-norepinefrina con actividad dual serotonina -norepinefrina, antidepresivos tricíclicos de primera generación, azapironas que modulan la transmisión

monoaminérgica y la pregabalina, que actúa presinápticamente para inhibir actividad excitatoria. Durante muchos años, las benzodiacepinas han sido consideradas uno de los mejores tratamientos farmacológicos ya que a corto plazo son lo que mejor funcionan, pero actualmente debido a la gran probabilidad de que una condición de comorbilidad afecte al TAG, concretamente un trastorno de tipo depresivo, la primera opción de tratamiento farmacológico que se elige son los antidepresivos de alto espectro, los llamados inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación serotonina-norepinefrina con actividad dual serotonina-norepinefrina (venlafaxina) (Montorio, Izal y Cabrera, 2011).

A pesar de los efectos beneficiosos del tratamiento con benzodiacepinas, la evidencia empírica nos muestra que no hay pruebas suficientes de que el tratamiento con benzodiacepinas sea superior al tratamiento con antidepresivos, o viceversa.

5.2 Evolución histórica en los tratamientos psicológicos recomendados para el Tratamiento de Ansiedad Generalizada

5.2.1 Primeros acercamientos al tratamiento de la ansiedad generalizada

Algunas de las propuestas psicoterapéuticas para el TAG vienen de la mano de autores como Sigmund Freud, Caleb W. Saleeby, Mathew N. Chappell y Dale Carnegie (para más información ver Prados, 2008).

A principios del siglo XIX, Sigmund Freud, autor del psicoanálisis, se plantea como objetivo terapéutico descubrir y encauzar los conflictos subyacentes que conforman los síntomas del TAG. Para ello existen dos reglas, la regla fundamental (la persona se debe comprometer a expresar todo cuanto se le pase por la cabeza en cada sesión) y la regla de abstinencia (el terapeuta debe mostrarse receptivo y debe prescindir de todas sus valoraciones personales y consejos). Este enfoque psicodinámico ha resultado ser menos eficaz que otros tipos de terapias.

Caleb W. Saleeby, otro autor de esta misma época, afirma que la ansiedad generalizada surge básicamente por una falta de confianza en sí mismo por lo que la terapia que el propone debe centrarse en aumentar la autoconfianza. Saleeby propone cuatro propósitos; el primero de ellos es el “cuidado físico”, no hay que olvidarse en ningún momento del estado físico de la persona, el segundo propósito es la “conciencia del sufrimiento”, la persona debe adquirir conciencia de por qué se sufre, el tercer propósito es la “distracción mental”, el autor propone que se emplee el tiempo en alguna

afición o en ejercicio físico y por último, el cuarto propósito es el “aumento de la autoconfianza”, la persona debe incrementar la confianza en sí misma, ya que el autor afirma que la autoconfianza y la preocupación no pueden coexistir.

A mediados del siglo XIX, aparecen nuevas aportaciones de la mano de Matthew N.Chapell y Dale Carnegie. Matthew N.Chapell autor del libro *Como controlar la preocupación*, propone un modelo con cuatro puntos fundamentales de terapia, éste influido principalmente por los primeros acercamientos terapéuticos antiirracionalistas, de tradición estoica y que más tarde será desarrollado por Albert Ellis. Los cuatro puntos fundamentales son: 1. Explicar a la persona lo que le pasa; 2. Ayudar a la persona a buscar pensamientos alternativos; 3. Ayudar a la persona a concentrarse en dichos pensamientos cuando le asalte la preocupación y 4. Ayudar a la persona a eliminar las creencias que puedan estar relacionadas con la preocupación.

Dale Carnegie, cierra este apartado de los acercamientos terapéuticos pioneros para tratar el TAG, las principales sugerencias que ofrece dicho autor son:

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

Este autor pone el énfasis en dos conceptos: narración y aceptación. Hoy en día dichos conceptos son importantes en terapias validadas empíricamente como la terapia cognitiva-conductual.

5.2.2 Terapia conductista y terapia cognitiva

Estos primeros acercamientos al tratamiento de la ansiedad TAG tuvieron un carácter teórico y sirvieron como precursoras de otro tipo de terapias que en la actualidad son aplicables, pero que por sí solas no han tenido la suficiente validez empírica como para aplicarlas tal cual sus autores las describen (Prados, 2008). Por ello, surgieron dos tipos de terapias aplicables a la población clínica, aquellas terapias estrictamente conductistas y aquellas estrictamente cognitivas.

La terapia conductista busca cambiar las conductas observables que tienen que ver con la evitación que produce la ansiedad sin tener en cuenta los procesos mentales que subyacen a éstas, y por otro lado, la terapia cognitiva se centra en modificar aquellos pensamientos disfuncionales que hacen que la persona sienta un malestar, sin actuar directamente sobre cómo dicha persona actúa.

Estos dos tipos de terapia se han sostenido durante muchos años como válidos e independientes, pero la evidencia empírica ha demostrado que por sí mismas no son consideradas empíricamente eficaces. Varios estudios han señalado que si se combinan elementos de estos dos tipos de terapias, los pacientes experimentan una mejoría en el transcurso de su trastorno. Por ello la Terapia Cognitivo-Comportamental ha sido, hasta ahora, el enfoque terapéutico con mayor base empírica para el TAG (Capafons, 2001).

5.2.3 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

a) ¿En qué consiste la TCC?

Las intervenciones con TCC deben incluir una combinación de intervenciones tales como reestructuración cognitiva, exposición, relajación y desensibilización sistemática, debe ser aplicada en unas 10 sesiones (unos 6 meses) como media, ya que no se consigue una mayor efectividad aplicándola durante más tiempo. Asimismo, puede ser aplicada de manera individual o en grupo, ya que los efectos son similares, aunque el tratamiento individualizado conlleva menos tasas de abandono (Hunot, Churchill, Silva de Lima y Texeira, 2007). Así pues, como se acaba de mencionar las estrategias básicas de este tipo de tratamiento son: reestructuración cognitiva de los pensamientos, entrenamiento en técnicas de relajación, tareas de exposición a las preocupaciones y desensibilización sistemática (Cía, 2007).

A continuación describiremos con mayor detalle en qué consiste cada una de ellas (extraído de Vallejo, 1999).

La *reestructuración cognitiva de los pensamientos* sigue los principios de Beck y Steer (1990). En el TAG, los pensamientos negativos son recurrentes y su influencia y la manera de interpretarlos afecta negativamente al estado de la persona. Normalmente, este tipo de personas cometen dos tipos de errores cognitivos, el primero de ellos es la sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de un evento negativo y por otro lado la presencia constante de un pensamiento catastrófico o tendencia a esperar o interpretar lo peor y ver algo como inmanejable o imposible de afrontar cuando no hay suficientes razones para ello. El primer paso de la reestructuración cognitiva lo tiene que dar el terapeuta, es conveniente que éste dé algunas razones por las que dichos pensamientos centrados en la preocupación se mantienen a pesar de que no se cumple lo predicho, como por ejemplo, la creencia de que se ha tenido suerte, la creencia de que el preocuparse le previene de los resultados negativos o la tendencia a centrarse en los

resultados negativos sin considerar otras alternativas. Un segundo paso es proponer al paciente que se cuestione dichos pensamientos negativos, examinar su validez. Para ello se deben considerar los pensamientos como hipótesis, emplear la evidencia presente y pasada para evaluar la validez de las creencias negativas y generar predicciones a partir de la creencia para someterse a prueba, es decir, hacer experimentos conductuales en los cuales se compruebe la contingencia entre pensamientos negativos y resultados. También puede pedirse al sujeto que cuestione los pensamientos catastróficos, y que se sitúe en lo peor que puede pasar si sus creencias resultan al final verdaderas, y evaluar si realmente es tan malo como parece y si lo es, determinar qué alternativas posibles y soluciones se pueden proponer a esos eventos negativos. La segunda estrategia es el *entrenamiento en técnicas de relajación*, esta estrategia se puede dejar a la elección del terapeuta. Hay diversas formas de enseñar a un paciente a relajarse, siempre hay que buscar la que más le sirva y le ayude en su día a día. Así pues, una de las técnicas más eficaces ha sido la relajación progresiva de los 16 grupos musculares de Jacobson (1938); por otro lado, también se puede enseñar la respiración diafragmática, controlando las inspiraciones y las expiraciones; por último, como otro tipo de técnica puede ser la relajación por imaginación, el sujeto debe imaginarse aquello que más placentero le resulte, por ejemplo imaginarse en el mar, sus olas, la brisa, el color azul del agua, la arena de la playa, etc.

El tercer tipo de estrategia en la TCC es la *tarea de exposición a las preocupaciones* (Brown, O’Leary y Barlow, 1993), la exposición a la preocupación incluye cinco pasos principales. El primero es identificar las dos o tres áreas principales de preocupación de un paciente y ordenarlas comenzando por la menos perturbadora o ansiógena, el siguiente paso es entrenar en imaginación al sujeto usando escenas agradables, el tercer paso es evocar vívidamente la primera área de preocupación, pidiendo al sujeto que se concentre en sus pensamientos ansiógenos mientras intenta imaginar la peor consecuencia temida posible de esa área de preocupación, el cuarto paso es una vez que el sujeto logra imaginar vívidamente lo anterior, se le pide que vuelva a revocar los pensamientos e imágenes, y que intente poner un número a la ansiedad que está experimentando, transcurrido esto el quinto y último paso es pedirle al sujeto que genere tantas alternativas como pueda a la peor consecuencia posible.

El cuarto y último tipo de estrategia es la *desensibilización sistemática* (Wolpe, 1958). Ésta es una técnica similar a la exposición en la cual expone al paciente al estímulo fóbico (o preocupación) en imaginación, cuando el paciente visualiza con

detalle el estímulo o escena ansiógena comienza a respirar profundamente (relajación) manteniendo la imagen en su mente. Cuando se ha reducido la ansiedad suficientemente, pasan a otra escena de la jerarquía. Podemos decir que es igual que la exposición pero en imaginación.

b) TCC y su eficacia

Si se afirma que un tratamiento es eficaz, quiere decir que éste es capaz de producir cambios psicológicos en la dirección esperada, cambios claramente superiores con respecto a la no intervención, el placebo u otros tratamientos estándar disponibles en dicho momento. Para que un tratamiento psicológico sea tachado de eficaz, éste debe reunir una serie de criterios. Los criterios que se siguen son los mantenidos en un informe de la División 12 de la APA, en el que se actualizan las condiciones para la inclusión de los tratamientos en las diferentes categorías de apoyo empírico. Estos criterios son exigentes y apuntan claramente al estándar de tratamiento eficaz más que a la efectividad, sea entendida esta como la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población. Así pues, a continuación, en la siguiente tabla se exponen los criterios de clasificación en la evaluación de tratamientos psicológicos eficaces (Capafons, 2001).

Tabla 4. Criterios de clasificación para evaluación de los tratamientos psicológicos empíricamente eficaces

<i>Tratamiento bien establecido (condiciones I o II)</i>
<p>I. Al menos dos estudios con diseño de grupo llevados a cabo por investigadores diferentes deben haber mostrado la eficacia del tratamiento en una o más de las siguientes maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El tratamiento es superior al tratamiento farmacológico o al placebo, o a otro tratamiento. b) El tratamiento es equivalente a otro establecido en estudios con adecuado poder estadístico. <p>II. Demostrar eficacia mediante una serie amplia de estudios de caso único. Estos estudios deben tener:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Un buen diseño experimental b) Haber comparado la intervención dentro del modelo de diseño único con el placebo, con la intervención farmacológica o con otros.
<i>Tratamiento probablemente eficaz (condiciones III o IV o V o VI)</i>
<p>III: Dos estudios han mostrado que el tratamiento es más eficaz que un grupo control en lista de espera.</p> <p>IV. En dos estudios se cumplen los criterios de tratamiento bien establecido pero son llevados a cabo por el mismo investigador</p> <p>V. Al menos dos buenos estudios demuestran la efectividad del tratamiento pero muestran una gran</p>

heterogeneidad en las muestras de clientes.
VI. Usando metodología de caso único se reúnen los criterios para tratamiento bien establecido, pero la serie de estudios es pequeña (menos de tres)
<i>Tratamiento en fase experimental</i>
VII. Tratamientos que no se pueden enmarcar en las categorías anteriores, aunque existan indicios experimentales prometedores de que se pueden alcanzar los niveles de eficacia establecidos.

De esta manera, y volviendo al TAG y como ya se dijo anteriormente, la terapia cognitivo conductual ha sido el tratamiento validado empíricamente para dicho trastorno. Las revisiones sobre la eficacia de la TCC indican lo siguiente:

1- El único estudio metaanalítico realizado con el TAG concluye que la TCC provocan un efecto muy amplio en el postratamiento. Los datos sobre el seguimiento son más bien escasos y los grupos de control varían mucho de estudio a estudio (Chambless y Gillis, 1993).

2- La TCC aplicada por terapeutas con experiencia muestra evidencia importante de eficacia: entre dos tercios y tres cuartos de los clientes con TAG probablemente mantendrán sus mejoras terapéuticas a los seis meses de acabada la intervención.

3- Estos efectos a medio plazo son bastante superiores a los que se obtienen con terapia analítica, counseling no directivo y métodos comportamentales como retroalimentación o biorrealimentación.

4- Las TCC parecen ser los tratamientos más aceptables en términos de adherencia a la intervención y de resultado en el seguimiento.

5- Y tal como se ha indicado anteriormente, las benzodiazepinas por sí solas parecen tener efecto sólo a corto plazo.

Recientes investigaciones, han demostrado que los tratamientos con una duración más bien prolongada, unas 13,50 horas parecen ser más útiles frente a los tratamientos de 9,25 horas. Asimismo, diferentes autores que han investigado sobre la TCC y su eficacia han resaltado la importancia de incluir elementos terapéuticos que ayuden al paciente a centrarse en el presente, algo importante y destacable que aparece en terapias recientes, como la ACT que se desarrollará posteriormente (Capafons, 2001).

5.3 Nuevos enfoques de tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada

Como se ha mencionado anteriormente, la TCC no es exitosa a largo plazo. Las personas con TAG no llegan a alcanzar un beneficio terapéutico completo (Montorio, Izal y Cabrera, 2011). Por ello, Borkovec, Newman, Pincus y Lytle (2002) han planteado nuevos y prometedores desarrollos terapéuticos a partir del aumento de conocimientos de la naturaleza y funciones de la preocupación que incluyen:

- a) Prevención de respuesta: control de estímulos que favorezca que las personas con TAG confronten sus miedos y prevengan las respuestas de evitación.
- b) Control de resultados de las preocupaciones: combatir la creencia de estos pacientes de que las preocupaciones sirven para alguna función adaptativa.
- c) Un incremento en el aprendizaje para vivir el momento presente: se trabaja un cambio de atención hacia lo real favoreciendo experiencias iniciales agradables mediante relajación y terapia cognitiva.
- d) Contrarrestar el escape y la evitación de imágenes negativas mediante la técnica de desensibilización sistemática.
- e) Identificar otros objetivos terapéuticos que potencialmente subyacen a las preocupaciones, entre los que se encuentran los eventos traumáticos, problemas relacionados con el desarrollo social y evolutivo que proceden de la infancia o los muy frecuentes problemas interpersonales que convierten el mundo en algo difícil de controlar.

Algunos de estos aspectos serán integrados en las llamadas TTG (Hayes, 2004). Las TTG, entre las que se encuentra la Terapia de Aceptación y Compromiso, emergen por diferentes razones, una de ellas es por el desconocimiento sobre por qué funciona o fracasa la terapia la terapia cognitiva, otra es por la existencia de concepciones radicalmente funcionales del comportamiento humano, y la última es por la curva acelerada de investigaciones básicas en lenguaje y cognición desde una perspectiva funcional (Luciano y Valdivia, 2006).

La ACT es la más completa de las incluidas en las TTG (Hayes, 2004). Según Luciano y Valdivia (2006), la ACT se podría resumir en los siguientes puntos:

- a) Es un tratamiento centrado en las acciones valiosas para uno.
- b) Contempla el malestar/sufrimiento como normal, producto de la condición humana.
- c) La resistencia que genera el sufrimiento patológico surge porque el individuo aprende a resistir el sufrimiento normal.

- d) Promueve el análisis funcional, se basa en la experiencia del paciente.
- e) Tiene por objetivo romper la rigidez del patrón de evitación destructivo o la excesiva regulación por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor como fundamental para vivir.
- f) Implica clarificar los valores para actuar en la dirección valiosa.
- g) Implica elegir nuevamente actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por la recaída.

De acuerdo con Roemer y Orsillo (2005) el TAG implica cuatro componentes: 1) experiencias internas (pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas, etc.), 2) una relación problemática con las experiencias internas, 3) evitación experiencial y 4) restricción conductual. Por ello, estas autoras creen que la ACT sería útil para tratar el TAG. De este modo, la ACT para el TAG implica: una psicoeducación en lo que se refiere a la preocupación, ansiedad, emoción y evitación experiencial, practicar el desarrollo de mindfulness (una atención plena en el presente) y la aceptación como respuesta alternativa a las experiencias internas e identificar los valores individuales que nos llevan a la acción. El foco principal es la elección de valores para actuar en congruencia con ellos en lugar de tomar aquellos caminos que tengan como resultado evitar la ansiedad.

La evidencia empírica nos muestra que esta terapia ha sido efectiva en numerosos estudios de caso (Luciano y Valdivia, 2006). Pacientes diagnosticados con TAG que recibieron ACT han mostrado mejoras significativas en sus síntomas en los pequeños ensayos abiertos (Roemer y Orsillo, 2007) y en la lista de espera controlada (Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault, 2008). Luciano y Valdivia (2006) afirman que este tipo de terapia ha resultado eficaz para evitar cronicidad y alterar de forma notable el curso de secuelas y síntomas variados, habiéndose aplicado en formato breve y amplio; en formato individual y grupal, además de aplicado por diferentes personas y en numerosos países.

6.Conclusiones

El TAG es un trastorno de ansiedad caracterizado por un patrón de preocupación y ansiedad constantes acerca de muchos acontecimientos o eventos diferentes. Este tipo de trastorno es explicado desde diferentes teorías psicológicas como son la Teoría de la preocupación como evitación cognitiva, el Modelo metacognitivo del TAG, el Modelo de intolerancia hacia la incertidumbre, el Modelo de déficit de regulación emocional y la Perspectiva cognitiva del procesamiento de la información en el TAG. Todas ellas intentan explicar por qué aparece el TAG y por qué se mantiene a lo largo del tiempo. Los diferentes tratamientos que hasta ahora se han aplicado para el TAG no han mostrado resultados completamente satisfactorios, el éxito terapéutico no sobrepasa de los seis meses. Hasta el momento, el único tratamiento psicológico empíricamente validado es la TCC. Este tipo de terapia ha resultado ser eficaz en pacientes con TAG pero sigue existiendo el problema de que no es exitosa a largo plazo (Capafons, 2001). Por ello, diferentes autores han investigado con mayor profundidad este tipo de trastorno de ansiedad, con el objetivo de saber qué factores favorecen la cronicidad de éste. Los resultados muestran que las personas con TAG mantienen una serie de creencias positivas sobre la preocupación y utilizan ésta como estrategia de afrontamiento. Como la preocupación normalmente va seguida de la no ocurrencia de los eventos temidos, se ve otra vez reforzada negativamente (Montorio, Izal y Cabrera, 2011). La ACT, hasta ahora la más completa de las TTG (Hayes, 2004), está resultando ser eficaz como un tratamiento alternativo para personas con TAG. Esta terapia se centra en aspectos como la evitación experiencial y la restricción conductual como consecuencia de las creencias positivas de la preocupación, la importancia de vivir en el presente y la dirección de las conductas según los valores de la persona. La evidencia empírica hasta el momento nos muestra resultados satisfactorios (Hayes, Orsillo y Roemer, 2010).

Como exponen Luciano y Valdivia (2006), la ACT es un proyecto ambicioso de investigación básico-aplicada que mejorará la terapia y que permitirá un conocimiento de la condición humana más acertado para prevenir y resolver problemas.

7. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1990). *Manual for the revised Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.
- Brown, T.A., O'Leary, T.A. y Barlow, D.H. (1993) Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (dir.): *Clinical handbook of psychological disorders (2ª ed)*. Nueva York: Guilford.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13, 442-446.
- Chambless, D. L., y Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Cía, A.H. (2007). Trastorno de ansiedad generalizada: Actualización diagnóstica y terapéutico, y comentarios sobre el artículo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 29-33.
- Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española (2001). 22ª edición. Madrid.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. A., Orsillo, S. M. y Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 48, 238-24.
- Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Psychological therapies for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kessler, R. C., Hwang, I., Labrie, R., Petukhov, M., Sampson, N. A., Winters, K., C., et al. (2008). The DSMIV, pathological gambling in National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 1351-1360
- Luciano, M. y Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso. Fundamentos, Características y Evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-9.
- Monk, C. S., Nelson, E. E., McClure, E. B., Mogg, K., Bradley, B. P., Leibenluft, E., Blair, R. J., Chen, G., Charney, D. S., Ernst, M., & Pine, D. S. (2006). Ventrolateral prefrontal cortex activation and attentional bias in response to angry faces in adolescents with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1091-1097.
- Montorio, I., Izal, M. y Cabrera, I. (2011). Trastorno de ansiedad generalizada. En Caballo, V.E., Salazar, I. C. y Carrobbles, J.A. (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. (pp. 287-303). Madrid: Pirámide.
- Prados, J. M. (2008). *Ansiedad generalizada. Serie guías de intervención*. Madrid: Síntesis.
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2005). An acceptance based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In S.M. Orsillo y L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness- based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 213-240). New York: Springer.

- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance- based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior therapy*, 38, 72-85.
- Roemer, L., Orsillo, S.M. y Salters-Pedneault,K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1083-108.
- Spielberger, C. (1980). *Tensión y ansiedad*. México: Editorial Harla.
- Vallejo, M.A. (1999). *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson.
- Wolpe. J (1958): *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.