

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA SEGÚN EL MODELO DE INTOLERANCIA A LA INCERTIDUMBRE DE DUGAS: CASO CLÍNICO

Mónica Pérez Burgos
José Luis Graña Gómez¹
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid

Resumen

El trastorno por ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva e incontrolable (anticipación aprensiva) que provoca niveles elevados de ansiedad y malestar emocional. El Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MII) en el TAG atribuye un papel central a la intolerancia a la incertidumbre, a las creencias positivas sobre la utilidad de preocuparse, a la orientación negativa hacia los problemas y a la evitación cognitiva. Se presenta un caso clínico de una mujer de 45 años con diagnóstico de TAG, según DSM- V y se aplica un tratamiento cognitivo conductual basado en el modelo de intolerancia a la incertidumbre (Dugas y Robichaud, 2007) al que se añadieron otros componentes para abordar algunos aspectos problemáticos de la paciente no incluidos en dicho programa. Se analiza el proceso de intervención y los resultados obtenidos.

PALABRAS CLAVE: *Trastorno ansiedad generalizada, tratamiento cognitivo conductual, evaluación, intolerancia a la incertidumbre, caso clínico.*

Abstract

Generalized Anxiety Disorder (GAD) is characterized by excessive and irrepressible worry (apprehensive anticipation) that causes high anxiety level and emotional distress. The Intolerance of Uncertainty Model (IUM) of GAD attributes a key role to Intolerance of Uncertainty, and additional roles to Positive Beliefs about Worry, Negative Problem Orientation and Cognitive Avoidance, in the development and maintenance of worry. Next, a clinical case of a 45 years old male with a diagnosis of a Generalized Anxiety Disorder, according to DSM-V criteria is presented. Based on cognitive behavioral therapy and with particular emphasis on Intolerance of Uncertainty Model, the therapeutic process is detailed as well as other components included to address patient issues not included in this program. A review that shows efficiency and effectiveness is made.

KEYWORDS: *Generalized Anxiety Disorder, cognitive behavioral treatment, evaluation, intolerance of uncertainty model, clinical case.*

Introducción

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se ha descrito como uno de los trastornos de ansiedad más relevantes debido a su elevada prevalencia y comorbilidad con otros trastornos del estado de ánimo y otros trastornos de ansiedad (Roemer, Orsillo y Barlow, 2002) y es un motivo de consulta habitual en atención primaria. Además, el TAG interfiere de manera significativa en la vida personal, laboral,

¹ Citar este artículo como: Pérez, M. y Graña, J. L. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: caso clínico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 19*, 126-153. doi:

¹ *Correspondencia:* Prof. Dr. José Luis Graña. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. Pozuelo de Alarcón. 28223. Madrid.

Correo electrónico: jlgranna@ucm.es

Fecha de recepción del artículo: 18-07-2019

Fecha de aceptación del artículo: 29-09-2019

social y familiar de quien lo padece. Entre sus efectos negativos, están los siguientes: estado de ánimo deprimido, mayor probabilidad de ideación e intentos suicidas, problemas interpersonales y familiares, baja satisfacción marital, mayor riesgo de separación o divorcio, falta de amigos íntimos, peor rendimiento laboral, mayor probabilidad de problemas médicos (p. ej.: problemas cardíacos, dolor de cabeza, colon irritable) y mayor empleo de servicios médicos y medicación (benzodiazepinas, antidepresivos, hipnóticos) para controlar sus síntomas. El TAG supone un uso elevado de recursos sanitarios y un alto coste para la sociedad (Bados, 2015).

Clasificación diagnóstica

La consideración del TAG como entidad clínica es relativamente reciente y su caracterización ha sufrido cambios sustanciales desde su primera inclusión en el DSM-III (APA, 1980) como una categoría residual, ya que el diagnóstico de TAG se efectuaba cuando no se cumplían los criterios para cualquier otro trastorno de ansiedad. Con el DSM-III-R (APA, 1987), se le dio entidad propia y se estableció que la preocupación era la característica principal de este trastorno. El DSM-IV (APA, 1994) y el DSM-IV-TR (APA, 2000) aumentaron notablemente la fiabilidad y validez del diagnóstico al incluir datos de resultados de diversas investigaciones. El DSM-IV consideró que la ansiedad y la preocupación debían ser excesivas y difíciles de controlar. El DSM-III-R establecía que, para el diagnóstico del TAG, la persona debía cumplir seis síntomas de un listado de 18 que reflejaban los ámbitos de tensión motora, hiperactividad autonómica y vigilancia. Al ser analizados, se encontró que los síntomas de hiperactividad autonómica eran poco fiables e infrecuentes y se identificaron siete síntomas de mayor relevancia que fueron incluidos en el DSM-IV, combinando dos de ellos en un único criterio. La investigación de laboratorio ha confirmado que la ansiedad generalizada no está asociada a la activación autonómica, e incluso se ha probado que preocuparse reduce esta activación fisiológica en respuesta a estímulos amenazantes (Borkovec y Hu, 1990). Finalmente, el trastorno por ansiedad excesiva en la infancia fue incluido dentro del TAG en el DSM-IV. El DSM-IV-TR y el DSM V han mantenido idénticos en lo esencial los criterios del DSM-IV. El TAG se caracteriza según el DSM-V (APA, 2013), por la presencia de ansiedad y preocupación excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades. Asimismo, se le añaden síntomas como temblores, dificultades para concentrarse, inquietud persistente, tensión muscular excesiva, dolores musculares frecuentes, fatiga, irritabilidad, o trastornos del sueño.

En cuanto a la CIE-10, la conceptualización del TAG está más próxima al DSM-III-R que al DSM-IV o al DSM-V. La CIE-10 considera que el TAG es definido por la presencia de: a) Ansiedad, tensión y preocupación prominentes y persistentes. b) Determinados síntomas, la gran mayoría de tipo motor o autónomo c) Incluye el criterio jerárquico del DSM III de no realizar un diagnóstico si está presente un trastorno fóbico, de pánico, obsesivo compulsivo o depresión mayor.

El grado de concordancia entre el DSM-IV-TR o DSM-V, por una parte, y la CIE-10, por otra, es solo moderado. Parece que la CIE-10 diagnosticaría una forma más leve de TAG al no exigir que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar y que haya interferencia en la vida (Bados, 2015).

Características clínicas

Preocupación. La característica central del TAG es la presencia de preocupaciones excesivas e incontrolables. Una de las primeras definiciones de preocupación es la realizada por Borkovec, Robinson, Pruzinsky y DePree (1983) como “una cadena de pensamientos e imágenes de carácter negativo y relativamente incontrolables que representan un intento de los individuos por resolver mentalmente un problema cuyo resultado es incierto pero que contiene la posibilidad de uno o más resultados negativos”. En un sentido evolutivo, la preocupación estaría relacionada con una función

adaptativa en el sentido de que permite anticipar futuras amenazas y prepararse para afrontarlas usando estrategias cognitivas de búsqueda de información y solución de problemas. Además, es más probable que aparezca la ansiedad asociada a la preocupación cuando se producen algunos estados psicológicos relacionados con una baja percepción de control. La preocupación se convierte en desadaptativa cuando se vuelve incontrolable y es excesiva en proporción con la amenaza. Desde el punto de vista de la función adaptativa, se defiende la preocupación como un continuo que en su lado no patológico cumpliría la función de previsión de amenazas potenciales y preparación para afrontarlas y en su polo patológico, estaría relacionada con alta ansiedad, malestar emocional o intentos fallidos para resolver problemas. Los estudios acerca de las diferencias entre personas con alta y baja preocupación también respaldan la idea de un continuo.

Se considera que no existen diferencias acerca del contenido de las preocupaciones de individuos con TAG respecto al resto de los individuos. Sin embargo, Dugas y Ladouceur (1997) señalan que los primeros se preocupan por una mayor variedad de situaciones y se preocupan más por cuestiones menores. Por otra parte, las preocupaciones tienen mayor frecuencia, duración e intensidad y son más difíciles de controlar en los sujetos con TAG. Además, dichas preocupaciones se asocian a una hipervigilancia hacia los estímulos amenazantes y a una sensación de incontrolabilidad acerca de los mismos.

En comparación con las personas que se preocupan excesivamente pero sin tener diagnóstico de TAG, los pacientes con TAG (aquellos que buscan tratamiento) puntúan más alto en rasgo de ansiedad y en depresión, se preocupan por una mayor variedad de temas, tienen más creencias negativas sobre preocuparse (en el sentido de que es incontrolable y peligroso) y una mayor necesidad de controlar los pensamientos, presentan más pensamientos intrusos antes y después de un período inducido de preocupación (lo que sugiere una menor capacidad actual y no solo percibida, para controlar la preocupación) y dichos pensamientos intrusos son más negativos según evaluadores independientes. Aunque todas estas diferencias podrían ser atribuidas no tanto al diagnóstico del TAG, sino al hecho de buscar tratamiento (Bados, 2015).

Las personas con TAG se preocupan por cosas que es improbable que sucedan o que si ocurren son mucho más manejables y menos dramáticas de lo que piensan. Presentan preocupaciones relativamente constantes y, por lo general, únicamente suelen ser capaces de dejar a un lado un tema de preocupación cuando aparece un nuevo tema por el que preocuparse.

Aspectos emocionales, conductuales y fisiológicos

La ansiedad es la respuesta emocional (sentimiento de inquietud/malestar o reacciones somáticas de tensión) que acompaña a la anticipación aprensiva de un peligro o desgracias futuros, ya sean internos o externos y junto con la preocupación están asociadas a síntomas como fatigabilidad, irritabilidad, inquietud o nerviosismo, perturbaciones del sueño, dificultades de concentración, quedarse en blanco y deterioro en la ejecución de tareas, especialmente de tareas cognitivas complejas.

Las reacciones autónomas no parecen ser tan frecuentes en el TAG como en otros trastornos de ansiedad, en cambio, las personas con TAG informan de más activación del sistema nervioso central. La tensión muscular es la reacción somática más característica del TAG, mientras que hay un déficit del tono parasimpático en estados de relajación y reposo, por lo que el principal correlato psicofisiológico del TAG parece ser la inflexibilidad o falta de variabilidad autonómica (Hazzlett-Stevens, Pruitt y Collins, 2009). Este sustrato fisiológico tiene sentido si consideramos que los estímulos temidos en el TAG tienen que ver con pensamientos sobre una amenaza futura sin tener que luchar ni huir. (Bados, 2015). Sería una respuesta animal de quedarse totalmente inmóvil cuando no se dispone de una conducta de lucha o huida; esta inmovilidad generaría un aumento de la tensión muscular.

A nivel conductual, en el TAG se llevan a cabo conductas de evitación y de búsqueda de seguridad dirigidas a prevenir la amenaza y a reducir la incertidumbre y la ansiedad que contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza.

Aspectos cognitivos

Las personas con TAG muestran sesgos de juicio, ya que consideran más probable que se produzcan resultados negativos por aquello que les preocupa que las personas sin TAG. Estos sesgos, junto con la preferencia atencional hacia estímulos amenazantes y de interpretación amenazante de la información ambigua (ver más adelante modelo de intolerancia a la incertidumbre), funcionan manteniendo la hipervigilancia hacia posibles indicios de amenazas que le son personalmente relevantes, lo que lleva a una detección incrementada del riesgo de amenazas en el ambiente. A su vez, este aumento del riesgo de amenaza genera una mayor ansiedad que frecuentemente conlleva evitación cognitiva de los indicios del peligro, un hecho que impide el procesamiento completo del material amenazante.

Por otra parte, pueden distinguirse dos tipos de creencias que pueden entrar en conflicto a la hora de regular las preocupaciones. Por un lado, las creencias positivas de que preocuparse es útil para resolver problemas, motivarse, estar preparado para lo peor, para evitar que ocurra lo que se teme (pensamiento mágico), no pensar en otras cosas más perturbadoras emocionalmente o es un rasgo positivo de personalidad; y, por otro, las creencias de que las preocupaciones son peligrosas e incontrolables.

A nivel cognitivo, se ponen en marcha estrategias de control del pensamiento dirigidas a prevenir la amenaza y a reducir la ansiedad y la incertidumbre como supresión de pensamientos negativos, sustitución de estos por otros más agradables, distracción, sustitución de imágenes amenazantes por pensamientos verbales.

Edad de comienzo y curso

Respecto a la edad de inicio, el TAG es uno de los trastornos que más tarde se desarrolla, la edad media de inicio se sitúa entre los 20 o 25 años, aunque puede aparecer en cualquier momento de la vida. En concreto, parece incrementarse a partir de 35 años en mujeres y a partir de 45 años en hombres. Dado que el TAG puede desarrollarse a cualquier edad y tiene un curso crónico, es uno de los trastornos más significativos en personas mayores, como una prevalencia para esta población en España del 7,2% (Montorio y cols., 2014). En niños y adolescentes, la edad media de comienzo oscila entre los 11 y 13,5 años.

El curso del trastorno es crónico, aunque con fluctuaciones dependientes de la presencia o ausencia de períodos de estrés: La tasa de recuperación espontánea oscila entre el 20-35% y, aunque puede remitir totalmente, especialmente con tratamiento adecuado, lo más frecuente es que continúe a nivel subumbral (con importantes síntomas residuales) o sea reemplazado por otro trastorno (Bados, 2016).

Epidemiología

Existe una amplia variabilidad en los datos de prevalencia del TAG dependiendo de diversos factores como: instrumentos utilizados, criterios diagnósticos (DSM-V o CIE-10), metodología de entrevista, país o datos sociodemográficos. Según el estudio ESEMeD/MHDEA 2000 Investigators, 2004), en España, la prevalencia-vida es de un 1,9% y la prevalencia anual de 0,5%, más bajas que el 2,8% y 1% halladas en seis países europeos (entre ellos España). En Europa, según el ESEMeD, la prevalencia vital en las mujeres es del 3,6% frente al 2% en hombres.

Comorbilidad

La comorbilidad es muy frecuente en personas con TAG. En el estudio de Brown y cols. (2001) encontraron que en pacientes con TAG la inmensa mayoría había presentado a lo largo de su vida: a) Un diagnóstico adicional de cualquier trastorno del Eje I (92%); b) Cualquier trastorno de ansiedad o estado de ánimo (88%), c) cualquier trastorno de ansiedad (71%), d) Cualquier trastorno del estado de ánimo (73%). Los diagnósticos comórbidos más frecuentes, tanto en la actualidad como a lo largo de la vida son trastorno depresivo mayor (26% y 64%), fobia social (36% y 39%), el trastorno de pánico con agorafobia (18% y 20%) y las fobias específicas (12% y 17%). El abuso de alcohol u otras drogas (18%) y la distimia (13%) fueron también relativamente frecuentes a lo largo de la vida.

En cuanto a comorbilidad actual en personas con diagnóstico principal de TAG actual. Provencher, Ladouceur y Dugas (2006) encontraron que el 73% de pacientes con TAG recibieron además al menos un diagnóstico adicional de trastornos de ansiedad o depresivos del DSM-IV: 53% un diagnóstico adicional, 27%, dos; 14%, tres; 5% cuatro y 1%, cinco.

Otros problemas que aparecen frecuentemente son aquellos asociados al estrés: síndrome de colon irritable, síndrome de fatiga crónica, úlceras, diarrea, gases, dolores de cabeza, hipertensión esencial, trastorno cardiovascular, diabetes, insomnio, síndrome temporomandibular e incluso cáncer. Esto se explicaría en parte por la asociación de las preocupaciones con cambios en la activación cardiovascular, inmunológica y endocrina. Estos efectos fisiológicos parecen debidos, al menos en parte, a la carga mental no solo emocional de las preocupaciones (Montorio, 2014).

Modelos explicativos

A continuación, se describen los principales modelos actuales sobre el TAG.

Modelo de evitación de la preocupación (MEP). En el modelo de Borkovec es fundamental la distinción entre contenido verbal de las preocupaciones (entendido como un diálogo interior sobre sucesos negativos o que teme que ocurran en el futuro) y las imágenes mentales, ya que la activación de imágenes mentales temidas produce una activación somática (p.e. aumento de tasa cardiaca) que no ocurre cuando se activa el mismo contenido de manera verbal. La preocupación es una experiencia principalmente verbal/lingüística, de contenido emocionalmente negativo, que provoca una disminución de la ocurrencia de imágenes mentales (Borkovec e Inz, 1990). Según esto, las personas con TAG ante una imagen mental catastrofista desplazan la atención hacia el contenido verbal de la preocupación para evitar tanto las imágenes como la activación psicofisiológica ansiosa asociada a ellas. La preocupación funciona como una respuesta de evitación cognitiva ante las amenazas percibidas (internas y externas) e impide el procesamiento emocional de la información amenazante (al no producirse la exposición a los estímulos). En consecuencia, no se activa suficientemente la estructura del miedo ni se llevan a cabo acciones para reevaluar y afrontar la amenaza, con lo que no se incorpora la información correctiva necesaria. Como resultado, las preocupaciones son reforzadas negativamente por la reducción de imágenes aversivas, contribuyen a mantener las interpretaciones de amenazas y disminuyen el control percibido sobre las amenazas futuras. Además, las preocupaciones son reforzadas negativamente cuando la activación emocional se reduce al no ocurrir las consecuencias temidas (ya que tienen una baja probabilidad de ocurrencia) y cuando la función de la preocupación es no pensar en otras experiencias más perturbadoras emocionalmente. En el TAG, la evitación se produce a nivel cognitivo porque el peligro no existe y, por tanto, la respuesta de huida-lucha y la consiguiente activación simpática no se produce. Por eso, en los individuos con TAG no son característicos los síntomas de activación simpática, sino los que están mediados por el sistema nervioso central.

Otro factor que contribuye al mantenimiento de las preocupaciones son las creencias de que estas son útiles para resolver problemas, evitar lo que se teme, motivarse para actuar, prepararse para lo peor o ayudar a no pensar en otras cosas más perturbadoras emocionalmente.

Modelo metacognitivo (MMC). Wells (2009) distingue dos tipos de preocupaciones: a) Preocupaciones Tipo I sobre situaciones externas o internas que no son cognitivas (sensaciones físicas) y b) Preocupaciones de Tipo 2 sobre el hecho de preocuparse (metapreocupaciones). Son interpretaciones negativas de las preocupaciones que son consideradas como incontrolables y peligrosas. Las preocupaciones suelen ser disparadas por un pensamiento del tipo “¿y si...?”, el cual activa creencias metacognitivas positivas sobre la utilidad de la preocupación como estrategia adecuada de afrontamiento y solución de problemas. Estas creencias mantienen las preocupaciones, lo que conduce a ansiedad y afecto negativo, aunque esto puede reducirse si la persona encuentra una solución a lo que le preocupa. Lo habitual es que esto no ocurra y el problema se perpetúe. Además, este se complica cuando se desarrollan creencias negativas sobre las preocupaciones, que dan lugar a metapreocupaciones, considerándolas como incontrolables y peligrosas las cuales intensifican la respuesta emocional y aumentan las preocupaciones.

Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MII). El grupo de Dugas ha destacado la intolerancia a la incertidumbre (II) como un factor clave en el TAG. Se define como la tendencia general (característica disposicional) a considerar inaceptable que un evento negativo pueda ocurrir, aunque su probabilidad de ocurrencia sea muy pequeña. Estos individuos se preocupan porque interpretan las situaciones inciertas de manera amenazante y las consideran inaceptables, que deben evitarse, provocadoras de frustración, inductoras de estrés e inhibidoras de la acción. La II contribuye al desarrollo y mantenimiento de las preocupaciones y la ansiedad al facilitar: a) ciertos sesgos cognitivos: atención sesgada hacia la amenaza, interpretación de la información ambigua como amenazante, exageración de la probabilidad de amenaza, necesidad de más información a la hora de tomar decisiones. b) Orientación negativa hacia los problemas: percibiéndolos como amenazantes y a una falta de confianza en las propias capacidades para solucionarlos. c) Las creencias de que las preocupaciones son útiles. d) el uso de estrategias de evitación, que produce un efecto paradójico de rebote. Las preocupaciones y la ansiedad contribuyen asimismo a la orientación negativa hacia los problemas y a las estrategias de evitación. A su vez, el estado de ánimo y la ocurrencia de eventos vitales influyen en todo este proceso.

Modelo de desregulación emocional (MDE). Este modelo (Meninn y cols. 2004) considera que las personas con TAG tienen cuatro componentes fundamentales. 1) Presentan una característica disposicional a la hiperactivación emocional, de modo que ante una amenaza percibida reaccionan emocionalmente de un modo más fácil, rápido e intenso. 2) Una comprensión más pobre de sus emociones, lo que supone déficits para describirlas y denominarlas, para acceder a la información que nos proporcionan y para utilizar esa información. 3) Actitud negativa hacia las emociones al percibir las como amenazantes. 4) uso de estrategias disfuncionales de regulación emocional (Hervás, 2011).

Modelo de evitación experiencial (MBA). Este modelo (Roemer y Orsillo, 2009) tiene tres componentes. 1) las personas con TAG tienen una relación problemática con sus experiencias internas (pensamientos, emociones y sensaciones corporales). En este componente se distingue: a) la reacción negativa a las experiencias internas que incluye pensamientos negativos (p.e. considerar las respuestas emocionales como indeseables y amenazantes) y metaemociones (p. ej., miedo a las emociones negativas), los cuales generan dificultades para observar y aceptar las experiencias internas. La fusión con las experiencias internas implica considerarlas como que forman parte de la realidad, por lo que un pensamiento negativo transitorio se convierte en una característica definitoria de la persona. 2) Evitación experiencial: deliberada o automática de las experiencias internas percibidas como amenazantes que reduce el malestar peor solo temporalmente, y contribuye a mantener la relación problemática con las

experiencias internas. Además, facilita la aparición de 3) restricción conductual, la persona realiza menos actividades valiosas o significativas o bien es menos consciente de las mismas cuando las realiza. Todos estos modelos ofrecen una visión fundamental sobre la naturaleza básica del TAG y establecen tratamientos con niveles muy aceptables de éxito. Los cinco consideran la evitación de las experiencias internas como aspecto central en el trastorno. Por ejemplo, el MEP considera que la preocupación es una estrategia para evitar estímulos cargados de emociones (tales como imágenes vívidas y activación somática, mientras que el MII observa la preocupación como una estrategia para evitar la incertidumbre. El MMC se centra en el uso de estrategias para evitar preocuparse sobre la preocupación, y el MDE trata la preocupación como una estrategia de afrontamiento ineficaz para gestionar y evitar las emociones. Por último, el MBA afirma que la preocupación es un tipo de evitación experiencial de las experiencias internas. Al mismo tiempo, hay diversos componentes del tratamiento que son comunes en todos los modelos como psicoeducación acerca del TAG, la automonitorización y el énfasis en el entrenamiento para afrontar experiencias internas.

Sin embargo, hay también importantes diferencias conceptuales que se observan en los tratamientos establecidos por cada modelo. Si clasificamos estas teorías en tres ámbitos tendremos: modelos cognitivos (MMC, MII), modelos emocionales/conductuales (MDE, MBA) y modelo mixto (MEP). Los primeros consideran que los pensamientos/cogniciones específicas son el mecanismo que origina y mantiene el TAG, de tal forma que, los tratamientos van dirigidos a esas cogniciones fundamentales (es decir, creencias y pensamientos) acerca de experiencias internas tales como la veracidad de creencias negativas de la resolución de problemas (MII) meta-creencias negativas acerca de la preocupación (MCC) y creencias positivas acerca de la preocupación (MII y MCC). Por el contrario, los modelos emocionales / conductuales se centran principalmente en el impacto de las emociones y conductas en el desarrollo y mantenimiento del TAG, en estos casos, el énfasis del tratamiento se pone en la educación de la emoción (es decir, la capacitación emocional, la función de las emociones en la vida y el papel de las emociones en la toma de decisiones en el MDE y en menor medida el MBA, ejercicios de exposición experiencial (MDE y MBA), atención / aceptación (MBA) y acciones basadas en valores (MBA). En el caso del MEP se da la misma importancia a factores cognitivos que emocionales por lo que el tratamiento incorpora reestructuración cognitiva, autocontrol, relajación y procesamiento interpersonal y emocional.

Justificación

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un trastorno complejo. De hecho, hay que resaltar que los pacientes con este trastorno presentan en muchos casos una importante resistencia al tratamiento. En comparación con personas con otros trastornos de ansiedad, es menos frecuente que aquellas busquen tratamiento psicológico, sólo el 10% de los casos lo solicita (Prados, 2008) quizá porque acepten el trastorno como forma de ser o porque son tratadas por médicos generales que les prescriben ansiolíticos. Tampoco parece que este trastorno tenga una fácil recuperación espontánea. Además, algunas revisiones, han puesto de manifiesto que la eficacia media de la intervención cognitivo-conductual en este trastorno apenas supera el 50% con una tasa de abandono del 8% (Prados, 2008). Por eso, es tan importante conocer mejor las características del TAG para poder elaborar programas de intervención más específicos y eficaces. En este sentido, cada uno de los modelos teóricos anteriormente expuestos, plantea un tratamiento cognitivo-conductual (TCC) dependiendo de su conceptualización del TAG. Los estudios sobre la eficacia de estos tratamientos muestran que la relajación aplicada y las intervenciones cognitivo-conductuales -que incluyen la terapia cognitiva tipo Beck, la TCC tradicional (combina TC con relajación aplicada), la TCC de Dugas y la terapia metacognitiva- se han mostrado

más eficaces que los grupos de lista de espera en medidas de ansiedad, preocupación y depresión NICE (2011).

El objetivo de este trabajo es, después de hacer una introducción de las características y modelos explicativos sobre el TAG, presentar un caso clínico de una mujer con TAG utilizando como marco teórico el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas y cols. El tratamiento puesto en práctica se centra en la propuesta de estos autores para modificar las preocupaciones y variables que generan y mantienen el trastorno como intolerancia a la incertidumbre, orientación negativa hacia los problemas, evitación cognitiva, metacogniciones y se añade la intervención en otros aspectos relevantes para el trastorno de la paciente (insomnio, perfeccionismo, bajo estado de ánimo). Por último, se evalúa el tamaño del efecto del tratamiento a través de índices de no solapamiento.

Metodología

Datos personales

María es una mujer de 45 años, que trabaja de consultora en una empresa de publicidad, vive con su pareja desde hace 20 años y con su hijo de 12 años. Ha recibido tratamiento psiquiátrico en dos ocasiones combinando antidepresivos (mirtazapina) con ansiolíticos (lorazepam) e hipnóticos (zolpidem). En la actualidad no toma ningún tipo de medicación.

Motivo de consulta

Acude a consulta porque se encuentra muy nerviosa e irritable, tiene dificultades para conciliar y mantener el sueño y su rendimiento laboral ha disminuido en los últimos tiempos. Refiere estar en continuo estado de alerta con respecto a todo lo que ocurre a su alrededor y, aunque siempre ha sido así, desde hace dos años, piensa que no tiene control sobre ella misma, cada vez se encuentra más nerviosa, más preocupada y dice sentirse bloqueada, cansada y sin capacidad para tomar decisiones. Considera que la causa de encontrarse así es que tiene preocupaciones excesivas relativas a diferentes situaciones de su vida cotidiana y al futuro y sensación de incontrolabilidad hacia las mismas.

Otros síntomas que presenta son: tensión muscular que se traduce en dolor en la mandíbula y en los músculos de espalda y cuello (frecuentes contracturas), sentimientos de tristeza y apatía.

Las dificultades expresadas por la paciente se han presentado desde la adolescencia, no obstante, los síntomas se agudizan en los períodos de tiempo en que mantiene un mayor nivel de estrés.

Análisis y descripción de las conductas problema

Se establecen las siguientes conductas problema: 1) preocupaciones excesivas, 2) dificultad en el control de las mismas, 3) ansiedad anticipatoria, 4) tensión y dolor muscular, 6) insomnio, 7) estado de ánimo deprimido, 8) pérdida de actividades placenteras, 9) déficit en solución de problemas y toma de decisiones, 10) disminución de la concentración (provoca a su vez bajada en rendimiento laboral) y 11) baja autoestima.

María afirma sentir ansiedad la mayoría de los días, la cual es una consecuencia de sus preocupaciones. Las más graves son relativas a la salud de su padre, a su hijo y a ser despedida en el trabajo. El padre fue diagnosticado de Trastorno de conducta del sueño en fase REM hace dos años. Es en ese momento cuando María empieza a encontrarse peor, incrementándose sus preocupaciones sobre la salud de su padre, en concreto, con que desarrolle una enfermedad neurodegenerativa y sufra mucho antes de su muerte. También está muy preocupada por su rendimiento en el trabajo, cree que ha bajado considerablemente por sus dificultades de concentración y bloqueos. Piensa que su jefe se dará cuenta de su bajo rendimiento y que será despedida, quedándose la familia en dificultades económicas ya que,

debido a su edad, le resultará muy difícil encontrar otro trabajo. En relación a las preocupaciones sobre su hijo, siempre han estado presentes, pero últimamente considera que son más frecuentes porque cree que el niño es muy mal estudiante y le van a suspender, lo que la obliga a estudiar con él casi todos los días y a utilizar una gran cantidad de tiempo repasando las materias. La paciente considera que sus preocupaciones son excesivas y difíciles de controlar y que le ocupan la mayor parte del día. Esta tendencia a preocuparse excesivamente se vio confirmada en el PSQW.

Las preocupaciones eran disparadas por una gran diversidad de situaciones entre las que se encontraban todas aquellas relacionadas con el sufrimiento o la enfermedad (escuchar noticias sobre enfermedades, accidentes, personas mayores, expedientes de regulación de empleo en las noticias o en cualquier otro medio), cualquier señal que consideraba un empeoramiento en la salud de su padre, hablar por teléfono con él o con su madre (viven en otra ciudad), escuchar a su jefe comentarios sobre cambios en el trabajo, presentar un informe o que la mire con cara de enojo, ir a recoger al niño al colegio, estar con él en casa, no ver al niño por motivos de trabajo y estados emocionales negativos como tristeza, ira, ansiedad.

La influencia de este tipo de situaciones interactuaba con ciertas características personales (variables de predisposición/vulnerabilidad) de la paciente como perfeccionismo, elevado sentido de la responsabilidad y del deber, gran necesidad de control, baja tolerancia a la incertidumbre, tendencia a atender sesgadamente a las amenazas y actitud negativa ante los problemas. La presencia de estas características se vio refrendada en el IUS y en los datos de autoinforme.

Además, la paciente había desarrollado toda una serie de creencias positivas acerca de las preocupaciones como que le ayudaban a enfrentarse a lo peor como el empeoramiento de la salud de su padre, su sufrimiento y muerte y que le ayudaban a ser mejor persona porque estaba pendiente de los demás; sin embargo, las preocupaciones eran también una fuente constante de malestar emocional por lo que intentaba defenderse de las mismas mediante supresión o distracción. Las conductas de evitación que ponía en marcha eran no hablar de situaciones relacionadas con la enfermedad o la muerte, apagar la televisión cuando aparecen noticias de este estilo, posponer la toma de una decisión porque no sabe si es la correcta. Así mismo, llevaba a cabo conductas de comprobación y búsqueda de seguridad como llamar por teléfono al padre o a la madre, intentar obtener información de su padre a través de una prima, revisar las tareas de su hijo para casa todos los días, sin delegar en su marido y sobreprotegiendo a su hijo haciendo los deberes por él, revisar su trabajo continuamente, utilizando mucho tiempo buscando información sobre aspectos nuevos de sus clases y volviendo a comprobar las cosas por no estar segura de que todo estaba correctamente. Todas estas conductas defensivas le producían un alivio temporal, pero, a su vez, contribuían a mantener las preocupaciones.

Por último, hay que señalar otras estrategias de afrontamiento inadecuadas para lograr la regulación emocional como es el consumo de alcohol y la evitación de las relaciones sociales.

Historia del problema

María es la hija mayor de dos hermanos. Su madre fue muy estricta, autoritaria, con reglas de conducta muy severas, muy controladora, ansiosa y poco cariñosa. La paciente mantiene una relación muy ambigua con ella ya que, por una parte, rechaza su forma de comportarse con ella, pero a la vez busca su aprobación. Con su padre mantiene una excelente relación, siempre se llevaron bien, él acostumbraba a evitar los conflictos y siempre estaba trabajando. La paciente considera que el nivel de exigencia en su familia con respecto a ella ha sido muy elevado. Sus padres depositaron en ella unas expectativas muy altas en relación con su hermano al que define como “enfermo mental no diagnosticado”. Recuerda mucha tensión en su casa y fuertes discusiones provocadas por el hermano cuando consumía drogas, incluso llegando a tener que intervenir para que su hermano no agrediese a su

madre o a su padre. Recuerda que siempre estaba alerta para saber si su hermano se iba a comportar de forma pacífica o no e intentó cuidarle de la mejor manera, intentando llevarle a diferentes profesionales, aunque él nunca quiso y se ponía agresivo.

Una figura muy importante para ella fue su abuela materna, que le dio mucho cariño y comprensión en su infancia. Falleció de muerte natural cuando ella tenía diez años y su madre le dijo que no llorara porque era de personas débiles, creencia que sigue manteniendo en la actualidad. Recuerda que le costó mucho recuperarse de su muerte repentina porque era su mayor apoyo emocional y lo vivió con gran sensación de incontrolabilidad y de incertidumbre.

María no sabe situar el momento exacto de la aparición de este problema, ya que afirma, que se ha preocupado mucho y ha tenido mucha ansiedad desde siempre. Durante la adolescencia y juventud, tuvo preocupaciones permanentes sobre su rendimiento escolar, las evaluaciones y los resultados y reconoce que esto le generaba altos niveles de tensión. Afirma que la presión familiar para que estudiara una carrera con buenas notas fue muy estresante para ella.

Por otra parte, refiere que las preocupaciones en relación a su hijo se incrementaron cuando él tenía 6 años y en una conversación en la que hablaban de que un día sus padres morirían, el hijo no quería aceptar esa realidad y le dijo que si eso pasara “él se subiría a la terraza más alta que encontrara y se tiraría”. Esto generó una gran inquietud en ambos padres y desde aquel momento, la paciente cree que su hijo se suicidará si sus padres fallecen.

Ha recibido tratamiento psiquiátrico en dos ocasiones coincidentes con dos momentos muy estresantes que fueron el nacimiento de su hijo y cambios organizativos en el trabajo. En ambos casos, sus principales problemas fueron insomnio, dificultades para concentrarse, irritabilidad, ansiedad, preocupación y estado de ánimo deprimido.

El factor desencadenante de su problema actual es el diagnóstico de su padre de trastorno en la fase REM del sueño.

Otras áreas a considerar

Autocontrol y estilo de afrontamiento

La paciente tiene dificultades para regular y expresar sus emociones ya que las considera inaceptables y peligrosas. Su estilo de afrontamiento ante los problemas es inadecuado, caracterizado sobre todo por estrategias de evitación/ escape y negación. También recurre al consumo excesivo de alcohol y tabaco como estrategia de afrontamiento.

Posee un buen repertorio de habilidades sociales, es una persona sociable, empática y agradable en el trato cercano.

Autoimagen

Se describe a sí misma como una persona muy autoexigente, perfeccionista y con dificultades para relajarse. Cree que le va a resultar muy difícil solucionar sus problemas porque no se ve con fuerzas ni con recursos suficientes.

Apoyo social

Vive con su pareja y sus hijos, con los que mantiene una buena relación. Tiene una red de amigos extensa, aunque muchos de ellos viven fuera de Madrid, también tiene buena relación con algunos compañeros del trabajo.

Tabla 1: Análisis funcional

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENCIAS
VV. PREDISPOSICIÓN/ VULNERABILIDAD Vulnerabilidad biológica al estrés (madre muy nerviosa y preocupada). Estilo educativo familiar: apego inseguro Modelo evitativo del padre ↑ Perfeccionismo ↑ Intolerancia a Incertidumbre Actitud negativa ante problemas Falta habilidades de afrontamiento Miedo a emociones y bajo control percibido	FISIOLÓGICA Alta activación Tensión muscular Ritmo respiratorio acelerado. Taquicardia. Dificultades dormir Irritabilidad.	A CORTO PLAZO: Reforzamiento negativo: disminuye la ansiedad y la preocupación por evitación. Reforzamiento positivo: Creencias sobre utilidad de preocupación. Sensación de control
ESTÍMULOS REMOTOS EXTERNOS El hijo se suicidará si sus padres mueren. Fallecimiento de abuela. Ser cuidadora de su hermano	MOTORA Puesta en marcha de conductas defensivas y de seguridad. Evitación/escape de situaciones elicitoras de ansiedad.	A LARGO PLAZO: Pérdida de actividades gratificantes. Baja autoestima. Aislamiento social. Problemas de sueño. Descenso en rendimiento laboral. Conflictos familiares.
ESTÍMULOS REMOTOS INTERNOS Creencias perfeccionistas Creencias negativas sobre problemas, incertidumbre, emociones y falta de control.	COGNITIVA Dificultades concentración. Bloqueos “quedarse en blanco”. Sesgos cognitivos sobre sí misma y el futuro. Creencias sobre utilidad preocuparse. Pensamientos negativos sobre ansiedad: no lo soporto, sufriré una enfermedad mental	
ESTÍMULOS PRÓXIMOS EXTERNOS Situaciones relacionadas con enfermedad o muerte. Señal de empeoramiento de salud padre. Gestos o comentarios de su jefe Estar o no con su hijo.	EMOCIONAL Ansiedad Tristeza Culpa Rabia, impotencia	
ESTÍMULOS PRÓXIMOS INTERNOS Pensamientos perfeccionismo y autoexigencia Sesgos cognitivos Pensar sobre la muerte o enfermedad en general o en personas cercanas.		

Situación vital y estilo de vida

Tiene un estilo de vida sedentario, no hace ejercicio físico ni cuida de su alimentación. A pesar de que su problema está afectando a su relación de pareja porque se muestra más irascible y discute mucho con su marido, considera que su relación es buena y relacionarse con su hijo que es lo que más felicidad le produce. Dedicar la mayor parte del tiempo a trabajar y a preparar su trabajo en casa, el resto del tiempo lo dedica a estar con su hijo. Ha reducido considerablemente sus relaciones sociales y con personas de su trabajo.

Diagnóstico DSM-V

María presenta un trastorno de ansiedad generalizada (300.02/F41.1), según los criterios del DSM-V (APA, 2003).

Formulación del caso

Hipótesis de origen

Podemos encontrar el origen de su problemática actual en el ambiente familiar en el que vivió. Con un estilo educativo falto de afecto y de rechazo que favorece un apego inseguro, María aprendió a considerar el mundo como algo peligroso e impredecible. Con unas normas muy estrictas y disciplina severa que no le dejaron desarrollarse de manera autónoma y a considerar cualquier evento negativo como amenazante e incontrolable. Al mismo tiempo, el elevado nivel de exigencia por parte de sus padres le llevó a desarrollar sesgos cognitivos relacionados con elevada autoexigencia y perfeccionismo para enfrentarse a su necesidad de aprobación y de control. Al mismo tiempo, los modelos parentales ambivalentes y de desprotección causaron en la paciente una baja tolerancia a la incertidumbre, lo cual a su vez aumenta la necesidad de control.

Las reacciones imprevisibles de la madre y de su hermano, junto con el fallecimiento de su abuela, le generaron indefensión y la paciente habría aprendido el uso de mecanismos cognitivos y afectivos que eviten los sentimientos dolorosos y que, en última instancia implican conductas de evitación y el uso de la preocupación como estrategia de afrontamiento.

El último acontecimiento que es el desencadenante del problema actual de María es el diagnóstico de trastorno de la fase REM del sueño de su padre.

Hipótesis de mantenimiento

Todo lo anterior, nos conduciría al desarrollo de un factor de vulnerabilidad cognitiva clave en este caso que es la intolerancia a la incertidumbre que, contribuiría al desarrollo y mantenimiento de las preocupaciones y de la ansiedad. Esta variable se entiende como “la tendencia a reaccionar de forma negativa a nivel emocional, cognitivo y comportamental ante situaciones estresantes”. Esta intolerancia además de relacionarse de manera directa con la preocupación lo hace también de forma indirecta a través de tres variables: las creencias positivas sobre la preocupación, la orientación negativa hacia los problemas y la evitación cognitiva. Analizando los efectos de cada una de ellas, se observa que las creencias positivas sobre la preocupación afectan de modo que, refuerzan la preocupación tanto positivamente, (cuando después de la preocupación se soluciona un problema) como negativamente (cuando no suceden las situaciones temidas). La orientación negativa hacia los problemas está relacionada con la baja tolerancia hacia la incertidumbre, ya que la paciente se centra en la incertidumbre inherente a todo problema y lo valora de forma negativa, lo que dificulta el proceso de solución de problemas. A su vez, las preocupaciones actuarían evitando las imágenes negativas y la activación psicósomática que producen, lo que hace que se mantengan por la disminución inmediata del estado de ansiedad y, a largo plazo, porque evita que la paciente se exponga y procese las situaciones temidas. A su vez, el estado de ánimo y los eventos vitales estresantes influyen en todo este proceso.

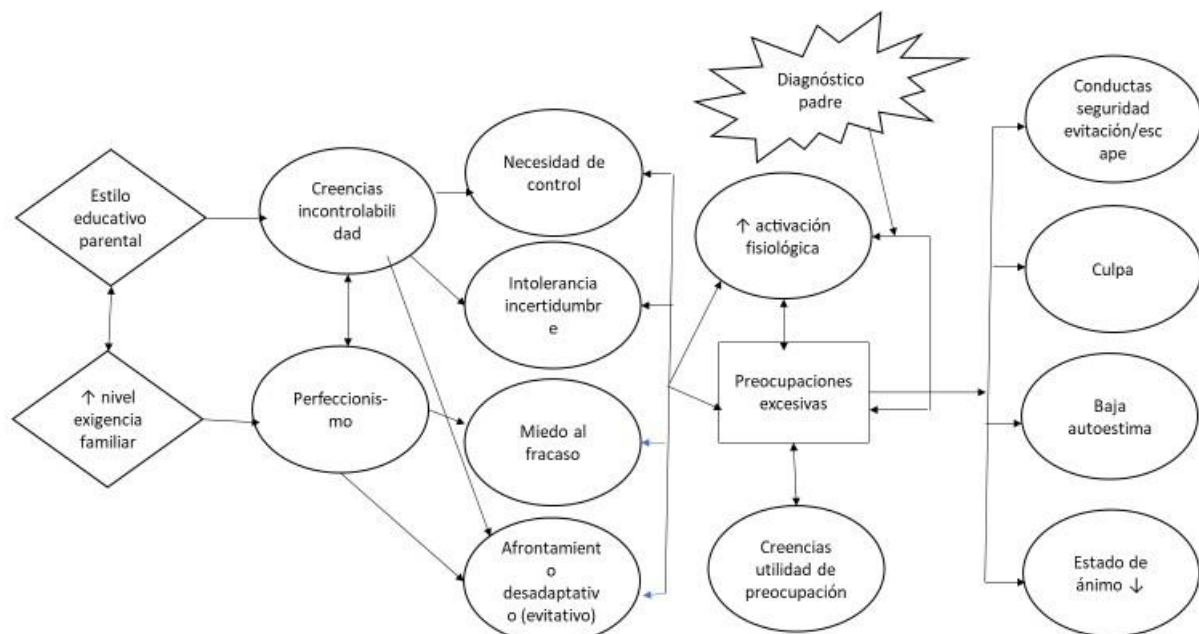


Figura 1. Formulación del caso

La hipótesis de que la intolerancia a la incertidumbre es un factor fundamental en este caso se apoya en el contenido de las principales preocupaciones de la paciente: padre, hijo y trabajo. En relación al padre, la incertidumbre se basa en no saber si desarrollará una enfermedad neurodegenerativa y morirá (lo más problemático es la incertidumbre de la posible enfermedad y muerte más que la enfermedad y la muerte en sí); respecto al hijo, la incertidumbre se basa en saber cuál va a ser el futuro de su hijo; y sus dificultades en el trabajo, se centran en los cambios que se produce en su empresa y no saber si será comprada por otra compañía y realizarán cambios de departamento o la despedirán.

El perfeccionismo disfuncional sería otra variable que estaría en el origen y mantenimiento del trastorno, ya que su elevado nivel de autoexigencia y autocrítica al plantearse unas metas demasiado altas e irreales, adherirse rígidamente a ellas y valorarse a sí misma en función de los logros de estas metas, lo que le conduce a centrarse en sus errores insignificantes y a tener dificultad en experimentar satisfacción por una tarea bien realizada.

Estas características personales se ven activadas por la ocurrencia de eventos disparadores tales como situaciones externas (hablar por teléfono con su padre, recoger al hijo del colegio), sensaciones (dolor de estómago), emociones y recuerdos negativos que son significativos para la persona. De este modo, surgen los pensamientos tipo “¿y si... (sucede algo negativo)? que, junto con la percepción de amenaza, favorecen el surgimiento de las preocupaciones, como una forma de afrontamiento a la amenaza. Al mismo tiempo, la activación de creencias de que preocuparse es útil, contribuyen al mantenimiento de aquellas porque las consecuencias temidas tienen baja probabilidad de ocurrencia y se ve reforzada negativamente por la no ocurrencia de lo que se teme.

Por otra parte, la ansiedad se reduciría a corto plazo, pero estaría influyendo en el deterioro en la ejecución de tareas (especialmente las cognitivas complejas), problemas de concentración, dificultades del sueño, tensión muscular, fatiga e irritabilidad. Esto último es favorecido por el miedo a cometer un error y por la búsqueda de mayor seguridad a la hora de decidir. Las consecuencias negativas de las preocupaciones contribuyen al mantenimiento de estas, así como al humor deprimido. Asimismo, favorecen el uso de estrategias cognitivas y conductuales para evitarlas con el fin de prevenir o minimizar los supuestos peligros anticipados y la ansiedad. Para ello se llevarían a cabo conductas defensivas y de búsqueda de seguridad.

Por último, con el paso del tiempo habría desarrollado creencias negativas sobre las preocupaciones, en el sentido de que son peligrosas e incontrolables, lo cual favorece la aparición de metapreocupaciones, que exacerban los pensamientos intrusos y mantienen las interpretaciones de amenaza.

Evaluación

La principal técnica utilizada durante la evaluación fue la entrevista individual semiestructurada usando como base la de M. Muñoz (2010). Así, durante 3 sesiones de entre una hora y hora y media de duración, se obtuvo información para hacer el análisis funcional y la formulación del caso.

Con el propósito de contar con medidas pre y post tratamiento se administraron las siguientes medidas de autoinforme.

1. *Inventario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovek, 1990)* para evaluar la preocupación como un fenómeno incontrolable, generalizado y excesivo, capturando por tanto el aspecto fundamental de la preocupación patológica característica del TAG. Se han utilizado los datos de la validación española de Sandín y cols. (2009). Obtiene una puntuación directa de 67, superando la puntuación de corte (=53) y situándose entre el centil 85 y 90.

2. *Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS Intolerance of Uncertainty Scale; Freeston y cols. 19945; Buhr y Dugas, 2002)* para evaluar la tendencia a preocuparse y la actitud hacia la incertidumbre que es una variable fundamental en la adquisición y mantenimiento de este caso. La adaptación española aísla dos factores, incertidumbre generadora de inhibición (cognitiva, conductual y emotiva) e incertidumbre como desconcierto e imprevisión. (González et al., 2006). Obtiene una puntuación directa de 96 muy por encima del punto de corte que es 69.

3. *“Inventario de ansiedad de Beck” (Beck Anxiety Inventory, BAI; Beck et al., 1988; Beck y Steer, 1993)*. El BAI evalúa la gravedad de la sintomatología ansiosa. Obteniendo una puntuación directa de 31, que es considerada como ansiedad grave según baremación española realizada por Sanz (2014).

4. *“Inventario de depresión de Beck-II” (Beck Depression Inventory-Second Edition, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996)*. El BDI-II evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva. María obtuvo una puntuación de 26 que corresponde a depresión moderada.

5. *Autorregistros de las preocupaciones.*

Tabla 1. Modelo de autorregistro (encabezado de 10 columnas; Bados, 2016)

Situación	Emoción	Pensamientos e imágenes	Duración de la preocupación	¿Qué hiciste?
¿Ha sido útil?	Ansiedad día (0-10)	Estado de ánimo	% del día preocupado	Grado de interferencia (0-10)

Objetivos terapéuticos

El objetivo general fue mejorar el control emocional y la disminución de la ansiedad excesiva, así como el estado de ánimo negativo. Para alcanzar este objetivo se establecieron los siguientes objetivos específicos: 1) Obtener información sobre los mecanismos implicados en el origen y mantenimiento del TAG; 2) Reducción de los niveles de activación; 3) Mejora del sueño; 4) Aumento gradual de actividades reforzantes; 5) Identificar y modificar pensamientos desadaptativos por otros más adaptativos para producir un cambio en el estado emocional; 6) Desarrollo de cogniciones adecuadas (modificación de creencias, sesgos y estilo atribucional) relacionadas con el problema (intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo); 7) Reducir las preocupaciones en intensidad, frecuencia y duración; 8) Incrementar las habilidades de afrontamiento para dejar de usar la evitación y la preocupación como estrategia.

El tratamiento se llevó a cabo durante 43 sesiones semanales de una hora de duración.

En una primera fase de la terapia se dotó a la paciente de ciertas técnicas relativamente fáciles de aprender y aplicables en situaciones que resultaban especialmente incapacitantes para ella. Entre tales técnicas, cabe destacar la relajación mediante respiración (para controlar el elevado nivel de activación), la parada de pensamiento (con la que se perseguía incrementar la concentración de la paciente) y entrenamiento en autoinstrucciones y posposición de la preocupación (para desarrollar sensación de control sobre las mismas sólo podía rellenar el autorregistro en tres momentos del día establecidos previamente). A la vez, estas técnicas tuvieron un alto valor motivacional para la paciente: la percepción rápida de logros terapéuticos fomentó su mayor adhesión al tratamiento, así como la generación de expectativas de autoeficacia y control en la terapia. Además, se trató en esta primera fase la mejora en los hábitos de sueño porque era una de las quejas principales de la paciente, que a su vez influía en las preocupaciones y en los niveles de ansiedad.

Posteriormente, se puso en marcha la intervención en las preocupaciones de la paciente siguiendo la propuesta del grupo de Dugas (Bados, 2015) como núcleo central del trastorno. La psicoeducación y el entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones se hizo en las primeras sesiones, así como la distinción entre preocupaciones que tienen que ver con situaciones reales o hipotéticas. Además, se trabajó con las manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre de la paciente en forma de conductas de búsqueda de seguridad o de conductas de evitación, discutiendo con la paciente sobre la eficacia de las mismas. Para aumentar la tolerancia a la incertidumbre se hizo una exposición gradual mediante experimentos conductuales sin realizar conductas de seguridad ni de evitación a lo largo del tratamiento. Algunos ejemplos son: “Ir a recoger al niño al colegio. Consecuencia temida: ha suspendido el examen y no va a aprobar el curso. ¿Qué pasó? El hijo había aprobado. Afrontamiento: no fue necesario. Conclusión: “no pasó lo que temía. Es mejor esperar a que se produzca un hecho objetivo en lugar de anticiparlo”. Otra situación: “Presento un informe que me ha costado mucho esfuerzo”. Consecuencia temida: “estará mal y mi jefe se enfadará conmigo, me despedirán”. ¿Qué pasó? El cliente le dice que el informe está muy bien. Conclusión: El trabajo estaba bien hecho.

Tabla 3. Plan de tratamiento

Nº SESIONES	OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN	TÉCNICAS
1-4	Conocimiento de los mecanismos de origen y mantenimiento del TAG	Devolución de información: Análisis Funcional, Formulación y propuesta de TT Psicoeducación Biblioterapia Autorregistros para aumentar la conciencia de sus problemas
5-6	Reducción niveles elevados de activación	Entrenamiento en respiración abdominal
7	Aumento motivación al tratamiento y de sensación de control	Autoinstrucciones Parada de pensamiento Posposición de preocupación
8-9	Mejora de hábitos de sueño	Pautas higiene de sueño Reestructuración creencias negativas sobre el insomnio
10-12	Mejora del estado de ánimo depresivo	Planificación de actividades gratificantes. Focalización de atención en experiencias agradables Autocuidados
13-18	Disminuir la intolerancia a incertidumbre	Psicoeducación del papel de II en preocupaciones y ansiedad Autorregistro Exposición gradual mediante experimentos conductuales
19-21	Reevaluación de la utilidad de preocuparse	Reestructuración cognitiva de pensamientos negativos
22-41	Aumento de habilidades de afrontamiento	Entrenamiento solución problemas (5) Reestructuración cognitiva sobre creencias negativas perfeccionistas (6) Exposición a peores temores para reducir la evitación (8)
42-50	Mantenimiento de logros y prevención de recaídas	Repaso de técnicas aprendidas Plan de actuación en situaciones de riesgo (5) <u>Seguimiento (4)</u>

Otro módulo del tratamiento consistió en el cuestionamiento de la utilidad de la preocupación como que preocuparse ayuda a estar preparado para lo peor, ayuda a resolver problemas, es un rasgo positivo de personalidad. Ejemplo: someter a prueba la creencia de que preocuparse mejora el rendimiento laboral. Se le pide que se preocupe más en un día laboral y que no lo haga al día siguiente, que registre los resultados y que compruebe si hay alguna diferencia en su desempeño.

Además, se llevó a cabo un entrenamiento en solución de problemas para desarrollar un estilo de afrontamiento capaz de abordar las preocupaciones sobre problemas actuales que tienen solución. El entrenamiento se centró, primero en mejorar la actitud hacia los problemas considerándolos como una parte normal de la vida, reconociéndolos antes de que sea demasiado tarde y considerarlos como retos, no como amenazas; y, después enseñándole las cinco fases de la técnica.

Paralelamente, se trató el perfeccionismo intentando reducir el nivel de autoexigencia y autocrítica. Para ello además de hacer reestructuración cognitiva sobre creencias negativas relacionadas con aquel y de una revisión histórica de cómo surgieron sus creencias perfeccionistas, se pidió a la paciente, hacer cada día una cosa por placer, de forma que, también incrementamos el número de actividades placenteras para mejorar el estado de ánimo. En este sentido, también se llevó a cabo un entrenamiento en focalización de la atención en experiencias agradables (savoring) y en autocuidados con el objetivo de aumentar el estado de ánimo, disminuir la anhedonia, incrementar la autoestima y desviar el foco atencional hacia lo positivo.

Por último, se llevó a cabo la exposición en imaginación a los peores miedos relacionados con la enfermedad de su padre, (que su hijo sufra un daño irreparable). Previamente, se le explicó, a través de la “técnica del oso blanco” que intentar evitar los pensamientos puede ser contraproducente ya que produce dos efectos contradictorios: lo hace más frecuente y puede aparecer posteriormente de forma inesperada en la cabeza.

Las últimas 5 sesiones se espaciaron cada dos semanas y se hizo prevención de recaídas. Estas sesiones se dedicaron a revisar y consolidar los logros y prevenir posibles recaídas obtenidos, resumiendo los aspectos abordados en la psicoeducación, así como las variables que afectaron al inicio, desarrollo y mantenimiento del problema, así como las estrategias y habilidades adquiridas durante la intervención. También se llevaron a cabo las mediciones para la evaluación post-tratamiento, con la consiguiente devolución de los resultados de la intervención.

Las últimas 4 sesiones de seguimiento se realizaron al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año (esta última de manera telefónica).

Resultados

Al tratarse de un diseño de caso único, para el análisis de los datos obtenidos a lo largo de la intervención, se ha optado por utilizar índices para la estimación del tamaño del efecto basados en el no solapamiento de datos interfases que muestran la magnitud del cambio terapéutico (Sanz y García-Vera, 2015). Las ventajas que presentan estos índices son: se pueden utilizar con todos los diseños incluso con un número pequeño de datos en las distintas fases, son más robustos que otros índices, permiten calcular intervalos de confianza y su cálculo es simple (Parker et al., 2011); aunque, su principal limitación es que, un cambio terapéutico de magnitud grande no implica necesariamente que ese cambio sea clínicamente significativo o tenga un valor práctico en el sentido de que tengan una repercusión clara en el funcionamiento del paciente.

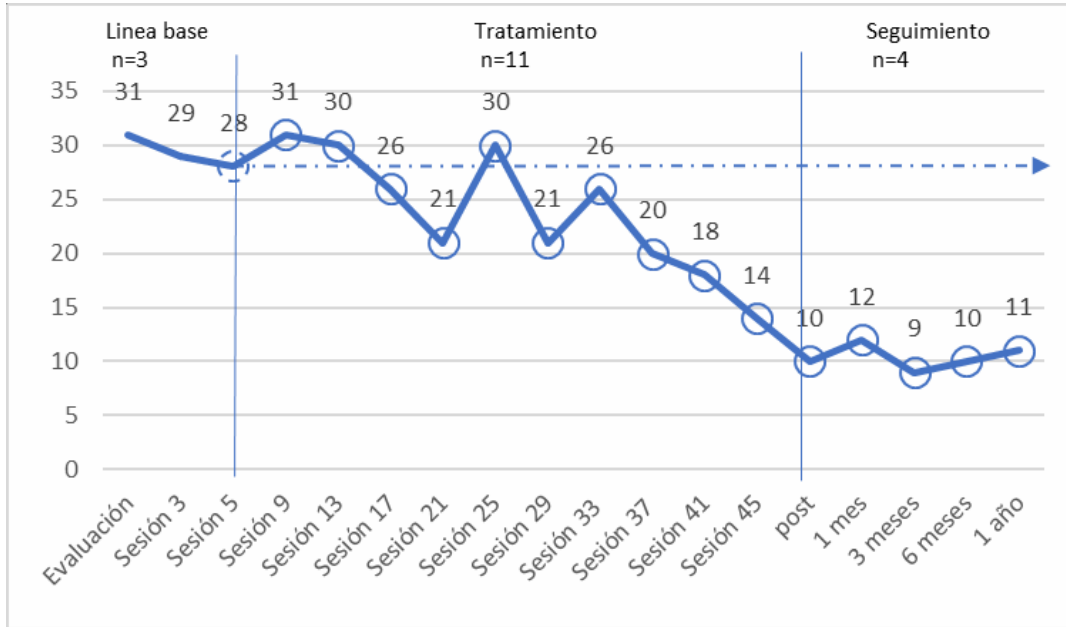
Existen diversos índices basados en el no solapamiento y se recomienda el uso de varios de ellos para determinar si se obtienen resultados consistentes. Los dos primeros, (PND) y (PEM), se han elegido por su popularidad y facilidad de cálculo, mientras que el tercero (NAP) lo ha sido por sus buenas propiedades estadísticas.

Porcentaje de datos no solapados (PND)

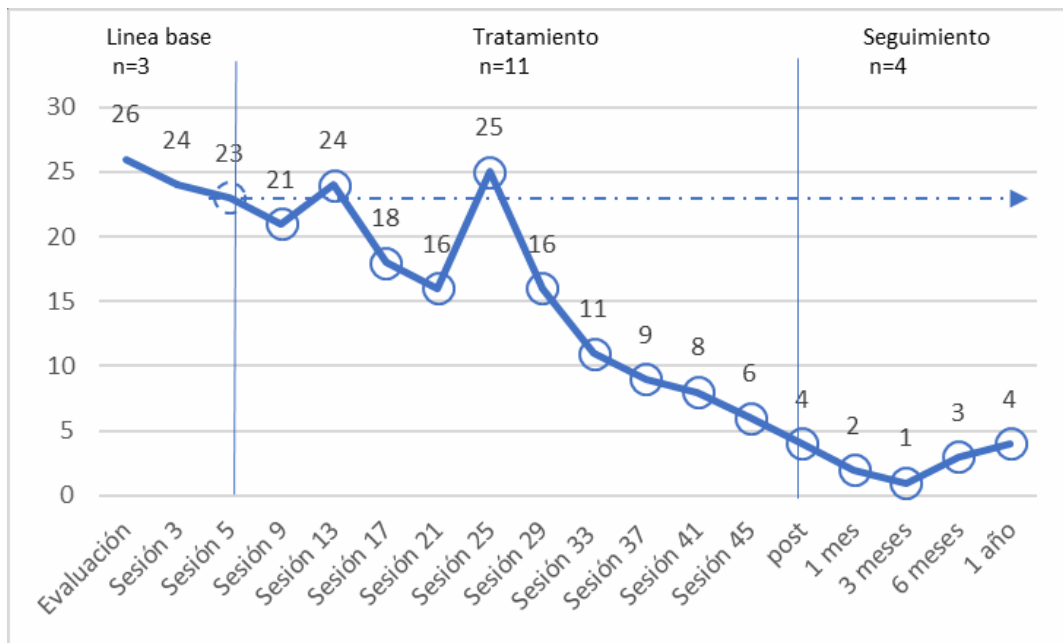
Con este índice se obtiene el porcentaje de los datos de la fase de tratamiento que superan el dato más extremo de la línea base. En la figura 1, puede observarse el cálculo del PND en cada una de las medidas de autoinforme realizadas a la paciente. El PND se obtiene seleccionando la puntuación más extrema de la línea base (en este caso más bajo) y contando el número de datos de la fase de tratamiento que no la superan (se incluye la fase de seguimiento). Así, respecto al BAI e IUS, se obtuvo un $PND = (\text{N}^\circ \text{ datos del tratamiento que superan el dato extremo de la línea base} / \text{total de N}^\circ \text{ de tratamiento}) \times 100$

= $(12/15) \times 100\% = 80\%$; en el BDI, el PND = $(13/15) \times 100\% = 86,67\%$ mientras que, en el PSQW, obtendría un PND= $(11/15) \times 100 = 73,34\%$, indicando que el tratamiento ha sido bastante efectivo.

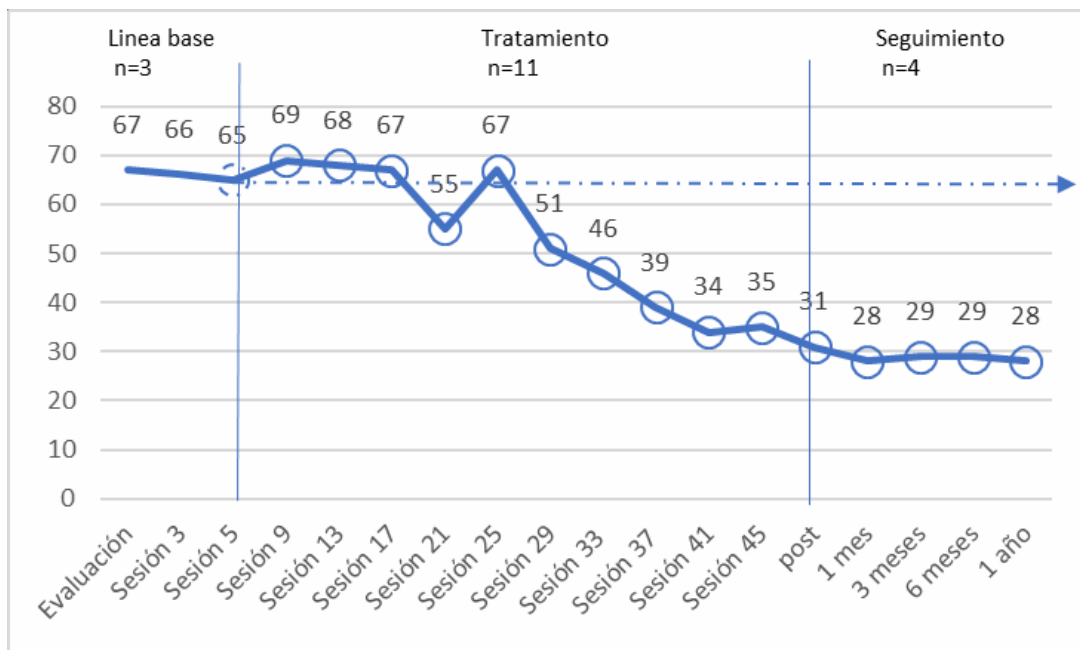
▪ **BAI**



▪ **BDI-II**



▪ PSQW



▪ IUS

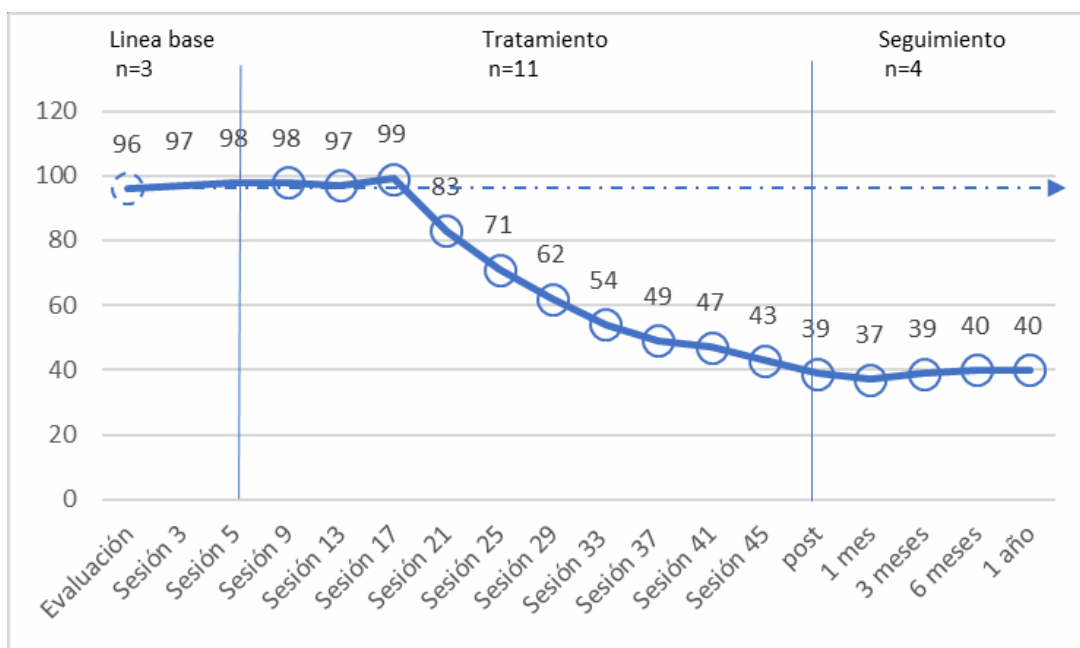
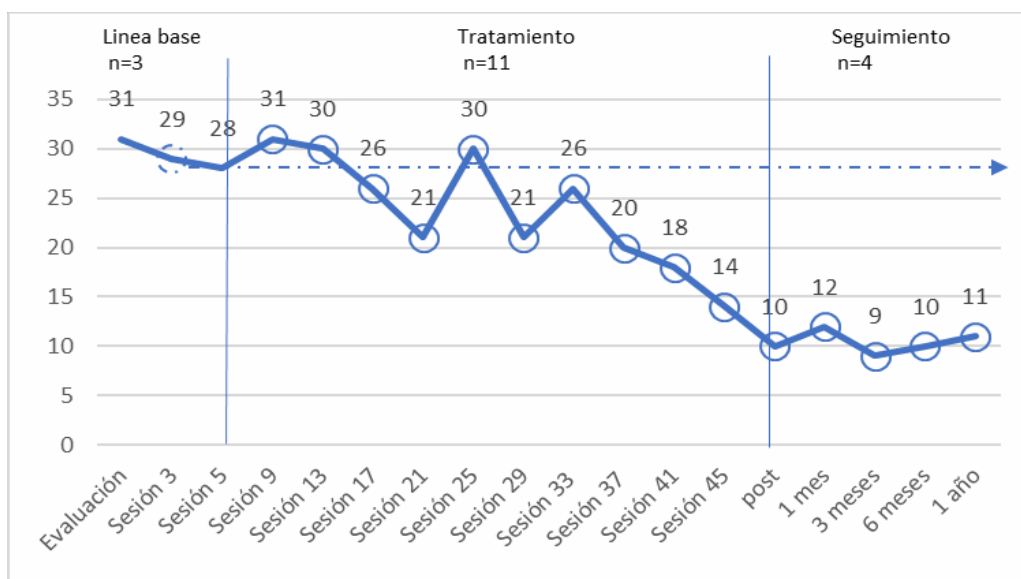


Figura 2. Cálculo del porcentaje de datos no solapados (PND) para los cuestionarios BAI, BDI-II, PSQW e IUS para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada

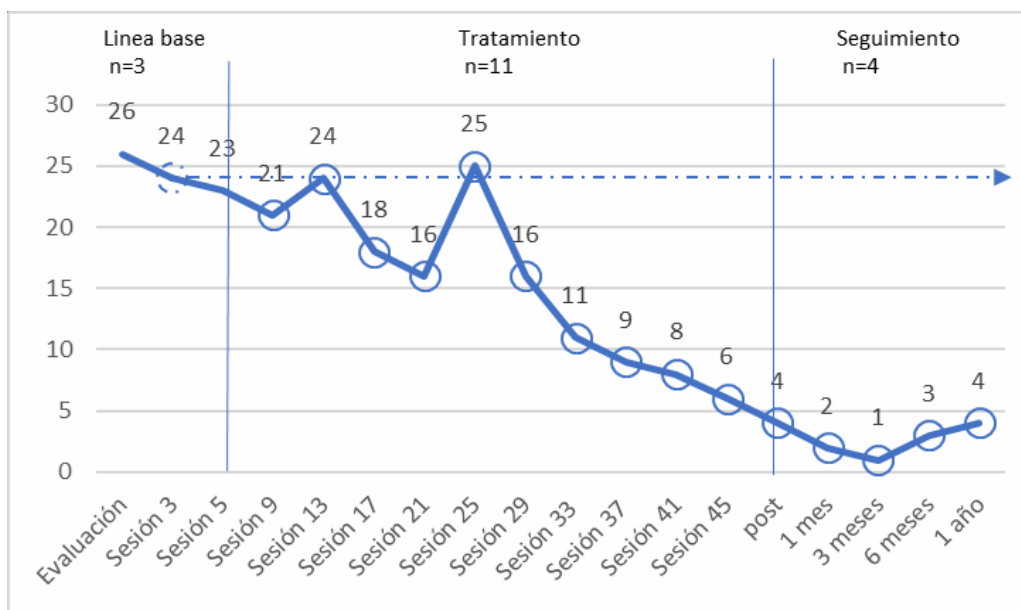
Porcentaje de datos que exceden la mediana (PEM)

Es el porcentaje de datos de la fase de tratamiento que están por encima de la mediana de los datos de la línea base. Este índice considera que la mediana recoge las puntuaciones de la línea base y no solo la extrema, se considera que el tratamiento es efectivo cuando los datos del tratamiento no se encuentran alrededor de la mediana. Así, como puede observarse en la figura 3, que en el BDI-II, el PEM= (Nº datos del tratamiento que se encuentran por encima de la mediana/total de N° de tratamiento) x 100 = (14/15)x100= 93,34%, el PEM del IUS = (13/15)x100 = 86,67%, en el BAI = (12/15)x100 = 80% y en el PSWQ = (11/15)x100 = 73,34%, indicando, que el tratamiento en general, ha sido efectivo.

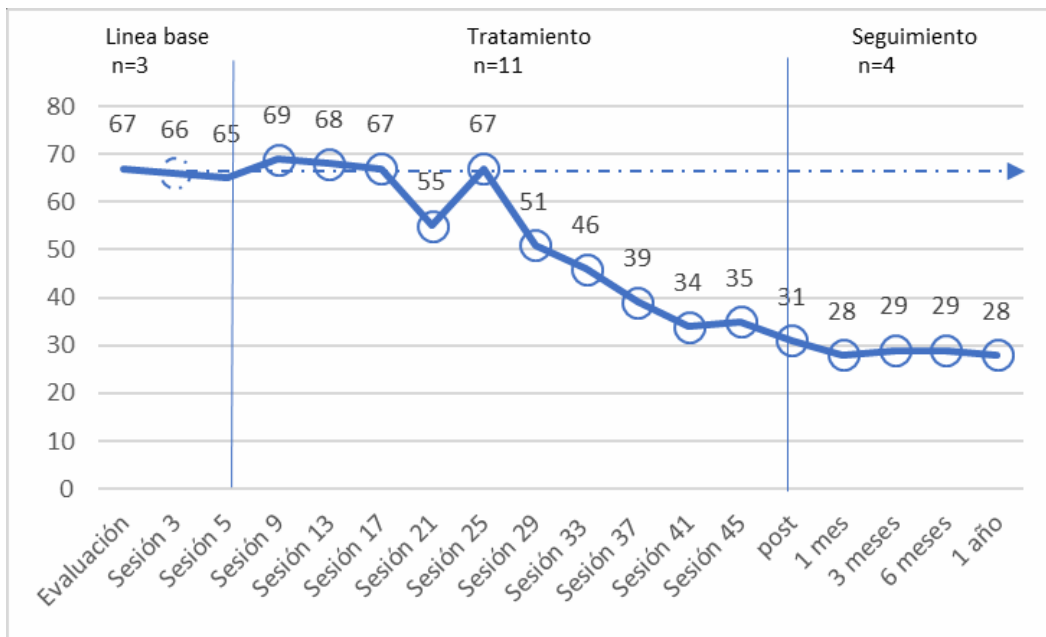
▪ **BAI**



▪ **BDI-II**



▪ PSWQ



▪ IUS

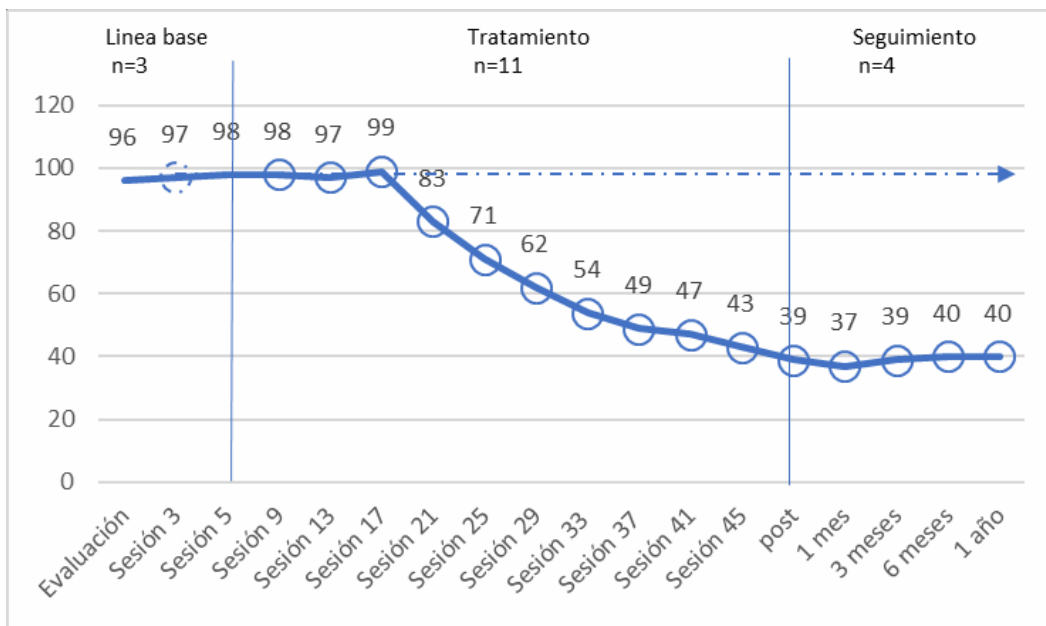
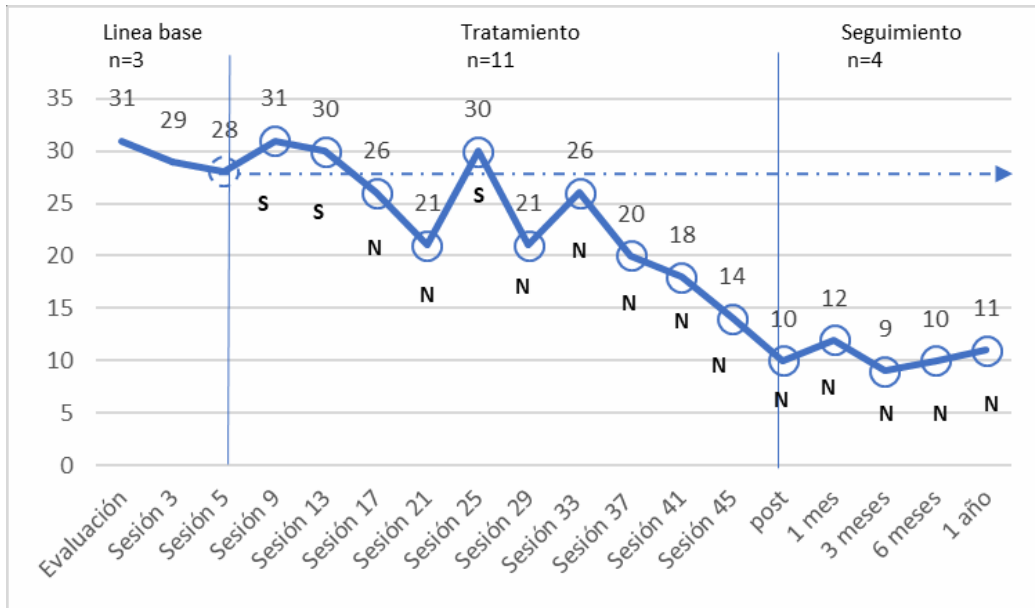


Figura 3. Cálculo del porcentaje de datos que exceden a la mediana (PEM) para los cuestionarios BAI, BDI-II, PSWQ e IUS para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada

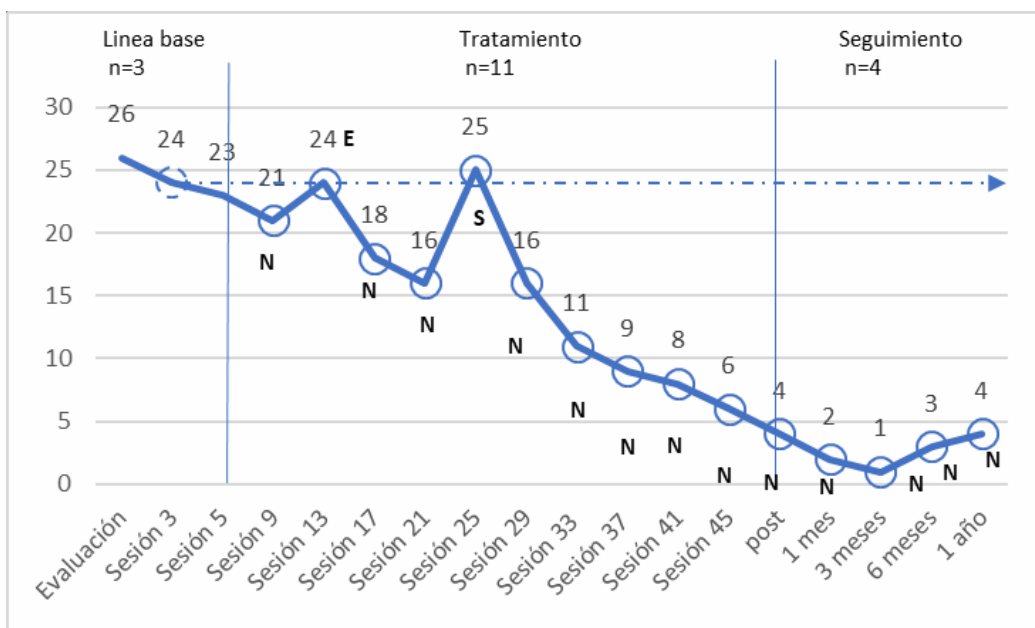
No solapamiento de todos los pares (NAP)

Este índice compara por pares todos los datos de la fase de línea base con todos los datos de la fase de tratamiento y seguimiento, por lo que se puede considerar como el porcentaje de datos sin solapamiento entre las fases de línea base y tratamiento o el porcentaje de datos que muestran una mejoría respecto a la línea base. Esta comparación se hace en términos de solapamiento (S) (cuando la puntuación de la LB (línea base) es superior a la de tratamiento) y empates (E).

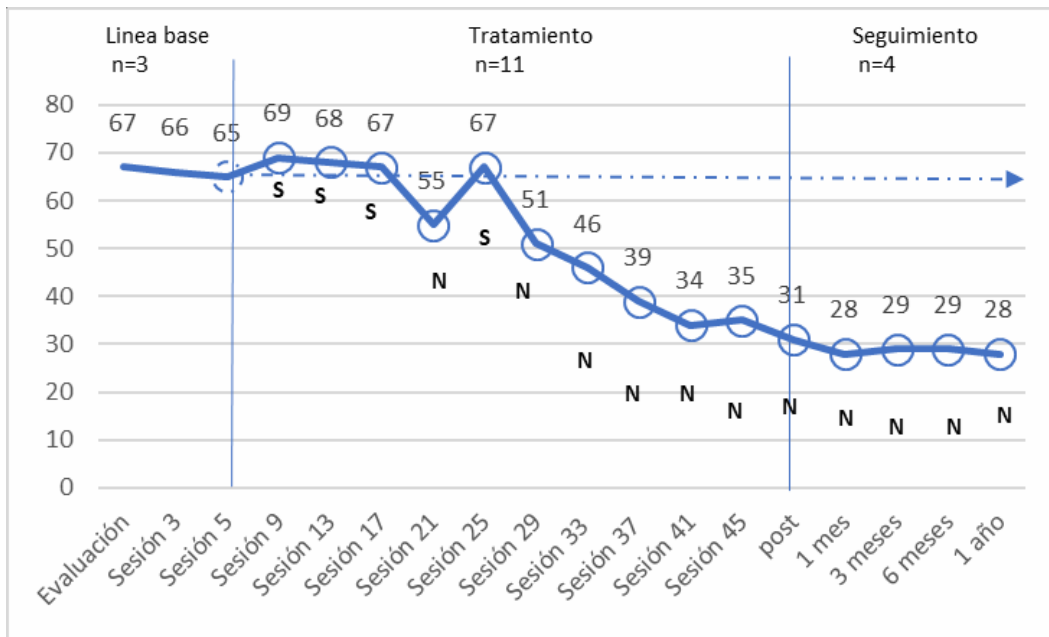
▪ **BAI**



▪ **BDI- II**



▪ PSQW



▪ IUS

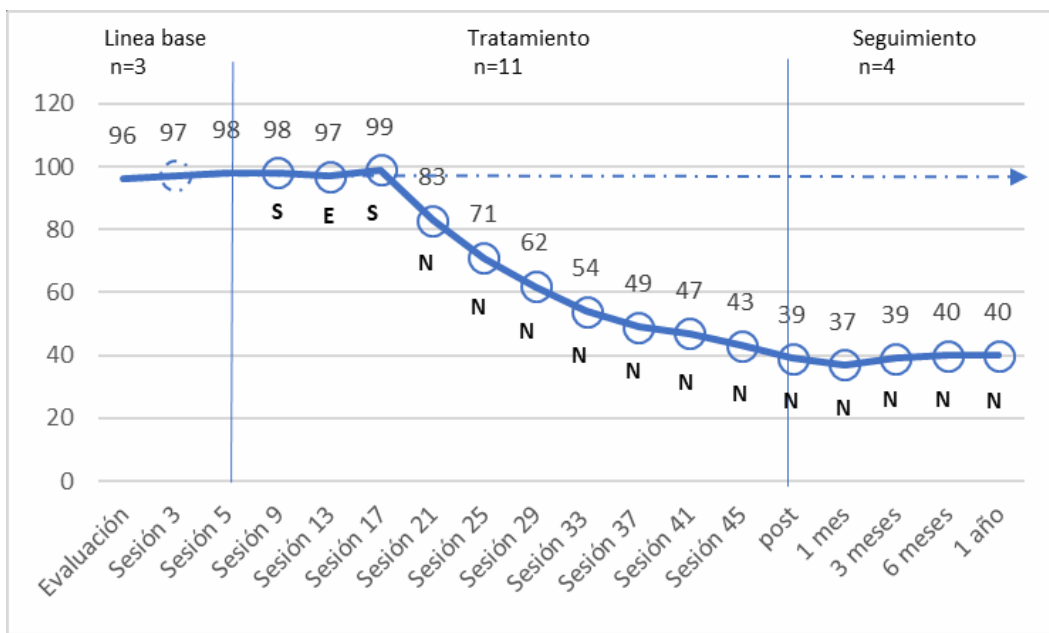


Figura 4. Cálculo del índice de no solapamiento de todos los pares (NAP) para los cuestionarios BAI, BDI-II, PSQW e IUS para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada

Se considera no solapamiento (N) si el dato de la segunda y tercera fase es inferior de la LB. Así, en el BDI-II, el NAP= $((N^{\circ} \text{ de pares sin solapamiento}) + (0.5 \times N^{\circ} \text{ de empates})) / N^{\circ} \text{ total de comparaciones} \times 100 = ((42 + 0,5 \times 1) / 45) \times 100 = 94,4\%$ de los datos muestran una mejoría respecto a la LB. En el BAI, el NAP = $((38 + 0,5) / 45) \times 100 = 85,5\%$ y respecto al PSQW, el NAP= $((33 + 1) / 45) \times 100 = 75,56\%$ de los datos muestran una mejoría respecto a la LB. Por último, en el IUS, el NAP = $((37 + 1) / 45) \times 100 = 84,44\%$. De nuevo, se considera que el tratamiento ha sido efectivo. Los gráficos de la figura 4 solo incluyen, por razones de espacio, un dato de la LB comparado con el resto de los pares, falta la comparación con los dos restantes.

A modo de resumen, en la tabla 4, se puede observar la efectividad de las técnicas utilizadas a lo largo del tratamiento para las variables implicadas en el problema de la paciente en función del índice del tamaño del efecto.

Tabla 2. Efectividad de Terapia Cognitivo Conductual centrada en el Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre en función del índice del tamaño del efecto

Variable de resultado	Índice de tamaño del efecto		
	PND	PEM	NAP
Ansiedad BAI	80%	80%	82,50%
	(tto bastante efectivo)	(73,5%-100%) (tto moderadamente efectivo)	(66%-92%) (efecto medio)
Depresión BDI	86,67%	93,34%	94,4%
	(tto bastante efectivo)	(73,5%-100%) (tto muy efectivo)	(89,2%-100%) (efecto grande)
Preocupación PSWQ	73,34%	73,34%	75,56%
	(tto bastante efectivo)	(73,5%-100%) (tto moderadamente efectivo)	(66%-92%) (efecto medio)
Intolerancia Incertidumbre IUS	80%	86,67%	84,44%
	(tto bastante efectivo)	(73,5%-100%) (tto muy efectivo)	(66%-92%) (efecto medio)

En resumen, los datos obtenidos sugieren que el protocolo de tratamiento utilizado en este caso es eficaz y que las ventajas terapéuticas se mantienen a lo largo del tiempo.

Discusión

Es interesante reflexionar sobre algunos elementos de la terapia por separado. Resulta importante destacar que María había estado en dos tratamientos psiquiátricos previos y tuvo dos intentos de tratamiento psicológico con mal resultado por lo que la paciente acudió a consulta un tanto escéptica con respecto a los resultados de la terapia. Por otra parte, se negó a llevar a cabo el entrenamiento en relajación, porque decía que había intentado hacerlo anteriormente (en yoga y con una grabación que le dio su psiquiatra) y no lograba relajarse, sino que se ponía más nerviosa y le producía una sensación muy desagradable. Por eso, se optó por el entrenamiento en respiración, que la paciente consideró muy útil porque le servía no solo para reducir activación sino también como estrategia de afrontamiento. En relación a la activación conductual, al principio no fue muy efectivo porque a pesar de estar activa, no encontraba nada positivo porque sólo se centraba en sucesos extraordinarios y no a pequeñas cosas del día a día, cuando empezó a dar importancia a sucesos cotidianos, su estado de ánimo comenzó a mejorar.

A partir de las informaciones proporcionadas por la paciente y los autorregistros, creo que la psicoeducación y el entrenamiento en respiración controlada fueron eficaces para manejar y reducir la ansiedad. La posposición de las preocupaciones no resultó del todo útil, ya que María solo lo conseguía cuando se encontraba relativamente tranquila.

Analizando los resultados obtenidos en la variable ansiedad se observa un repunte que coincide con la puesta en marcha de experimentos conductuales dirigidos a reducir la intolerancia a la incertidumbre. María se mostró reticente a realizar los citados experimentos que le permitirían comprobar si lo que temía que ocurriera se produjera o no ya que le producían gran nerviosismo y consideraba que no iba a ser capaz de realizarlos de manera adecuada, especialmente cuando tenía que dejar de buscar información antes de proceder a hacer un informe en el trabajo, sobreproteger a su hijo o buscar tranquilización sobre la salud de su padre. Así, la cronicidad de las preocupaciones supuso un obstáculo que se manifestó en el “estilo cognitivo” anteriormente citado y en la presencia de conductas defensivas y de evitación muy estables. Se analizó cada situación concreta y se acordaron junto con la paciente, diferentes estrategias para enfrentarse a ellas, resaltando los avances logrados y normalizando el miedo a enfrentarse a las situaciones de otra manera distinta a la habitual.

Se produjo otro incremento de ansiedad cuando se estaba tratando el perfeccionismo disfuncional. La paciente reflexionó sobre el origen de este y consideró que su madre tenía mucho que ver con ello y afirmaba que ahora ella estaba tratando de la misma manera a su hijo, lo cual le producía mucha ansiedad y bajo estado de ánimo. En ese momento, se hizo patente la necesidad de trabajar sobre la relación que tenía con su madre, usando las técnicas que había aprendido y aceptando que hay aspectos de la vida que uno no puede cambiar. En este caso, la intervención en el perfeccionismo disfuncional de la paciente era totalmente necesaria, ya que, según el modelo dual del perfeccionismo, este se relaciona negativamente con el afecto positivo, la satisfacción con la vida, y las valoraciones para hacer frente a los desafíos de forma activa. Por otra parte, se relaciona más con ansiedad, depresión y preocupación rasgo (González, Ibáñez, Rovella, López y Padilla, 2013).

Si nos centramos en la variable tolerancia a la incertidumbre, observamos que el tamaño del efecto es medio. Según el modelo de Dugas y cols. (2004), la intolerancia a la incertidumbre se entiende como “la tendencia a reaccionar de forma negativa a nivel emocional, cognitivo y comportamental ante situaciones estresantes”. Esta intolerancia además de relacionarse de manera directa con la preocupación lo hace también de forma indirecta a través de tres variables: las creencias positivas sobre la preocupación, la orientación negativa hacia los problemas y la evitación cognitiva (Dugas y cols., 1997). La intervención en todos estos aspectos contribuyó al descenso significativo en esta variable.

Con respecto al nivel de preocupación, la paciente refiere que en la actualidad no tiene apenas preocupaciones incapacitantes. Si bien se observa una reducción significativa de la intensidad, frecuencia y duración de las preocupaciones, el tamaño del efecto no es demasiado grande debido a que

la preocupación como estilo cognitivo cronificado resulta difícil de eliminar por completo en el repertorio conductual de la paciente. Lo mismo ocurre con la ansiedad evaluada con el BAI.

Atendiendo a la sintomatología depresiva que presentaba María al inicio del tratamiento, que suele ser comórbida con los trastornos de ansiedad, la paciente muestra una reducción muy significativa de dicha sintomatología.

En la actualidad, la paciente no presenta sintomatología ansiosa ni depresiva y refiere un elevado grado de satisfacción con los resultados obtenidos. En cuanto a estrategias de afrontamiento, se encontraron cambios relevantes a nivel clínico, especialmente en algunas de las que se consideran desadaptativas, incrementándose con estrategias de solución de problemas, búsqueda de apoyo social, reinterpretación positiva, afrontamiento activo y desahogo y ventilación emocional. También se redujo el consumo de alcohol y se aumentó el uso de distracción y de humor.

A nivel de funcionamiento adaptativo, la paciente expresó una mejora en todos los niveles. En la relación con su hijo, había conseguido tener más tiempo de ocio con él y disfrutar de los momentos en que estaban juntos y reducir el nivel de exigencia con respecto. María pensaba que su hijo ahora era más feliz. En su trabajo, iba más relajada, tuvo más contacto social con sus compañeros, la relación con su jefe mejoró al dejar de interpretar sus gestos y pedirle información cuando consideraba oportuno; además, llegó a la conclusión de que aquel valoraba su trabajo y la propuso para liderar nuevos proyectos. María retomó muchas conductas de autocuidado y de disfrute de actividades gratificantes y agradables. Además, recuperó el contacto con sus amigas y quedaba con ellas, realizando viajes porque algunas viven fuera de Madrid. En su relación de pareja, consideraba estar más relajada lo que hacía que la relación hubiese mejorado debido a este cambio.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo, se ha comprobado en un caso real la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual para el TAG basado en el Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (Dugas y Robichaud, 2007). La parte central de la terapia, a la luz de los resultados expuestos y de la literatura científica existente, se centra en el trabajo con la incertidumbre para dejar de considerarla como algo negativo, la modificación de creencias positivas acerca de la preocupación y el desarrollo de habilidades de afrontamiento de la paciente ante situaciones inciertas, contrarias a la evitación.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, se pueden mencionar las propias de los estudios de caso único, es decir, debemos ser prudentes en la interpretación de los resultados obtenidos, a la hora de generalizar a otros casos que compartan el mismo diagnóstico, pero con diferencias en ciertas variables definitorias como edad, sexo, cronicidad, topografía del problema, etc.

Con relación a los resultados obtenidos, se observa una mejoría significativa en todas las variables evaluadas, que se mantuvo también en el seguimiento. El hecho de que el tamaño del efecto no sea muy grande se explicaría por la cronicidad y forma difusa del cuadro. Esto hace que la ansiedad y las preocupaciones de la paciente sean un rasgo característico difícil de modificar, por lo que es esperable que a largo plazo y en condiciones de mayor estrés vital, se incremente la sintomatología o surja una posible recaída. En este sentido, el concepto de seguimiento debería considerarse como mantenimiento, de tal forma que habría que diseñar intervenciones de mantenimiento breves y que no supusieran un gran esfuerzo por parte de la cliente para mantener e incluso mejorar los resultados.

Teniendo en cuenta lo anterior y, después de la revisión de los diferentes modelos teóricos y abordajes cognitivos conductuales sobre el TAG, parece prudente plantear, por una parte, la necesidad de investigaciones suplementarias para continuar examinando los procesos afectivos, cognitivos y comportamentales específicos del TAG, con el objetivo de desarrollar mejores estrategias de intervención que den alcance a las particularidades de este trastorno. Por otra, la investigación acerca de los modelos teóricos tendría que plantearse si dichos modelos están demasiado focalizados y dan una

visión fragmentada del fenómeno total, o bien, tienen un elevado grado de superposición, conceptualizando de forma diferente fenómenos similares. Esto también tiene implicaciones para el tratamiento, ya que cada modelo dirige la intervención a aquellas variables que consideran fundamentales en el origen y mantenimiento del trastorno. Además, la eficacia de la Terapia Cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento del TAG ha obtenido buenos resultados, aunque aún se necesita mejorar la eficacia de las intervenciones basadas en la evidencia. Por todo esto, sería fundamental incluir en las investigaciones, variables personales moduladoras, para poder determinar qué tipo de personas responden mejor a cada tipo de tratamiento. Esto nos ayudaría a tener una mejor comprensión de los factores etiológicos y de mantenimiento del TAG.

Referencias

- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada: Guía para el terapeuta*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A. (2016). Trastorno de ansiedad generalizada. En M. A. Vallejo, *Manual de Terapia de conducta*. Tomo 1. Madrid: Dykinson.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B. y Staples, A. M. (2011). Modelos teóricos actuales del TAG: revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *Revista de toxicomanías*, (63), 15-36.
- Borkovec, T. D. e Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153-158.
- Borkovec, T. D. y Hu, S. (1990): The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28,69-73.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. y Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.
- Dugas, M. J., Buhr, K. y Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. En R. G. Heimberg, C. L. Turk y D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 143–163). New York: Guilford.
- Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, 1* (pp. 211-240). Madrid: Siglo XXI.
- Dugas, M. J. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Nueva York: Routledge.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe. Results from ESEMeD European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(supp.420), 21-27
- González, M., Cubas, R., Rovella, A. T. y Darias, M. (2006). Adaptación española de la “Escala de Intolerancia a la Incertidumbre: Procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, 16, 219-233
- González, M., Ibáñez, I., Rovella, A., López, M. y Padilla, L. (2013) Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre: relaciones con variables psicopatológicas. *Psicología Conductual*, 21(1), 81-101.
- Hazlett-Stevens, G., Pruitt, L. D. y Collins, A. (2008). Phenomenology of generalized anxiety disorder. En M. M. Antony y M.B.Steins (dirs), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*. Nueva York. Oxford University
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19(2), 347-372.

- Labrador, F., Puente de la, M. y Crespo, M. (1999). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Ladouceur, R., Belanger, L. y Léger, E. (2009). *Deje de sufrir por todo y por nada*. Madrid: Pirámide.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 17-29.
- Montorio, I., Izal, M. y Cabrera, I. (2014). Trastorno de ansiedad generalizada. En V. Caballo, I. Salazar y J. A. Carrobes (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 314-335). Madrid: Pirámide.
- Muñoz, M. (2010). *Manual Práctico de Evaluación Psicológica Clínica*. Madrid, España: Síntesis.
- NICE (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Guía clínica*.
- Prados, J. M. (2008). *Ansiedad generalizada*. Madrid: Síntesis.
- Provencher, M. D., Ladouceur, R. y Dugas, M. J. (2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée: prévalence et évolution suite a une thérapie cognitivo-comportementale, *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 51, 91-99.
- Roemer, L., Orsillo, S. M. y Barlow, D. H. (2002). Generalized anxiety disorder. En D. H. Barlow (eds), *The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Rovella, A., González, M., Peñate, W. e Ibáñez, I. (2011). Preocupación-rasgo y Trastorno de Ansiedad Generalizada en una muestra de la población general: el papel diferencial de la intolerancia a la incertidumbre, la evitación cognitiva, la orientación negativa al problema y las metacreencias. *Revista argentina de Clínica Psicológica*, XX(2), 101-108.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Lostao, L. (2009) Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 14(2), 107-122.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003) Adaptación española para el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) 2. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25, 39-48.
- Sanz, J. y García-Vera, M.P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26, 167-180.
- Seidah, A., Dugas, M. J. y Leblanc, R. (2007) El tratamiento Cognitivo Comportamental del Tag: Modelo conceptual y casos clínicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(1).
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.