

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON UNA PACIENTE CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

**Arturo Bados
Lorenzo Bach**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos,
Facultad de Psicología, UNIVERSIDAD DE BARCELONA.

RESUMEN

Se presenta una descripción detallada de una intervención cognitivo-conductual seguida con una paciente con trastorno de ansiedad generalizada. Se consiguieron resultados clínicamente significativos en las medidas empleadas, de modo que la paciente se situó en la amplitud de puntuaciones correspondientes a la población funcional. Además, mantuvo las mejoras en los seguimientos realizados a los 6 y 12 meses.

Palabras clave: *TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL, ESTUDIO DE CASO.*

SUMMARY

A detailed description of a cognitive-behavioral intervention applied with a patient with generalized anxiety disorder is presented. Clinically significant results were obtained in the measures used and the patient fell in the range of scores corresponding to the functional population. Moreover, the patient maintained the improvement at the 6-month and 12-month follow-ups.

Key words: *GENERALIZED ANXIETY DISORDER, COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT, CASE STUDY.*

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener un nivel de preocupación y ansiedad excesivo y difícil de controlar (*American Psychiatric Association*, 1994/1995; Rapee, 1991; Brown, Barlow y Liebowitz, 1994). Los sujetos se preocupan por cosas que es improbable que sucedan o que si ocurren son mucho más manejables y menos dramáticas de lo que aquellos piensan. Los pacientes con TAG presentan preocupaciones relativamente constantes y, por lo general, únicamente suelen ser capaces de dejar de lado un tema de preocupación ante la aparición de un nuevo tema de preocupación. Las preocupaciones van acompañadas de síntomas tales como inquietud, fatigabilidad, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño. Las áreas más comunes de preocupación suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud. La preocupación, ansiedad o síntomas físicos producen un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento de la persona.

No hay diferencias en el contenido de las preocupaciones de las personas "normales" y de las personas con TAG, pero en el caso del TAG las preocupaciones son más frecuentes y difíciles de controlar que en sujetos normales y parece que puedan estar sesgadas hacia cuestiones amenazantes (Turner, Beidel y Stanley, 1992). La prevalencia anual del TAG en población general puede situarse alrededor del 3-4%, mientras que la prevalencia a lo largo de la vida sube al 5% (*American Psychiatric Association*, 1994/1995; Craske, Barlow y O'Leary, 1992); otros autores dan incluso cifras más elevadas en este último caso: 6-7% (Echeburúa, 1993). El 61% de las personas con TAG son mujeres (Rapee, 1991).

Se han aplicado distintos tipos de tratamientos para el TAG, la mayoría de tipo farmacológico (benzodiazepinas, buspirona, betabloqueantes, antidepresivos tricíclicos). Sin embargo, las limitaciones de estos han hecho volver la vista hacia los tratamientos psicológicos, aunque la evidencia controlada sobre estos últimos es escasa hasta el momento. Uno de los tratamientos que se ha mostrado más eficaz en estudios experimentales es uno de tipo cognitivo-conductual que habitualmente combina entrenamiento en relajación, identificación y cambio de pensamientos, estrategias de distracción, exposición graduada a situaciones evitadas y prevención de recaídas. Este tipo de tratamiento produce mejoras significativas que se suelen

mantener a lo largo de los seguimientos, los cuales han oscilado entre los 6 meses y los 2 años (Durham y Allan, 1993; Durham, Murphy, Allan, Richard, Treiving y Fenton 1994; Echeburúa, 1993).

El objetivo de este trabajo es mostrar el tratamiento de un caso con TAG. A diferencia de la mayoría de estudios publicados sobre casos individuales, ofrecemos tanto una descripción detallada de la intervención, sesión por sesión, como toda una serie de medidas tomadas antes de iniciar el tratamiento, a lo largo del mismo, una vez finalizado éste y en dos seguimientos, lo cual permite seguir y cuantificar la evolución del caso presentado.

MÉTODO

Sujeto

Laura (nombre supuesto) era una mujer de 24 años de edad, soltera y de clase media. En el momento en que solicitó ayuda terapéutica, en la Unidad de Terapia de Conducta de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, estaba cursando el último curso de una carrera universitaria. Acudió a consulta porque presentaba un nivel de ansiedad muy elevado durante todo el día, lo cual le provocaba una clara interferencia en su vida cotidiana.

Laura cumplía claramente los criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada (Organización Mundial de la Salud, 1992; *American Psychiatric Association*, 1994/1995), aunque la duración del trastorno era sólo de 5 meses, uno menos de los que marca el DSM-IV como criterio diagnóstico; sin embargo, este criterio no es considerado en la CIE-10. Laura no padecía ningún otro trastorno psiquiátrico, aunque sí mostraba una elevada ansiedad social, centrada especialmente en determinadas situaciones, y un bajo estado de ánimo, aunque sin estar deprimida. Varios estudios han encontrado comorbilidad entre el TAG por una parte y la fobia social y los trastornos afectivos por otra (*American Psychiatric Association*, 1994/1995; Chambless y Gillis, 1993; Brown, Barlow y Liebowitz, 1994; Rapee, 1991).

Evaluación

Se llevaron a cabo tres sesiones iniciales de evaluación. En estas sesiones se realizaron entrevistas semi-estructuradas para evaluar las distintas áreas en las que Laura presentaba dificultades. Asimismo, y a partir de la informa-

ción que se iba obteniendo a partir de las entrevistas, se le administraron progresivamente los siguientes cuestionarios: el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), la subescala Rasgo del Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad (STAI-T) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), el Inventario de Ansiedad Social (SAI) (Richardson y Tasto, 1976), el Inventario de Asertividad (AI) (Gambrill y Richey, 1975) y el Inventario de Preocupación Penn State (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). También se diseñó un autorregistro en el que la paciente debía apuntar, además de las preocupaciones o pensamientos perturbadores que tenía, la situación que los había generado, los síntomas experimentados y el nivel de ansiedad según una escala 0-8.

Junto a los cuestionarios anteriores, construimos y empleamos un Cuestionario Específico en el que se definieron un total de 24 situaciones en las que Laura presentaba problemas; estas situaciones estaban agrupadas en cuatro áreas: hablar en público, llamar por teléfono, asertividad y estar ante figuras de autoridad. Creemos que la elaboración de este tipo de cuestionarios específicos permite reflejar y evaluar las situaciones concretas en las que tiene dificultades una persona particular, lo cual no se consigue con los cuestionarios estandarizados.

Además de la evaluación inicial previa al tratamiento, se realizaron otras evaluaciones durante el tratamiento (a los 3 y a los 5 meses, o bien a los 4 y a los 5 meses en el caso del Cuestionario Específico), al finalizar el mismo y en seguimientos llevados a cabo a los 6 y 12 meses después de haber finalizado el tratamiento. A continuación resumiremos brevemente los aspectos más relevantes de la información obtenida en la evaluación inicial.

En el momento de acudir a consulta Laura presentaba un nivel de ansiedad muy elevado durante todo el día: ella misma señaló una media de ansiedad diaria de 7/8 (siendo 0 nada de ansiedad y 8 ansiedad máxima). Este nivel de ansiedad basal tan elevado se había acentuado desde hacía unos 5 meses y, desde entonces, no había habido ningún periodo de mejoría. Dicha ansiedad era debida, en gran parte, a las preocupaciones que tenía Laura, relativas principalmente a su futuro laboral y a los estudios (suspender exámenes), así como a preocupaciones por cosas que había dicho o hecho (como, por ejemplo, estar preocupada por si alguien habría interpretado de forma incorrecta un comentario suyo). Estas preocupaciones solían estar presentes la mayor parte del día y tenía muchas dificultades para conseguir dejarlas de lado; además, interferían en su capacidad de atención y concentración. Por

otra parte, el empeoramiento en ansiedad fue acompañado también por un decaimiento del estado de ánimo; en palabras de la paciente, se había producido un bajón de su autoestima, acentuado por su tendencia a compararse con los demás y a sentirse inferior a ellos, especialmente cuando se trataba de figuras de autoridad.

Laura tenía ciertas dificultades para desenvolverse en determinadas situaciones, básicamente del ámbito social, lo cual también contribuía a aumentar sus preocupaciones y su estado de ansiedad general. Estas situaciones eran: hablar en público (intervenir o hacer exposiciones en clase), hablar con figuras de autoridad, ya fuese cara a cara o por teléfono (por ejemplo, hablar con profesores de la Universidad, pedir hora para ir al médico) y situaciones directamente relacionadas con la asertividad (defender sus derechos, declinar determinadas peticiones, etc). Laura intentaba no evitar estas situaciones, pese a la ansiedad que le producían, y sólo en determinados casos las evitaba. Una forma de hacer esto era pedir a alguna compañera suya que hiciese una actividad en su lugar.

Otro aspecto que solía ser una fuente importante de preocupación era la tendencia que Laura tenía a sobrecargarse de trabajo. Laura planificaba de forma incorrecta las actividades que debía realizar diariamente e intentaba llevar a cabo muchas más actividades de las que le permitía el tiempo de que disponía, lo cual acababa convirtiéndose en una clara fuente de ansiedad y preocupación ya que siempre le quedaban innumerables actividades por hacer.

Algunos de los síntomas que con más frecuencia presentaba eran: dolores musculares (en la espalda, calambres en las piernas y pies), dolor de cabeza de tipo tensional, temblor de manos, dificultades para respirar, taquicardia, dificultades de concentración e irritabilidad. Asimismo, también tenía problemas para conciliar el sueño y éste acostumbraba a ser poco reparador. A Laura le preocupaban especialmente aquellos síntomas que creía que los demás podrían percibir tales como el temblor de manos. Así, cuando tenía temblor de manos creía que los demás pensarían de ella que “era idiota” y que “no podían confiar en una persona así”.

Respecto a tratamientos recibidos anteriormente, únicamente destacaríamos que en varias ocasiones en las que padecía dolores de cabeza muy intensos el médico le recetó un fármaco compuesto de metocarbamol y paracetamol (indicado para dolor con espasmos de la musculatura esquelética en cualquier región del aparato locomotor). Asimismo también le habían prescrito propranolol (indicado, entre otras cosas, para el tratamiento de la

sintomatología periférica de la ansiedad como el temblor o la taquicardia) en los momentos en que la ansiedad era muy elevada. En la actualidad Laura no consumía ningún fármaco ni tampoco ningún tipo de droga legal o ilegal.

La *hipótesis explicativa* que se compartió con la paciente aparece en la figura 1. Se supuso que los niveles elevados de ansiedad que presentaba Laura eran debidos, en gran parte, a la tendencia que tenía a preocuparse excesivamente por las cosas. Se identificaron varias fuentes de preocupación. En primer lugar, la tendencia a sobrecargarse de trabajo lo cual facilitaba que se preocupase porque no llegaba a cumplir las expectativas que ella misma se había marcado. En segundo lugar, la ansiedad social que mostraba Laura ante determinadas situaciones: intervenir en público, hablar con figuras de autoridad, defender sus derechos. Finalmente, los exámenes y su futuro laboral constituían otras fuentes de preocupación excesiva.

La preocupación ansiosa generada por todas estas fuentes se veía intensificada por el hecho de que Laura carecía de determinados recursos o estrategias para hacerles frente o no utilizaba recursos de los que sí disponía. Aparecían así síntomas somáticos tales como dolores de cabeza, dolores musculares, taquicardia, sudoración y temblor de manos. Todos aquellos síntomas que Laura creía que los demás podían percibir se acababan convirtiendo, a su vez, en nuevas fuentes de preocupación. Al mismo tiempo, los síntomas somáticos favorecían conductas disfuncionales (hablar rápido, plantear cosas con inseguridad), falta de concentración, irritabilidad, y, con menor frecuencia, conductas de evitación (no expresar la propia opinión, no intervenir en público). Finalmente, se hipotetizó una influencia recíproca entre las preocupaciones ansiosas y los comportamientos mencionados en el párrafo anterior (incluido además el insomnio).

Tratamiento

Se realizaron un total de 23 sesiones de tratamiento de una hora de duración a lo largo de 7 meses. La intervención se llevó a cabo en varias fases: conceptualización del problema, entrenamiento en una serie de técnicas, aplicación de las técnicas y programa de mantenimiento. Una descripción del tratamiento sesión por sesión puede verse en la tabla 1.

Conceptualización del problema. Una vez finalizada la evaluación, se realizó conjuntamente con Laura la conceptualización del problema. Es decir, se analizaron de forma gráfica los distintos componentes implicados en su

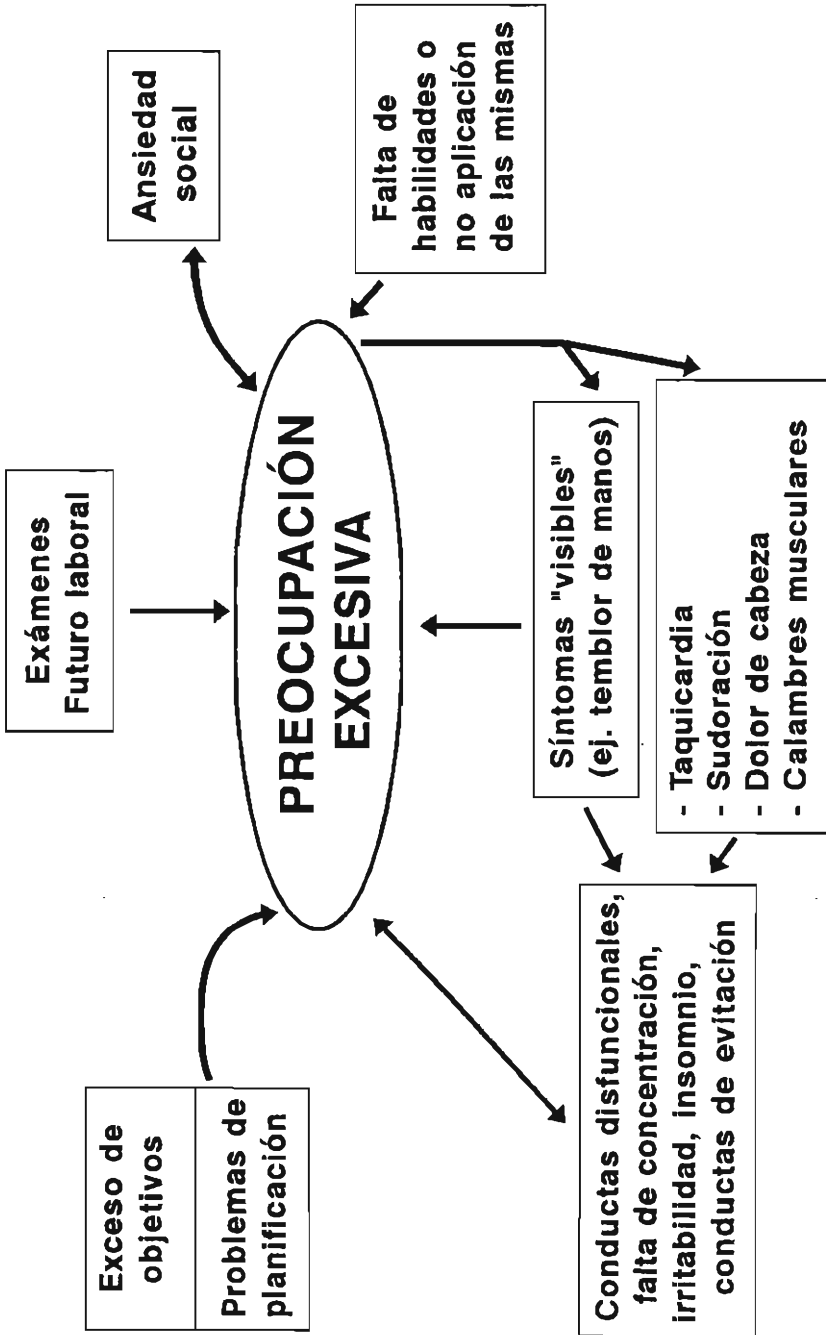


Figura 1.- Hipótesis explicativa

problema, así como las relaciones entre los mismos con la finalidad de que Laura comprendiese con mayor claridad lo que le estaba sucediendo y los factores que contribuían a mantener el problema (véase la figura 1). A partir de aquí, se acordaron una serie de objetivos generales a conseguir:

a) Reducción del nivel de ansiedad general y del nivel de preocupación diario. b) Reducción de los síntomas somáticos (dolores musculares, dolor de cabeza, temblores, ...). c) Mejorar las habilidades y/o el desempeño en las situaciones sociales en las que presentaba dificultades: por ejemplo, ser más asertiva en determinadas situaciones. d) Organizar el tiempo de forma adecuada.

Posteriormente se indicó el tipo de tratamiento que se proponía para intentar conseguir los objetivos propuestos y se explicó brevemente en que consistirían los distintos componentes del mismo.

Entrenamiento y aplicación de una serie de técnicas. La introducción de las técnicas a entrenar fue paulatina, a medida que se requerían. Para cada técnica considerada se dedicaron varias sesiones con el fin de enseñarlas y comprobar que se aplicaban de forma correcta.

Con la finalidad de ayudar a Laura a controlar algunos de los síntomas somáticos que presentaba (falta de aire al respirar, taquicardia, temblores), se decidió enseñarle respiración controlada y técnicas de inervación vagal (Bados, 1991). La respiración controlada es una respiración lenta, regular, diafragmática y no demasiado profunda. Se persigue un ritmo de unas ocho respiraciones por minuto conseguido mediante inspiraciones y espiraciones de tres segundos cada una de ellas y una breve pausa antes de volver a inspirar. Las técnicas de inervación vagal son modos sencillos de estimular el nervio vago, lo cual permite reducir rápidamente ciertas sensaciones corporales, en especial el ritmo cardíaco. Se enseñaron cuatro técnicas para que la paciente pudiera seleccionar la que le funcionaba mejor: presionar sobre un ojo durante la espiración, masajear la carótida, tensar los músculos abdominales e intercostales después de una inspiración profunda e intentar espirar con la boca y la nariz cerradas.

Laura respiraba de una forma rápida y torácica, que empeoraba cuando la ansiedad era muy elevada. De este modo, fueron necesarias 7 sesiones (de la 2 a la 8) para conseguir que la aplicase correctamente. En cuanto a la adquisición de las técnicas de inervación vagal, ésta fue más rápida (de la sesión 4 a la 7); las técnicas seleccionadas por Laura fueron las dos primeras de las cuatro antes citadas. Una vez adquirida una técnica, se comprobaba de forma regular si se continuaba aplicando correctamente.

Tabla 1.- Resumen del tratamiento sesión por sesión

Núm. sesión	Actividades principales llevadas a cabo
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de la jerarquía de situaciones sociales temidas hecha por Laura y del registro de preocupaciones diarias (esto último se hace hasta la sesión 8). - Conceptualización del problema conjuntamente con Laura; justificación y descripción del tratamiento; reestructuración cognitiva (RC) del pensamiento "pensarán que soy tonta porque me pongo nerviosa al tener que hablar con un profesor". - Tareas: RC del pensamiento reestructurado en la sesión.
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Enseñanza de la respiración controlada. - RC de los pensamientos "nadie se pone tan nerviosa como yo", "el ser nerviosa me hace ser una persona incontrolada y me impide actuar como quiero", "cuando miro hacia atrás, sólo veo un fracaso tras otro". - Tareas: Practicar la respiración controlada; RC de los pensamientos reestructurados.
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Práctica de la respiración controlada en la sesión (hasta sesión 8). - Laura valora el nivel de ansiedad y evitación de las situaciones de exposición. - RC del pensamiento "nadie se pone tan nerviosa como yo". - Tareas: Practicar respiración controlada; RC del pensamiento reestructurado en la sesión.
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Enseñanza de la técnicas de inervación vagal (IV). - RC del pensamiento "sí que pierdo el control porque las cosas no me salen como querría". - Tareas: Practicar respiración controlada e IV; RC del pensamiento reestructurado.

<p>Sesión 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Práctica de la IV (hasta sesión 7). - RC del pensamiento “esto sólo me pasa a mí, soy una irreflexiva, me emociono con las cosas y me dejo manipular”. - Ensayo conductual para preparar la situación en que ha de decir a Z que no va a continuar trabajando con ella. - Tareas: Practicar respiración controlada e IV; ensayar la situación de hablar con Z; registro de predicciones respecto a esta situación.
<p>Sesión 6</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Tareas: Practicar respiración controlada e IV; actividades de exposición (hacer llamadas telefónicas a distintos sitios para pedir información).
<p>Sesión 7</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Tareas: Practicar respiración controlada e IV; exposición (hacer llamadas telefónicas para pedir información, ir a entregar currículums, ir a entrevistas de trabajo, ir a reclamar por un producto que le vendieron en mal estado); RC del pensamiento “pensarán mal de mí si digo que no a un trabajo”. A partir de esta sesión la exposición incluye reestructurar por escrito los pensamientos negativos relativos a la misma.
<p>Sesión 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas, incluida, a partir de esta sesión, la RC de los pensamientos relativos a la exposición. - Tareas: Exposición (hacer llamadas telefónicas ante otras personas, probarse ropa en alguna tienda pero irse sin comprar nada, entregar más currículums).
<p>Sesión 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Hacer una llamada telefónica para pedir información delante de los terapeutas. - RC de pensamientos aparecidos durante la exposición: “no sabré que contestar”, “estoy haciendo el ridículo cuando no me atrevo a llamar delante de la gente”, “soy un desastre”. - Tareas: Exposición (hacer llamadas telefónicas, intervenir en una reunión de trabajo, hablar con el jefe de su trabajo, entrar en una tienda y no comprar nada); planificar los siguientes pasos de exposición; RC de los pensamientos reestructurados.

Sesión 10	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Hacer una llamada telefónica delante de los terapeutas (con intervención más larga que en la ocasión anterior). - Tareas: Exposición (hacer una llamada telefónica ante una "figura de autoridad", hacer unas llamadas telefónicas a "figuras de autoridad", entrar en una reunión ya empezada en la que hay figuras de autoridad, intervenir en una reunión a la que tenía que asistir).
Sesión 11	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas y de cómo continúa aplicando la respiración controlada. - Tareas: Exposición (actividades similares a las de la semana anterior, pero con mayor grado de dificultad); preparar una jerarquía para el miedo a hablar en público.
Sesión 12	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Llamar por teléfono delante de los terapeutas a una figura de autoridad y al servicio de información telefónica. - RC de los pensamientos "en clase no me enteraré de nada, seguro que todos saben mucho más que yo", "tengo que ayudar a Y a acabar ese trabajo porque ella ha sido muy amable conmigo y me ha escuchado cuando lo he necesitado, me he comprometido y no le puedo fallar" (Laura no tenía tiempo para acabar el trabajo). - Tareas: Participar en una reunión del trabajo; hacer tres llamadas telefónicas a tres doctores; RC de los pensamientos reestructurados.
Sesión 13	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Hacer una llamada telefónica ante los terapeutas y grabarla. - RC de los pensamientos: "si me he comprometido a hacer algo, lo he de cumplir independientemente de las consecuencias", "si me he comprometido y luego digo que <i>no</i>, estoy fallando". - Tareas: Exposición (hacer nuevas llamadas telefónicas, participar en una reunión del trabajo); RC de los pensamientos reestructurados.
Sesión 14	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Hacer una llamada telefónica ante los terapeutas y grabarla. - Enseñanza de estrategias para resolver un problema de decisión que Laura tiene.

	<ul style="list-style-type: none"> - Tareas: Aplicar la resolución de problemas; exposición (entrar en los despachos de dos profesores —si es posible, cuando haya más gente— para pedirles que le firmen un papel, entrar en la sala de profesores y preguntar por uno de ellos, intervenir en clase).
Sesión 15	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Enseñanza de la planificación del tiempo. - Tareas: Aplicar planificación del tiempo (esta tarea continuó hasta la sesión 23); debido a problema médico, no se pactan tareas de exposición.
Sesión 16	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Enseñanza de la planificación del tiempo. - Enseñanza de cómo utilizar cuadros de decisión. - Tareas: Hacer cuadro de decisión respecto a problema laboral; debido a problema médico, no se pactan tareas de exposición.
Sesión 17	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Hacer cuatro llamadas ante los terapeutas y grabarlas. - RC del pensamiento “si reclamo mi trabajo, pensarán que desconfío de ellos”. - Tareas: Exposición (reclamar a dos compañeros que le devuelvan un trabajo, entregar unos papeles a una figura de mucha autoridad, intervenir en clase); RC del pensamiento reestructurado.
Sesión 18	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Hacer llamada telefónica a figura de autoridad ante los terapeutas. - Tareas: Exposición (hacer intervenciones en clase, hacer una exposición en clase).
Sesión 19	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - RC del pensamiento “soy inferior a la gente que es muy abierta y decidida”. - Como tarea de exposición propia, le ha dicho a una figura de autoridad que no va a continuar haciendo cierto trabajo. - Tareas: Exposición (hablar con figuras de autoridad, intervenir en clase, exponer en clase); RC del pensamiento reestructurado.

<p>Sesión 20</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Como tarea de exposición propia, le ha dicho al jefe de su trabajo que no quiere continuar trabajando allá. - Tareas: Por periodo vacacional no se planifican tareas de exposición concretas.
<p>Sesión 21</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de actividades realizadas. Ha reclamado el finiquito en el trabajo. - Aplicar técnicas control de la ansiedad ante los terapeutas, debido a que se siente ridícula al hacerlo delante de otras personas. - Tareas: Exposición (intervenir en una asignatura que le resulta difícil, reclamar que dos compañeras le devuelvan una cosa que es suya, entregar unas llaves a una figura de autoridad).
<p>Sesión 22</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Aplicar técnicas control de la ansiedad ante los terapeutas. - Tareas: Exposición (reclamar una cosa suya, ir a hablar con una figura de autoridad, exponer en clase).
<p>Sesión 23</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas. - Programa de mantenimiento: Se trabaja el tema de los contratiempos/recaídas y cómo hacerles frente (para más información, véase el texto)

Durante todo el tratamiento se fue aplicando reestructuración cognitiva, siguiendo las líneas de Bados (1996) y Clark (1989), para trabajar los múltiples pensamientos perturbadores (preocupaciones) que Laura presentaba a diario. La reestructuración se hizo tanto a nivel verbal como conductual. En el primer caso incluyó básicamente preguntas dirigidas a reducir la sobrestimación de eventos negativos y preguntas para descatastrofizar. En el segundo, experimentos dirigidos a someter a prueba determinadas predicciones. Si tomamos el pensamiento "este profesor pensará que soy una irresponsable y una caradura por no querer acabar este trabajo al que me comprometí" (trabajo que Laura vio después que era excesivo), podemos ver ejemplos de los tres componentes citados:

- Preguntas para reducir la sobrestimación de anticipaciones negativas: ¿Qué evidencia hay a favor y en contra de esto?, ¿cuál es la probabilidad de que esto suceda?, ¿qué otras cosas puede pensar?, ¿cuál es la más probable?

- Preguntas para descatastrofizar suponiendo que el profesor pensara realmente que Laura era una irresponsable y una caradura: ¿Es esto tan malo como parece?, ¿qué repercusiones tendrá en mi vida?, ¿durarán siempre?, ¿qué puedo hacer para cambiar o manejar la situación? A partir de esto último se indujo a Laura a poner en práctica sus propias habilidades de resolución de problemas. No fue necesario enseñar de forma sistemática la técnica de resolución de problemas porque Laura disponía de suficientes recursos.

- Experimentos conductuales. Tras hacer predicciones de lo que pasaría cuando le dijese al profesor que no podía hacer el trabajo (“me mirará con mala cara”, “me dirá que no se esperaba esto de mí”, “se mostrará abatido”, “no me saludará la próxima vez que me vea”), Laura debía explicar razonadamente al profesor que no podía acabar el trabajo, observar sus reacciones y compararlas con las esperadas.

A partir de la sesión 3 se pidió a Laura que comenzara a aplicar la reestructuración cognitiva en situaciones de su vida diaria, para lo cual se le proporcionó un registro (Clark, 1989) que facilitaba la tarea y que era revisado en cada sesión. Además, y de forma ocasional con determinadas preocupaciones, se animaba a Laura, en primer lugar, a realizar cuadros de decisión en los que debía valorar las consecuencias positivas y negativas de distintas decisiones y, en segundo lugar, a llevar a la práctica la decisión o decisiones tomadas.

Asimismo, con el fin de que consiguiese llevar a la práctica alguna de estas decisiones que tomaba fue necesario iniciar exposición graduada a una serie de situaciones sociales en las que Laura tenía problemas. Algunas de estas situaciones fueron, por ejemplo, hablar con figuras de autoridad (profesores, médicos, etc.), intervenir en las clases o reclamar sus derechos. Las exposiciones fueron siempre en vivo, aunque en algunas se hacían ensayos previos en la sesión con los terapeutas (incluyendo modelado). Las actividades de exposición se fueron pactando a lo largo de todo el tratamiento y las técnicas de respiración y de inervación vagal eran utilizadas por Laura como técnicas de afrontamiento, así como la reestructuración cognitiva que aplicaba antes y/o después de la exposición. Asimismo, se diseñó un registro para evaluar la evolución de Laura en estas situaciones.

Por otra parte, y dada la tendencia de Laura a planificar sus actividades diarias de forma inadecuada y a sobrecargarse de trabajo, se le enseñó organización del tiempo desde las sesiones 15 a la 23. La administración del tiempo incluyó componentes como establecer prioridades, distribuir las tareas planificadas a lo largo del día, dejar tiempo para imprevistos, planificar momentos de descanso y placer, atenerse al plan hecho, hacer una tarea a la vez e intentar terminarla, eliminar o reducir ciertas actividades, aprender a decir no, huir de perfeccionismos, evitar la dilación, revisar periódicamente el plan y autorreforzarse y/o establecer las correcciones oportunas (Clark, 1989; Craske, Barlow y O'Leary, 1992). Se diseñó un autorregistro en el que se pidió a Laura que anotara cada día las actividades planificadas, el tiempo previsto para cada una de ellas, las actividades realmente realizadas, la duración de estas, el grado en que se había sentido con falta de tiempo durante el día y el nivel de ansiedad a lo largo del día.

Programa de mantenimiento. Se dedicó a este programa la última sesión de tratamiento. Siguiendo las pautas dadas por Öst (1989), se discutieron con Laura los siguientes aspectos: a) Tratamiento aplicado, justificación del mismo y resultados logrados. b) Necesidad de mantener y mejorar las habilidades adquiridas. c) La ansiedad como una reacción normal. d) La distinción entre contratiempo y recaída. e) La identificación de situaciones de alto riesgo para los contratiempos y los medios para manejar los mismos. f) Necesidad de seguir practicando; por ejemplo, continuar haciendo exposiciones graduadas ante situaciones que todavía le generaban niveles elevados de ansiedad. Los componentes más importantes de este programa fueron dados por escrito.

RESULTADOS

Laura mejoró en todos los aspectos tratados y esta mejora se hizo patente ya tras las 8 primeras sesiones de tratamiento. A partir de aquí, los resultados se mantuvieron con alguna que otra oscilación, de modo que en el seguimiento a los 12 meses, los progresos logrados en el postratamiento siguieron, por lo general, al mismo nivel.

En cuanto al motivo principal de consulta que hacía referencia a la ansiedad que padecía Laura, las puntuaciones iniciales en los cuestionarios STAI-T y BAI estuvieron por encima de los respectivos puntos de corte tal como puede apreciarse en la tabla 2. Los puntos de corte fueron calculados

a partir de las medias y desviaciones estándar de grupos disfuncionales o "patológicos" y grupos funcionales, de acuerdo con la fórmula proporcionada por Jacobson y Truax (1991). Ya en la primera evaluación que se hizo durante el tratamiento se observó una clara disminución de los valores del STAI-T y del BAI, de modo que se situaron por debajo de los puntos de corte. Esta mejora se mantuvo a lo largo de todo el tratamiento y seguimientos.

En relación a las preocupaciones, éstas fueron disminuyendo a medida que avanzaba el tratamiento. En este sentido, observamos como la puntuación del cuestionario PSWQ pasó de ser prácticamente máxima y muy por encima del punto de corte en la evaluación inicial a situarse por debajo del punto de corte al final del tratamiento y a lo largo de los dos seguimientos.

Por otra parte, también constatamos una mejora en cuanto a las dificultades que presentaba Laura en el ámbito social, según los resultados proporcionados por los cuestionarios SAI y AI (véase la tabla 2). Se observaron disminuciones clínicamente significativas en todas las subescalas de ambos cuestionarios respecto a la evaluación inicial. (Lamentablemente, se perdieron los datos postratamiento del AI, así como del BDI que se comentará más tarde.) Asimismo, el Cuestionario Específico indicó que Laura fue afrontando con éxito de forma paulatina situaciones sociales que evitaba y/o hacía con niveles de ansiedad muy elevados. Se produjo así una mejora en las distintas áreas evaluadas por el cuestionario (véase la tabla 3). Este cuestionario se diseñó una vez iniciado el tratamiento y Laura indicó en la primera ocasión en que lo contestó que ya se habían producido mejoras importantes en 13 de las 24 situaciones de que constaba. El progreso fue muy evidente en la ansiedad y no tan acusado en la evitación por un efecto de suelo, ya que Laura intentaba no evitar la mayoría de las situaciones, aunque le produjesen mucho miedo o ansiedad. El área más problemática fue la de hablar en público, aunque gracias a las exposiciones repetidas, la evitación de este tipo de situaciones se redujo notablemente, así como la ansiedad que producían. De todos modos, esta no se redujo tanto, aunque es preciso reconocer que esto fue debido a situaciones difíciles tales como dar una conferencia ante 70 o más personas.

A medida que avanzó el tratamiento, la autoestima de Laura fue incrementándose al mismo tiempo que disminuían los síntomas distímicos, tal como quedó reflejado en el BDI (véase la tabla 2). Por último, en relación al aspecto que más tarde se introdujo en el tratamiento, la organización del tiempo, también se detectó una mejora, aunque Laura continuó tendiendo a

Tabla 2.- Puntuaciones de la paciente en diversos cuestionarios a lo largo de distintos momentos de evaluación

Cuestionarios	AMP. TEOR.	PUNTO CORTE	PRE Jun. 94	DUR 1 Sep. 94	DUR 3 Nov. 94	POST Ene. 95	SEG 1 Jun. 95	SEG 2 Ene. 96
Inventario de Rasgo de Ansiedad (STAI-T)	0-60	30.2	39	24	27	16	20	18
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	0-63	20.7	25	3	13	9	5	2
Inventario de Preocupación (PSWQ)	16-80	50.4	72	49	65	46	45	46
Inventario de Ansiedad Social (SAI)	0-5	2.51	3.8	2.5	1.9	1.8	1.9	2.1
Desaprobación o crítica por otros	0-5	2.52	4.0	3.0	2.6	2.3	2.6	2.6
Aserción social	0-5	2.41	3.9	2.6	1.9	1.8	2.6	2.8
Enfrentamiento y expresión de ira	0-5	2.19	2.6	1.4	1.5	1.6	1.5	1.5
Contacto heterosexual	0-5	2.01	2.1	1.6	1.5	1.3	1.3	1.7
Intimidad y calidez interpersonal	0-5	2.71	2.4	1.8	1.8	1.6	1.8	1.7
Conflicto con los padres	0-5	2.61	2.5	2.1	1.9	1.4	1.7	1.9
Pérdida interpersonal	0-5	2.40	3.3	2.3	2.0	1.9	2.0	2.2
<i>Puntuación global</i>								
Inventario de Asertividad (AI)	40-200	96	134	91	98	--*	76	52
Grado de inquietud	40-200	105	121	87	105	--*	104	48
Probabilidad de respuesta	0-63	20.1	15	1	12	--*	8	3
Inventario de Depresión de Beck (BDI)								

Nota. AMP. TEOR. = amplitud teórica, DUR = durante, SEG = seguimiento.

* Datos ausentes debido a pérdida de los mismos.

Tabla 3.- Medias de ansiedad y evitación en cada una de las áreas evaluadas en el Cuestionario Específico

Áreas	Ansiedad [0-8] ^a					Evitación [0-4] ^b				
	DUR 2 Oct. 94	DUR 3 Nov. 94	POST Ene. 95	SEG 1 Jun. 95	SEG 2 Ene. 96	DUR 2	DUR 3	POST	SEG 1	SEG 2
Hablar en público	7.2	6.3	5.7	5.8	4.3	2.8	2.0	1.3	1.4	0.9
Llamar por teléfono	2.8	0.2	0.2	0.4	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Asertividad	5.4	2.2	2.2	1	1.2	0.6	0.4	0.0	0.2	0.2
Figuras de autoridad	4.2	2.7	2.0	2.0	1.5	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0

Nota: DUR = durante, SEG = seguimiento

^a Ansiedad: 0 = Nada de ansiedad, 8 = Ansiedad máxima.

^b Evitación: 0 = Nunca lo evito, 1 = Lo evito alguna vez,
2 = Lo evito bastantes veces, 3 = Lo evito casi siempre,
4 = Lo evito siempre.

llevar a cabo un gran número de actividades diarias. A partir de las puntuaciones obtenidas de los autorregistros, el nivel de ansiedad diaria ligada a la planificación y ejecución de actividades descendió de una media de 6 (en una escala 0-8) en las primeras fases a una media de 3 en el postratamiento, aunque la variabilidad diaria fue muy elevada. En cuanto a la sensación de falta de tiempo, la mejora fue menor: de una media de 6 a una de 4, también con una gran variabilidad diaria. Laura continuó percibiendo que le faltaba tiempo y que le quedaban una serie de actividades pendientes.

DISCUSIÓN

Los resultados conseguidos con esta paciente concuerdan con los de otros estudios de casos e investigaciones controladas que indican que el tratamiento conductual y cognitivo-conductual del TAG es (relativamente) eficaz tanto a corto como a largo plazo (Benedito y Botella, 1992; Borkovec y Costello, 1993; Chambless y Gillis, 1993; Durham y Allan, 1993; Echeburúa, 1993; White, Keenan y Brooks, 1992). En concreto, el tratamiento cognitivo-conductual se ha mostrado más eficaz que la terapia psicoanalítica en un estudio (Durham y cols., 1994) y más eficaz que la terapia no directiva en otros, aunque también hay trabajos en los que no se han detectado diferencias con esta última (véase Borkovec y Costello, 1993 y Echeburúa, 1993).

De todos modos, el tratamiento aplicado en muchos estudios incluye diversos componentes que sería necesario analizar para comprobar cuáles de ellos son importantes. Algunos estudios han concluido que la adición de técnicas cognitivas, tales como la reestructuración cognitiva de Beck, aumenta la eficacia de los programas conductuales basados en la relajación y exposición, y esta es la línea que seguimos en el tratamiento de Laura. Sin embargo, la evidencia es contradictoria y las investigaciones existentes no permiten concluir que una intervención cognitivo-conductual sea superior a una puramente conductual (Borkovec y Costello, 1993; Chambless y Gillis, 1993; Durham y Allan, 1993; Echeburúa, 1993; White, Keenan y Brooks, 1992).

Un último comentario relativo a la intervención aplicada es que la relajación suele estar presente en la mayoría de tratamientos del TAG y que incluso ha sido el componente único en algunos estudios. En nuestro caso no empleamos la relajación, sino que utilizamos dos técnicas (respiración,

inervación vagal) que, en principio, pueden tener efectos similares y no requieren tanto tiempo de aprendizaje. En caso de haber resultado insuficientes estas técnicas, entonces, por supuesto, hubiésemos incluido la relajación.

Un aspecto notable de los resultados es que Laura respondió de forma relativamente rápida al tratamiento, en concreto, después de 8 sesiones (véase la tabla 2). Factores que pueden explicar esta respuesta tan rápida son por una parte la corta duración del trastorno, la ausencia de comorbilidad y el no estar tomando medicación ansiolítica (Chambless y Gillis, 1993; Durham y Allan, 1993); y por otra, características de la paciente tales como la alta motivación para cambiar, que se tradujo en un gran cumplimiento del tratamiento, los propios recursos para afrontar e intentar resolver problemas y un nivel cultural elevado que facilitó el aprendizaje y aplicación de la reestructuración cognitiva.

Sin embargo, al margen de estas explicaciones, conviene tener en cuenta que el que, según los pacientes, la mejora principal se produzca tras pocas sesiones de tratamiento es un hallazgo frecuente en la bibliografía sobre las intervenciones terapéuticas (Pekarik, 1993). Además, por lo que se refiere concretamente al TAG, Durham y cols. (1994) hallaron que un tratamiento cognitivo-conductual de 8-10 sesiones fue igual de eficaz que uno de 16-20 sesiones. Esta es una cuestión que requiere más investigación: ¿cuál es la duración óptima de una terapia determinada, según que instrumentos de evaluación y para qué tipo de pacientes?

Otros aspectos de los resultados serán comentados brevemente. La reducción de la ansiedad pareció más evidente a nivel somático, como queda reflejado en el BAI, que a nivel cognitivo, según el STAI-T; esta es la pauta generalmente observada (véase Durham y Allan, 1993). De todos modos, en ambos casos las puntuaciones de Laura se situaron dentro de los valores de la población funcional. Por lo que respecta al AI y a la escala de hablar en público del Cuestionario Específico, sorprenden las disminuciones observadas en el seguimiento a los 12 meses. Estas mejoras tan importante pudieron ser debidas a que, por un cambio de trabajo, Laura tuvo que tratar con figuras de autoridad y hablar en público de forma habitual. Sin embargo, no parece haber concordancia entre la información proporcionada por el AI y la 2ª y 3ª subescalas del SAI en cuanto a la evolución habida entre los dos seguimientos. Según el AI, hubo un progreso notable, mientras que según las dos

subescalas del SAI, no se produjo cambio alguno. Una posible explicación de esta discrepancia es que las medidas mencionadas incluyen situaciones y aspectos diferentes a pesar de sus denominaciones similares.

Finalmente, el que los resultados conseguidos se mantengan o incluso mejoren en los seguimientos realizados concuerda con los estudios existentes y es un motivo de satisfacción. De todos modos, y a pesar de las perspectivas promisorias, no pueden echarse las campanas al vuelo al hablar del tratamiento conductual y cognitivo-conductual del TAG. El número de estudios realizado hasta el momento es pequeño y, como han señalado Durham y Allan (1993), la reducción del rasgo de ansiedad es modesta (25%), sólo alrededor del 50% de los pacientes alcanzan un funcionamiento normal y no se ha estudiado prácticamente qué tipo de pacientes es más probable que se beneficien de una intervención conductual o cognitivo-conductual.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association** (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. (Original de 1994.)
- Bados, A.** (1991). *Hablar en público: Guía práctica para lograr habilidad y confianza*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A.** (1996). La técnica de la reestructuración cognitiva. En J.M.G. Alberca y C.G. Prieto (Comps), *Manual práctico de psicología clínica y de la salud* (pp. 15-48). Málaga: Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A.** (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G.** (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Benedito, M.C. y Botella, C.** (1992). El tratamiento de la ansiedad generalizada por medio de procedimientos cognitivo-conductuales. *Psicothema*, 4, 479-490.
- Borkovec, T.D. y Costello, E.** (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.

- Brown, T.A., Barlow, D.H. y Liebowitz, M.R.** (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 1272-1280.
- Chambless, D.L. y Gillis, M.M.** (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. Special Section: Recent developments in cognitive and constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 248-260.
- Clark, D.M.** (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: University Press.
- Craske, M.G., Barlow, D.H. y O'Leary, T.** (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany, Nueva York: Graywind.
- Durham, R.C. y Allan, T.** (1993). Psychological treatment of generalized anxiety disorder. A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 19-26.
- Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treveling, L.R. y Fenton, G.W.** (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, *165*, 315-323.
- Echeburúa, E.** (1993). *Ansiedad crónica: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Eudema.
- Gambrill, E.D. y Richey, C.A.** (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, *6*, 550-561.
- Jacobson, N.S. y Truax, P.** (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. y Borkovec, T.D.** (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *28*, 487-495.
- Organización Mundial de la Salud** (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Öst, L.-G.** (1989). A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *27*, 123-130.
- Pekarik, G.** (1993). Beyond effectiveness: Uses of consumer-oriented criteria en defining treatment success. En T.R. Giles (Ed), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 409-436). Nueva York: Plenum.
- Rapee, R.M.** (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, *11*, 419-440.
- Richardson, F.C. y Tasto, D.L.** (1976). Development and factor analysis of a social anxiety inventory. *Behavior Therapy*, *7*, 453-462.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E.** (1970). *STAI manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Stanley, M.A.** (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? *Clinical Psychology Review*, 12, 257-270.
- White, J., Keenan, M. y Brooks, N.** (1992). Stress control: A controlled comparative investigation of large group therapy for generalized anxiety disorder. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 97-114.