



Revista Argentina de Clínica Psicológica

ISSN: 0327-6716

racp@aigle.org.ar

Fundación Aiglé
Argentina

Keegan, Eduardo

La Ansiedad Generalizada como Fenómeno: Criterios Diagnósticos y Concepción Psicopatológica

Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XVI, núm. 1, abril, 2007, pp. 49-55

Fundación Aiglé
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921832006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

[redalyc.org](http://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

COMENTARIO

LA ANSIEDAD GENERALIZADA COMO FENÓMENO: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y CONCEPCIÓN PSICOPATOLÓGICA

Eduardo Keegan*

Hay una relación estrecha entre el cambio en la concepción psicopatológica del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y los avances en su terapéutica psicológica.

Como señalan Seidah, Dugas y Leblanc en el artículo que nos ocupa, el cambio en los criterios diagnósticos del TAG permitió dejar atrás una primera generación de tratamientos que tomaban por blanco los síntomas somáticos, entrenando al paciente en técnicas genéricas.

Los modelos psicodinámicos sostuvieron que lo distintivo de este fenómeno clínico era la ansiedad flotante. Esta idea se originó en el hecho de que el paciente experimenta marcada angustia pero sin una evitación fóbica evidente como la que vemos en las fobias específicas, la fobia social o la agorafobia.

Así, el TAG no fue reconocido como una entidad independiente sino hasta la redacción del DSM-III, en 1980, y aún allí constituía una categoría diagnóstica a la que se arribaba por descarte (en otras palabras, se la aplicaba si el paciente presentaba ansiedad marcada y duradera, pero no cumplía los criterios para otro trastorno de ansiedad).

El avance más claro se dio en el DSM-III-R, en 1987, cuando se lo considera una patología del mismo rango que los otros trastornos de ansiedad y se le da un lugar central a la preocupación en la definición de la patología. En el DSM-IV se incluye el criterio de sensación de incontrolabilidad de la preocupación y se descarta la irracionalidad de las preocupaciones, presente en la edición anterior.

Dado que la preocupación y los rasgos neurobiológicos que la acompañan son comunes en todos los trastornos de ansiedad, el TAG podría ser considerado el trastorno de ansiedad "básico". Barlow (1988, 1993, 2002) sugiere que el proceso fundamental que comparten el TAG y los demás trastornos de la ansie-

dad es la *aprehensión ansiosa*. Esta es definida como estado de ánimo orientado al futuro en el que uno se prepara para tratar de afrontar eventos negativos que habrán de sobrevenir. La aprehensión ansiosa se asocia con un estado de afecto negativo elevado y activación elevada crónica, una sensación de incontrolabilidad y un foco atencional puesto sobre estímulos relacionados con la amenaza. El proceso estaría presente en todos los trastornos de ansiedad, pero su foco variaría de cuadro en cuadro, dando así especificidad a cada patología.

Si reconocemos, entonces, que es mucho lo que el TAG comparte con los otros trastornos de ansiedad y con el trastorno depresivo mayor, el desafío residía en explicar cuál era la especificidad de este trastorno, si es que la había. Esto representó un obstáculo para los primeros modelos cognitivos estándar (Beck y Emery, 1985), basados en la idea de una alteración del procesamiento de la información que daba lugar a distorsiones cognitivas y a productos cognitivos caracterizados por contenidos de amenaza específicos. En efecto, podía postularse que los contenidos predominantes en la depresión eran la pérdida, el fracaso, o que en la fobia social eran la degradación, la pérdida de estatus social. ¿Pero cuál era el contenido específico de las cogniciones de los pacientes con TAG?

El contenido de la preocupación de estas personas no difiere sustancialmente de las preocupaciones de las demás personas, aún de aquellos que sufren otras patologías ansiosas. Todos los pacientes ansiosos se preocupan, sólo que las personas con TAG lo hacen sobre una amplia gama de temas. La incontrolabilidad de la preocupación, en cambio, sí es típica de estas personas. Lo que la persona con TAG piensa acerca del hecho de preocuparse, esto es su metacognición sobre la preocupación, ha recibido un lugar de consideración central en el modelo teórico de Wells (1997).

Las preocupaciones tampoco son irracionales. Más aún, como dice Borkovec (comunicación personal, 2006), estos pacientes suelen ser muy lógicos en sus planteos.

Las personas afectadas de TAG viven orientadas al futuro. Sus mentes consagran la mayor parte del

*Eduardo Keegan: Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires
E-mail: ekeegan@psi.uba.ar
REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVI. p.p. 49-55
© 2007 Fundación AIGLE.

tiempo a evaluar futuros potencialmente aversivos, amenazantes y al hacerlo desatienden el presente.

Estos pacientes se caracterizan por plantearse permanentemente preguntas del tipo “¿Y si...? Estas preguntas se refieren siempre a amenazas futuras y pueden constituir, en el mejor de los casos, la primera fase de la resolución de problemas.

Presos de la ansiedad, buscan permanentemente ser reasegurados por sus familiares, amigos y terapeutas.

Un modelo psicopatológico del TAG debe dar cuenta de cada uno de estos factores, así como de su interrelación. De allí se derivan las intervenciones necesarias para desarticular los factores de mantenimiento e incidir, en la medida en que resulte posible, en los factores causales.

El modelo de Dugas y colaboradores

El modelo de Dugas postula la existencia de cuatro procesos cognitivos en el desarrollo y exacerbación –mantenimiento– del trastorno de ansiedad generalizada. Estos son:

- a) la intolerancia a la incertidumbre
- b) la tendencia a sobreestimar la utilidad de la preocupación
- c) la orientación ineficaz frente a los problemas
- d) la evitación cognitiva

El tratamiento está compuesto por un paquete de intervenciones o módulos, cada uno de los cuales tiene por blanco terapéutico uno de los cuatro procesos cognitivos patogénicos.

La intolerancia a la incertidumbre

En el artículo vemos los datos empíricos que avalan la postulación de la intolerancia a la incertidumbre como aspecto cognitivo central para el TAG. En primer lugar, los pacientes con TAG tienen niveles de intolerancia a la incertidumbre significativamente superiores a los de la población general y a los afectados por pánico u otros trastorno de ansiedad (Dugas, Gagnon y cols., 1998; Dugas y cols., 2005; Ladouceur y cols., 1999). En segundo lugar, la intolerancia a la incertidumbre se correlaciona más fuertemente con la preocupación que con las obsesiones, la depresión y los síntomas de pánico (Dugas, Gosselin y Ladouceur, 2001; Dugas, Schwartz y Francis, 2004). En tercer lugar, la preocupación se correlaciona más estrechamente con la intolerancia a la incertidumbre

que con el perfeccionismo, la necesidad de control y la intolerancia a la ambigüedad (Buhr y Dugas, 2006), rasgos cognitivos más característicos del trastorno obsesivo-compulsivo.

Estos estudios tratan de mostrar la especificidad de este factor cognitivo en el TAG y en conjunto son convincentes, aunque se necesite replicarlos para alcanzar un mayor grado de confiabilidad en sus resultados.

Otros estudios implementados desde la lógica de las variaciones concomitantes muestran que un aumento o reducción de la intolerancia a la incertidumbre engendra un aumento o reducción en las preocupaciones (Ladouceur, Gosselin y Dugas, 2000), y que los cambios en la intolerancia a la incertidumbre preceden a cambios en el nivel de preocupaciones durante el tratamiento (Dugas y Ladouceur, 2000; Dugas, Langlois, Rhéaume y Ladouceur, 1998). Estos estudios tienen un diseño interesante porque hacen más creíble el considerar a la preocupación mórbida como variable dependiente de la intolerancia a la incertidumbre.

En otras palabras, Dugas y sus colaboradores plantean que una excesiva intolerancia de la incertidumbre predispone a una persona a virar de la preocupación normal a la preocupación incontrolable.

Lo que no queda tan claro es *por qué* una persona llega a desarrollar una excesiva intolerancia a la incertidumbre. En cierto sentido, es un clásico modelo cognitivo, que enfatiza más la interacción de factores que las causas. Es cierto que podemos construir tratamientos muy efectivos sin conocer las causas últimas de un trastorno, pero es importante que un modelo psicopatológico deje en claro que no pretende explicar las causas de un trastorno, sino describir los factores que lo exacerban y mantienen. Esto no está muy claramente explicitado en este artículo.

Wells (1997) sugiere que el TAG podría desarrollarse a lo largo del tiempo como producto del modelado de la conducta de preocupación por parte de uno o ambos padres, o bien por los “beneficios” asociados con la preocupación. En efecto, dado que sus preocupaciones tienden a referirse a eventos de baja probabilidad, la conducta de preocupación resulta reforzada negativamente cuando el resultado temido no ocurre.

Otros modelos han tratado de explicar más claramente el desarrollo del TAG. Barlow (1988, 2002) atribuye la instalación del trastorno a la combinación de una vulnerabilidad psicológica generalizada y una vulnerabilidad biológica generalizada que se activan a partir del estrés ocasionado por eventos vitales. Estos eventos vitales se relacionan a veces por falsas alarmas, pero en otros casos se trata de eventos

genuinamente negativos. ¿Pero qué tipo de evento vital es el que puede dar lugar al TAG?

El modelo de Borkovec y colaboradores (Sibrava y Borkovec, 2006; Borkovec y Sharpless, 2004), descrito y comentado en este número de la RACP, ha tratado de dar una respuesta a este punto. Borkovec se plantea cómo estas personas llegan a desarrollar la creencia central que los caracteriza: *“el mundo es un lugar potencialmente peligroso, y quizás yo no pueda afrontar lo que llegue a ocurrir, así que tengo que anticipar todo lo malo que pueda ocurrir de modo de evitarlo o prepararme para ello”* (Sibrava y Borkovec, 2006). Para dar cuenta de eso, su modelo se centra sobre factores interpersonales.

Señalan así, entre otros factores, que la mayoría de los temas de preocupación caen dentro de la categoría interpersonal y la mayoría de los traumas pasados sufridos por personas que desarrollan TAG involucran catástrofes sobrevenidas a sus allegados (Roemer, Molina, Litz y Borkovec, 1997).

A la ocurrencia de eventos negativos a los allegados se suma la experiencia infantil de un apego inseguro (Bowlby, 1982), caracterizado por una relación de rol invertido en el cual el niño ha tenido que hacerse cargo de la madre. El niño puesto en este predicamento llega a pensar que el mundo es un lugar peligroso, que quizás no pueda afrontar eventos futuros y que debe anticiparlos para garantizar su supervivencia y obtener el amor y aprobación de su madre (Sibrava y Borkovec, 2006).

De aquí que el tratamiento de Borkovec incluya un elemento interpersonal que no está incluido en la intervención de Dugas, más clásicamente intrapsíquica (esto es, centrada en los factores mentales internos y no en el contexto o en el dominio interpersonal).

La tendencia a sobreestimar la utilidad de preocuparse

Churchill (s/f) dijo en una oportunidad: *“cuando contemplo retrospectivamente mis preocupaciones, recuerdo la historia del anciano que dijo en su lecho de muerte que había tenido muchas dificultades en su vida, la mayor parte de las cuales nunca habían ocurrido”*.

Otro anónimo popular ingenioso dice *“la preocupación es el interés que uno paga sobre una deuda que quizás jamás contraiga”*.

Si esto es así, ¿cuál es entonces la utilidad, la ventaja de preocuparse?

Todos tenemos creencias positivas y negativas acerca de la preocupación. Las personas con TAG, sin embargo, tienen algunas creencias específicas. En

particular, es importante resaltar una forma de fusión pensamiento-acción que lleva a que crean que la preocupación reduce la probabilidad de los eventos negativos futuros. La especificidad de esta creencia en las personas con TAG fue propuesta por otros investigadores anteriormente, como puede verse en las citas del artículo de Dugas.

En mi experiencia clínica ha sido frecuente observar en pacientes mujeres con hijos la creencia de que preocuparse es un rasgo de personalidad positivo. *“Una madre que no se preocupa no es una buena madre”* es una expresión común en estas personas. Los pacientes varones, más orientados por expectativa social hacia la protección y provisión, tienden a verse a sí mismos como responsables; consideran que quien no se preocupa como ellos es un *“cabeza fresca”* (irresponsable).

Otra característica cognitiva importante es creer que la preocupación protege contra las emociones negativas futuras.

Por un lado, esto revela una característica central del TAG: la desatención del presente en favor de un futuro percibido como amenazante. Esta tendencia, sumada a la dificultad que tienen para estimar adecuadamente la probabilidad de los eventos dañosos, hace que el paciente tenga la convicción de que vive una vida plagada de problemas, aunque el observador externo no note nada fuera de lo normal. Este aspecto del cuadro no es un blanco de tratamiento específico de la intervención de Dugas, sí lo es en el protocolo de Borkovec.

La creencia apunta también a otro elemento central del modelo: la evitación emocional y cognitiva (al fin y al cabo, no hay una sin la otra). La actitud de prepararse para lo peor puede dar una sensación de control ilusorio, pero también puede impedir un adecuado procesamiento emocional de la imagen del evento temido. Examinaremos este punto más adelante.

La orientación ineficaz frente a los problemas

El modelo de Dugas señala, con justeza, que las personas con TAG no se diferencian de las demás personas por su capacidad de generar, elegir o implementar soluciones, como se pensó originalmente. Cuando esta perspectiva prevalecía, se suponía que entrenarlos en la resolución de problemas podría mejorar considerablemente el cuadro. Dugas acepta que esto puede ser útil, pero no central.

El problema radica en el estilo cognitivo con el que enfrentan un problema, que interfiere con el despliegue de las capacidades normales con las que cuentan.

Los pacientes creen que preocuparse es muy beneficioso para resolver problemas. Para cuestionar socráticamente esta creencia, me ha resultado útil, en especial con pacientes del sexo masculino, plantearles el ejemplo de James Bond. Bond resuelve todos los problemas que se le plantean, por disparatados que sean. Su capacidad de afrontamiento parece no tener límites, al punto de arrancarnos una sonrisa cuando se ajusta su corbata luego de sumergirse a alta velocidad en el mar en una persecución de alto riesgo. Bond jamás se muestra preocupado, pues confía ampliamente en sus capacidades de afrontamiento. Lo que lo hace eficaz no es el estar permanentemente preocupado considerando las múltiples amenazas que se ciernen sobre él, sino estar alerta – es decir, *atento siempre al presente* – y bien entrenado.

La evitación cognitiva

Contrariamente a lo que ocurre en otros trastornos de ansiedad, la persona con TAG no teme a una situación, sensación u objeto presentes, sino a amenazas futuras de baja probabilidad. En consecuencia, no tiene muchas posibilidades de apelar a la evitación conductual, pero sí se entregan con decisión a la evitación cognitiva. Es característico de los pacientes TAG el evitar leer diarios o mirar los noticieros en la televisión para tratar de no sentir angustia. Suelen cambiar de canal en cuanto se topan con una transmisión que les resulta inquietante.

La preocupación es un fenómeno predominantemente verbal. Cuando nos preocupamos nos hablamos a nosotros mismos, en vez de dibujarnos el suceso negativo en nuestra mente. ¿Qué importancia tiene esto y qué nos dice de *la función* de la preocupación?

Preocuparse en palabras evita la activación de imágenes que darían lugar a una fuerte activación autonómica. Preocuparse sirve entonces a los efectos de evitar conectarse con emociones negativas y, a la vez, reducir las sensaciones somáticas asociadas.

Dugas señala que la consecuencia negativa de esto es el impedir la tramitación de los temores fundamentales del paciente.

La investigación ha demostrado, además, que el precio de este proceder es la restricción autonómica, por un lado, y la imposibilidad del procesamiento emocional de esas imágenes por el otro.

-El TAG y la activación autonómica

La investigación (Hazlett, McLeod y Hoehn-Saric, 1994; Hoehn-Saric y cols., 1989) ha revelado que los pacientes que padecen TAG no presentan el tipo de

activación autonómica que caracteriza a otras patologías ansiosas. Todo modelo psicopatológico que se precie debe dar una explicación de este hecho.

Las personas afectadas por TAG han sido denominados *restrictores autonómicos*. En lugar de encontrar la profusión de síntomas autonómicos que vemos, por ejemplo, en el estrés postraumático, las personas con TAG presentan tensión muscular e invariabilidad en el ritmo cardíaco.

A esto se debe que los primeros tratamientos conductuales de esta patología se basaran fundamentalmente en la relajación. Uno de los primeros trabajos de Borkovec (Bernstein y Borkovec, 1973) fue, precisamente, un manual de entrenamiento en relajación muscular progresiva. Dado que estos pacientes se destacan por la constante tensión muscular, parecía razonable aplicar un programa de relajación. Pero los resultados de las estrategias basadas sólo en la relajación son transitorios.

Uno de los rasgos distintivos del enfoque de Dugas y colaboradores es, precisamente, el abandono de las estrategias de relajación como herramienta terapéutica en favor de recursos cognitivos. La tensión muscular es un correlato de la preocupación, no un aspecto central de la patología. Los tratamientos cognitivo-conductuales modernos se caracterizan por poner el énfasis en la modificación de los factores que dan lugar a la ansiedad, *en lugar de entrenar al paciente para reducir la ansiedad*. El Panic Control Treatment de D.H. Barlow (2002), por ejemplo, ha abandonado el uso del reentrenamiento respiratorio como estrategia para reducir la ansiedad y lo aplica ahora como un experimento conductual. Se le pide al paciente que respire de forma ondulatoria, a un ritmo pausado, y que observe si su ansiedad asciende o desciende.

-La evitación cognitiva y el procesamiento emocional

Una gran variedad de investigaciones (véase Si-brava y Borkovec, 2006, para una reseña) señalan que la preocupación interfiere con el procesamiento de emociones negativas.

Hayes y colaboradores (1999) dan un lugar central en su teoría a la evitación de la experiencia emocional. Hayes señala que lo verdaderamente importante no es que el paciente se sienta *bien*, sino que *sienta bien*. En otras palabras, la tendencia a evitar las experiencias emocionales negativas, el intento de controlarlas en lugar de aceptarlas, interfiere con su procesamiento e impide su declinación natural.

Foa y colaboradores (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989) sostienen una idea similar, cuando plantean que los pacientes con estrés postraumático, al apelar a la evitación emocional, cognitiva y conductual

de todo lo relacionado con el trauma, se ven impedidos de realizar un trabajo de significación de la experiencia que permitiría su procesamiento emocional y, con ello, el descenso en el malestar asociado a esa experiencia extrema.

La terapéutica

Las dificultades en la conceptualización psicopatológica del TAG ha redundado en que los resultados de los tratamientos cognitivo-conductuales del TAG hayan sido siempre inferiores a los obtenidos en todos los otros trastornos de ansiedad. Todavía hoy hay una gran distancia a recorrer para alcanzar los resultados que se logran en pacientes con trastorno de pánico o fobias específicas.

Aquellos que creen que las terapias cognitivas son un conjunto de técnicas exitosas deberían tener presente lo que nos enseña la aplicación de la reestructuración cognitiva a estos pacientes. El paciente con TAG puede llenar competentemente su Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales, semana tras semana, sin agotar nunca el temario de preocupaciones. La cognición disfuncional refutada es rápidamente reemplazada por otra nueva, tan fresca, vigorosa y creíble como lo fuera la anterior.

¿Por qué un trastorno que tiene tanto en común con la depresión es tan rebelde a una intervención que es tan exitosa con los pensamientos negativos?

Es más importante pues, que el paciente comprenda *para qué* se preocupa que el discutir el contenido, siempre renovado, de sus preocupaciones. Por eso los primeros pasos de la terapia de Dugas –como los de otros autores comentados en este volumen– apuntan al reconocimiento temprano de estar recurriendo a la preocupación y a la clarificación de qué función cumple –qué ventaja tiene– el preocuparse para la persona afectada de TAG. El inicio de la preocupación es más o menos involuntario, pero su continuación depende mucho más de la voluntad.

El tratamiento propuesto por Seidah, Dugas y Leblanc es una intervención modular –como la mayoría de los tratamientos cognitivo-conductuales– con una duración de 12 a 16 sesiones de una hora de duración, de frecuencia semanal. Los seis módulos se corresponden directamente con los cuatro procesos cognitivos patogénicos comentados anteriormente.

El caso con el que se ilustra la intervención está muy bien elegido, ya que describe una presentación característica. Se trata, en primer lugar, de un caso comórbido con trastorno de pánico y agorafobia, que fue tratado exitosamente en forma previa a este tratamiento. Esta es una opción posible de tratamiento. Hay evidencia que sugiere que un tratamiento exitoso para el pánico y la agorafobia pueden incidir tam-

bién en un TAG comórbido a punto tal que el paciente no cumpla ya con los criterios diagnósticos. Si aceptamos que el TAG es el trastorno de ansiedad básico, es razonable pensar que si he logrado modificar la aprehensión ansiosa referida al pánico gran parte de esa tarea tiene que evidenciarse, por fuerza, en la sintomatología del TAG.

En mi experiencia clínica, sin embargo, he visto frecuentemente que los pacientes necesitan tratamiento adicional y específico para el TAG. También he visto casos en los que el TAG interfería marcadamente con el tratamiento del pánico y la agorafobia. He tratado pacientes que pensaban “*si no repito las exposiciones a la autopista todo el tiempo volveré a tener agorafobia*”. Nunca he visto esa forma de pensar en un paciente que sólo padeciera agorafobia.

En segundo lugar, el paciente es una mujer con una hija pequeña, ama de casa. Los hijos pequeños están aprendiendo a valerse por sí mismos, su seguridad depende en gran medida de sus cuidadores. La tendencia a la preocupación ya presente en esta mujer se ha exacerbado, seguramente, al convertirse en madre. Especialmente cuando esto ocurre cerca de la muerte del padre de la paciente (esto es, un acontecimiento interpersonal muy negativo).

En tercer lugar, la paciente presenta migrañas frecuentes, una consecuencia indirecta frecuente de la tensión muscular crónica, y síndrome de colon irritable, una manifestación gástrica de la ansiedad crónica particularmente común en las mujeres.

En otras palabras, estamos frente a un caso muy común en la experiencia clínica cotidiana.

Como mencionamos antes, el primer paso es psicoeducativo y orientado a la socialización del modelo, utilizando el gráfico que acompaña el artículo, una modalidad bastante utilizada por el que fuera el grupo Oxford (Clark, Salkovskis, Butler, Matthews y Wells).

Una parte interesante de la práctica es la referida a distinguir entre preocupaciones referidas a eventos negativos reales y actuales versus las referidas a situaciones hipotéticas o improbables. Como en todo tratamiento cognitivo y conductual, el éxito depende fundamentalmente de la práctica de estas habilidades entre sesiones.

El segundo módulo toma por blanco la intolerancia a la incertidumbre. El terapeuta presenta la lista de conductas comúnmente utilizadas por los pacientes con TAG para intentar reducir la incertidumbre. Entre ellas es importante destacar la búsqueda de reaseguro. Los pacientes suelen buscar reaseguro en el terapeuta o en sus allegados; si los terapeutas o los familiares proveen el reaseguro no harán más que reforzar la medida de seguridad –impidiendo el cam-

bio— y a mediano plazo comenzarán a fatigarse frente a las demandas del paciente.

Las estrategias para reducir la intolerancia a la incertidumbre no están muy descritas en el artículo, lo cual no nos permite evaluarlas adecuadamente. En mi experiencia, ha resultado útil hacer ver a los pacientes con TAG que una de sus creencias básicas es que *todo está mal, a menos que se demuestre lo contrario*. Uno puede entonces preguntarles *¿bajo qué condiciones usted se quedaría tranquilo?* Cuando no atinan a responder comienzan a comprender la naturaleza de su predicamento.

A continuación, en el módulo 3, se revisan las creencias positivas en torno de la preocupación. Es muy importante aquí establecer una diferencia clara entre preocuparse por algo y resolver un problema.

La paciente tiene que exponerse a sus temores, mientras prescinde del reaseguro y evalúa las ventajas y desventajas de preocuparse. Dugas apela en sesión a la técnica de roles revertidos en la defensa argumental, que viene de la terapia cognitiva de la depresión.

El relato de este proceso es demasiado escueto y suena un tanto racionalista. La paciente ve que la preocupación excesiva tiene ventajas pero también muchas desventajas y entonces cambia. Si bien es evidente que esto puede funcionar —los datos de resultados lo prueban— también es cierto que un número demasiado grande de pacientes no cambia a pesar de utilizar estas estrategias. Como ha sugerido Teasdale (Teasdale y Barnard, 1993), el cambio en el nivel proposicional (de los enunciados) no nos garantiza el cambio en el nivel implicacional (que es el conecta más íntimamente con las emociones).

El cuarto módulo está enfocado al entrenamiento en resolución de problemas. Este módulo es bastante estándar, excepto por un punto interesante: el referido a enseñar al paciente a distinguir entre la situación problemática y las emociones negativas que ésta suscita en el paciente. La evitación experiencial se convierte en una interferencia en la resolución de problemas (la postergación es una conducta disfuncional bastante típica).

Otro elemento interesante es cambiar la significación de amenaza otorgada a la situación por una de desafío u oportunidad. Naturalmente, para lograr esto el paciente debe confiar en sus capacidades de afrontamiento, y es en ese sentido que mencioné a James Bond anteriormente. Aún cuando enfrentan las situaciones y las atraviesan con éxito, tienden a tener una visión negativa de sí por el nivel de ansiedad que experimentan durante todo el proceso. Es importante que lleguen a comprender, mediante descubrimiento guiado, que la ansiedad que una persona experimenta al enfrentar un problema no depende tan-

to de su capacidad efectiva como *de lo que piensa acerca de su capacidad para salir airosa*. Las personas narcisistas, por ejemplo, pueden sentirse seguros de sí, aunque esa confianza en sí mismos no tenga ningún asidero objetivo. Las personas con TAG presentan un típico razonamiento circular: no se sienten competentes porque sienten ansiedad al enfrentar los problemas y sienten ansiedad porque no se sienten competentes.

El módulo 5, en el que se aplica exposición imaginaria, es una intervención estándar, basada en los desarrollos de Edna Foa (Foa y Kozak, 1986).

El módulo final, la prevención de la recaída, integrada como elemento interesante, la distinción entre la reaparición transitoria de síntomas y la recidiva. Esta distinción es importante porque la probabilidad de sentir ansiedad más o menos elevada frente a un suceso vital estresante es bastante alta. El paciente no debe sentirse vulnerable por el hecho de experimentar ansiedad ocasionalmente, esto es parte integral de la vida de todo ser humano, no un indicador de fragilidad. Así, el terapeuta trata de evitar la activación futura de las creencias sobre la vulnerabilidad personal, comunes en pacientes con características dependientes.

RESULTADOS

Los resultados terapéuticos son interesantes, tanto para la modalidad individual como para la grupal, aunque la ausencia de réplicas del estudio sugiere una interpretación cautelosa.

La terapia individual es recomendada por la menor tasa de abandono, pero lamentablemente en este artículo no se consigna cuántos pacientes abandonaron en cada modalidad, ni se dan razones o hipótesis sobre esta diferencia de resultados. No hay referencias sobre el tipo de grupo control utilizado, pero eso puede hallarse en el artículo referido (Ladouceur, Dugas y col., 2000).

Tampoco se explica por qué se da un crecimiento tan significativo (de 60% a 95%!) del porcentaje de pacientes que no cumplían criterios diagnósticos entre el fin del tratamiento grupal y la evaluación a dos años de postratamiento.

Este tema es de máxima importancia, ya que, como se dijo anteriormente, los resultados de los tratamientos cognitivo-conductuales en el TAG son inferiores a los que se observan en todos los demás trastornos de ansiedad. Un cambio tan notorio en la eficacia en el postratamiento merecería un comentario mucho más extenso del que recibe en el artículo que hemos comentado.

BIBLIOGRAFIA

- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its Disorders*. New York: Guilford.
- Barlow, D.H. (ed.) (1993). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. 2da. Ed. New York: Guilford.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford.
- Beck, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders And Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.B. (1973). *Progressive Relaxation Training: A Manual For The Helping Professions*. Champaign, IL: Research Press.
- Borkovec, T.D., y Sharpless, B. (2004). Generalized Anxiety Disorder: Bringing Cognitive Behavioral Therapy into the Valued Present. En S. Hayes, V. Follette, y M. Linehan (Eds.), *New Directions in Behavior Therapy*, 209-242. New York: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Cassidy, J.A. (1995). Attachment and generalized anxiety disorder. En D. Cicchetti y S. Toth (eds.) *Emotion, cognition and representation*, 343-370. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Churchill, W. (s/f) Citado en http://www.haines.pl/winston_churchill_quotations.htm.
- Foa, E.B., Steketee, G., y Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Foa, E.B. y Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford.
- Hazlett, R.L., McLeod, D.R. y Hoehn-Saric, R. (1994). Muscle tension in generalized anxiety disorder: Elevated muscle tone or agitated movement? *Psychophysiology*, 31, 189-195.
- Hoehn-Saric, R., McLeod, D.R. y Zimmerli, W.D. (1989). Somatic manifestations in women with generalized anxiety disorder. Psychophysiological responses to psychological stress. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1113-1119.
- Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Roemer, L., Molina, S., Litz, B.T. y Borkovec, T.D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 314-319.
- Sibrava, N., y Borkovec, T. D. (2006). Worry and Cognitive Avoidance. En G. Davey y A. Wells (Eds.) *Worry and Psychological Disorders: Theory, Assessment, and Treatment*, 239-258. West Sussex, UK: Wiley & Sons.
- Teasdale, J.D., Barnard, P.J. (1993). *Affect, Cognition and Change*. London: Lawrence. Erlbaum.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester: Wiley & Sons.