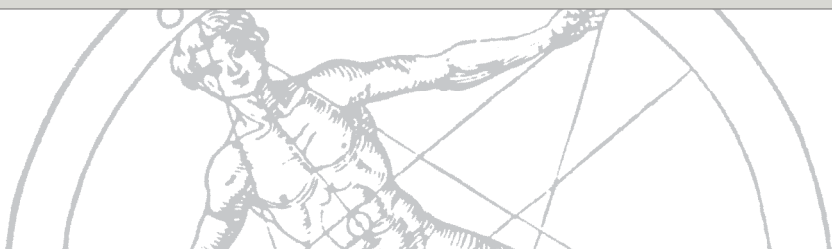


David A. Clark
Aaron T. Beck

Terapia Cognitiva para Trastornos de **ANSIEDAD**



SERIE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Ciencia y práctica

DAVID A. CLARK
AARON T. BECK

TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Ciencia y práctica

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Título de la edición original:
COGNITIVE THERAPY OF ANXIETY DISORDERS
Science and Practice
© 2010, The Guilford Press. New York, USA
A Division of Guilford Publications, Inc.
72 Spring Street, New York, NY 10012, USA
www.guilford.com

Traducción: Jasone Aldekoa

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2012
Henao, 6 – 48009 Bilbao
www.edesclée.com
info@edesclée.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Printed in Spain - Impreso en España
ISBN: 978-84-330-2537-1
Depósito Legal: BI-25-2012
Impresión: RGM, S.A. - Urduliz

Índice

Sobre los autores.	11
Prefacio	13

PARTE I

Teoría cognitiva e investigación sobre la ansiedad

1. Ansiedad: una condición común pero multifacética	19
2. El modelo cognitivo de ansiedad	67
3. Estado empírico del modelo cognitivo de la ansiedad.	109
4. Vulnerabilidad a la ansiedad	185

PARTE II

Terapia cognitiva de la ansiedad. Estrategias de evaluación e intervención

5. Evaluación cognitiva y formulación del caso	229
6. Intervenciones cognitivas para la ansiedad	305
7. Intervenciones conductuales: una perspectiva cognitiva. ...	391

PARTE III**Teoría cognitiva y tratamiento de trastornos
de ansiedad específicos**

8. Terapia cognitiva del trastorno de angustia	455
9. Terapia cognitiva de la fobia social	551
10. Terapia cognitiva del trastorno de ansiedad generalizada. . .	641
11. Terapia cognitiva del trastorno obsesivo-compulsivo	739
12. Terapia cognitiva del trastorno por estrés postraumático. . .	813
 Siglas	 919
Índice de Materias	923
Bibliografía	929

*A mi esposa, Nancy, y a nuestras hijas Natascha y Christina,
con cariño por vuestro interés, apoyo y comprensión.
D.A.C.*

*A mi esposa, Phillys, nuestros hijos, Roy, Judy, Daniel
y Alice, y a nuestros nietos, Jodi, Sarah, Andy, Debbi, Eric,
Ben, Dam y Becky, con cariño.
A.T.B.*

Sobre los autores

Dr. David A. Clark es profesor de Psicología en la Universidad de New Brunswick, Canadá. Ha publicado siete libros y más de 100 artículos y capítulos monográficos sobre varios aspectos de la teoría cognitiva y la terapia de la depresión y de los trastornos de ansiedad. El Dr. Clark es miembro de la Asociación Canadiense de Psicología, miembro fundador de la Academia de la Terapia Cognitiva y ha sido galardonado con el premio Aaron T. Beck que la Academia le ha concedido por sus constantes e importantes contribuciones a la terapia cognitiva. Es editor asociado de la revista *International Journal of Cognitive Therapy* y además sigue practicando la psicología clínica en su consulta privada.

Dr. Aaron T. Beck es profesor emérito de Psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensilvania y fundador de la terapia cognitiva. Ha publicado 21 libros y más de 540 artículos en revistas profesionales y científicas. El Dr. Beck ha sido galardonado con numerosos premios entre los que se incluyen el Premio Albert Lasker a la investigación médica clínica en 2006, el premio al recorrido profesional a lo largo de la vida de la Asociación Americana de Psicología en 2007, el premio a los servicios prestados de la Asociación Americana de Psiquiatría en 2008 y el premio de la Fundación Robert J. y

Claire Pasarow por la Investigación en Neuropsiquiatría en 2008. Es presidente del Instituto Beck de Terapia e Investigación Cognitiva y presidente honorario de la Academia de Terapia Cognitiva.

Prefacio

La complejidad de la ansiedad sigue captando la atención de algunos de los científicos, estudiosos y pensadores críticos más importantes de nuestros tiempos. En 1953 Rollo May afirmaba en su obra *El hombre en busca de sí mismo* que “la segunda mitad del siglo XX estaría más influenciada por la ansiedad que ningún otro período histórico desde finales de la Edad Media” (p. 30). Si esta afirmación es útil para el siglo pasado, ¿no es aún más apropiada para los inicios del siglo XXI, dadas las amenazas sociales, políticas y económicas que nos persiguen? A pesar de que la guerra fría haya concluido, de vivir una etapa de relativa estabilidad y cooperación global y de disfrutar de prosperidad económica y avances tecnológicos sin precedentes, una parte importante del mundo Occidental vive en un estado de perpetua amenaza e incertidumbre. Según el Instituto Nacional de Salud Mental (2003) unos 40 millones (18%) de americanos adultos aproximadamente padecen algún trastorno de ansiedad, con enfermedades mentales graves entre las que se incluyen los trastornos de ansiedad, que equivalen a unas pérdidas de ganancias personales de 193 billones de dólares (Kessler et al., 2008). En consecuencia, no es de sorprender que la búsqueda de tratamientos accesibles y efectivos para los trastornos de ansiedad se haya convertido en una de las principales iniciativas sanitarias de la mayoría de los países desarrollados.

Hace ya un cuarto de siglo que el coautor Aaron T. Beck publicó junto con Gary Emery y Ruth Greenberg el libro *Trastornos de Ansiedad y Fobias: una Perspectiva Cognitiva*. En la primera parte del libro, Beck presentaba un modelo cognitivo de los trastornos de ansiedad y de las fobias que conllevaba una reconceptualización significativa de la etiología, naturaleza y tratamiento de la ansiedad (Beck, Emery & Greenberg, 1985). En aquel momento, la investigación relativa a los rasgos cognitivos de la ansiedad era escasa y gran parte del desarrollo teórico se basaba, necesariamente, en la observación y experiencia clínica. Como muchos de los aspectos claves del modelo de terapia cognitiva de la ansiedad no habían sido aún investigados, algunas de las recomendaciones de tratamiento descritas en la segunda parte de aquel libro no han aguantado la prueba del tiempo. Sin embargo, durante los últimos 20 años se ha atestiguado una explosión virtual en la investigación relativa al procesamiento de información básica sobre el modelo cognitivo de ansiedad, en el desarrollo de modelos cognitivos y específicos para cada trastorno y los protocolos de tratamiento para los principales trastornos de ansiedad, así como docenas de estudios sobre resultados de tratamientos que demuestran la eficacia de la terapia cognitiva de la ansiedad. A la luz de los avances sin precedentes de nuestro conocimiento y tratamiento de las bases cognitivas de la ansiedad, necesitábamos una presentación completa, actualizada y reformulada del modelo cognitivo de la ansiedad, a fin de que el modelo pudiera entenderse dentro del contexto de los hallazgos científicos contemporáneos. Este libro, por consiguiente, ha surgido de dicha necesidad. Además, creemos que un único volumen que incluya un manual de tratamiento completo y detallado de la terapia cognitiva, es apropiado para fomentar un mayor uso de la psicoterapia basada en pruebas para los trastornos de ansiedad, por parte de los profesionales de la salud mental.

El libro se divide en tres partes. La Primera parte consiste en cuatro capítulos relativos al modelo cognitivo reformulado de la ansiedad y a sus bases empíricas. En el Capítulo 1 se comentan las diferencias entre el miedo y la ansiedad y se explican las razones para recurrir a una perspectiva cognitiva de la ansiedad. En el Capítulo 2 se presenta una reformulación del modelo cognitivo genérico de la ansiedad basado en el modelo original (Beck et al., 1985) que poste-

riormente fue perfeccionado por Beck y Clark (1997). En el Capítulo 2 se presentan doce hipótesis claves del modelo y la amplia investigación empírica sobre la que se sostienen dichas hipótesis se revisa en los Capítulos 3 y 4. La revisión literaria incluye cientos de estudios dirigidos en centros prestigiosos de Europa Occidental y América del Norte, confirmando nuestra percepción de que los principios fundamentales del modelo cognitivo de la ansiedad disponen de una confirmación empírica firme.

El enfoque de terapia cognitiva ha sido aplicado a diversas condiciones psiquiátricas y de personalidad. Por ello, en la Segunda parte se incluyen tres capítulos que explican el modo en que se emplean los elementos básicos de la terapia cognitiva para aliviar la ansiedad. En el Capítulo 5 se revisan múltiples medidas estandarizadas de síntomas de ansiedad y cognición que sirven para la evaluación y para el tratamiento, y se ofrece una explicación detallada para la elaboración de una formulación cognitiva del caso de ansiedad. En los Capítulos 6 y 7 se presenta la descripción paso a paso de cómo implementar varias estrategias cognitivas y conductuales para la reducción de los síntomas de ansiedad. Se ofrecen también casos ilustrativos, sugerencias sobre narrativas de terapia y recursos materiales clínicos a lo largo de los tres capítulos como instrumentos de entrenamiento en terapia cognitiva.

El último apartado, la Tercera parte, incluye cinco capítulos que presentan adaptaciones específicas para cada trastorno de la terapia cognitiva, el trastorno de angustia, la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático. Hemos excluido las fobias específicas porque desde su presentación en Beck et al. (1985) no se ha progresado considerablemente en los aspectos cognitivos de la fobia, y el tratamiento basado en la exposición sigue siendo considerado como el principal enfoque de tratamiento para la reducción de respuestas fóbicas. Cada uno de los capítulos destinados a los trastornos específicos constituye un modelo cognitivo adaptado a dicho trastorno y una revisión de las investigaciones empíricas que contempla las hipótesis claves de cada modelo. Además, los capítulos ofrecen también conceptualizaciones de caso, específicas del trastorno así como

estrategias de terapia cognitiva destinadas a los rasgos sintomáticos únicos de cada trastorno. En esencia, la Tercera parte es una acumulación de minimanuales de tratamiento para los trastornos de ansiedad complejos.

A fin de asistir a los terapeutas en la explicación de los conceptos y estrategias cognitivas a sus clientes, estamos elaborando un libro de tareas para el cliente que coincida con la organización y temas del presente libro y que ofrecerá explicaciones relativas a los aspectos claves de la terapia, tareas para casa y formularios de registro.

Desearíamos agradecer la incalculable ayuda para la elaboración de este libro que ha supuesto disponer de un gran contingente de expertos renombrados en trastornos de ansiedad cuyas contribuciones teóricas, investigaciones innovadoras y rigurosas e ideas clínicamente astutas para el tratamiento son responsables de los avances significativos que hemos presentado en este volumen. En particular deseamos reconocer las contribuciones notables a la teoría cognitiva y terapia de la ansiedad de los Drs. Martin Anthony, Jonathan Abramowitz, David Barlow, Thomas Borcovec, Brendan Bradley, Michelle Craske, David M. Clark, Meredith Coles, Michel Dugas, Edna Foa, Mark Freeston, Randy Frost, Richard Heimberg, Stefan Hofmann, Robert Leahy, Colin MacLeod, Andrew Mathews, Richard McNally, Karen Mogg, Christine Purdon, Stanley Rachman, Ronald Rapee, John Riskind, Paul Salkovskis, Norman Schnmidt, Robert Steer, Gail Steketee, Steven Taylor y Adrian Wells. Además deseamos agradecer también la tenacidad y meticulosidad de Michelle Valley, que ha revisado y validado todas las referencias, y a los estudiantes Mujgan Altin, Anna Campbell, Gemma García-Soriano, Brendan Guyitt, Incola McHale, Adriana del Palacio González y Adrienne Wang por sus estudios y comentarios sobre los aspectos cognitivos de la ansiedad. Valóramos también el apoyo financiero parcial para los costes de la publicación de la beca para publicaciones de la Universidad de New Brunswick. Por último, estamos muy agradecidos por los ánimos, pautas, consejos y apoyo del personal de Guilford Press, especialmente de Jim Nageotte, editor, y de Jane Keislar, editora asistente.

I Teoría cognitiva e investigación sobre la ansiedad

La terapia cognitiva es una modalidad de psicoterapia basada en la teoría con un fuerte compromiso hacia el empirismo científico. Las características que la definen no deben encontrarse en una serie de estrategias de intervención únicas sino en su conceptualización cognitiva de la psicopatología y del proceso terapéutico de cambio. De este modo, la articulación del modelo cognitivo así como la derivación de hipótesis demostrables y su evaluación empírica son básicos para determinar su validez de constructo. De un modo similar a como se estructuraron inicialmente los principales manuales de tratamiento de la terapia cognitiva, este libro comienza centrando su atención en las bases teóricas y empíricas de la terapia cognitiva para la ansiedad. En el Capítulo 1 se comentan la fenomenología, los rasgos diagnósticos y la perspectiva cognitiva sobre el miedo y la ansiedad. En el Capítulo 2 se presenta el modelo cognitivo genérico reformulado o transdiagnóstico de la ansiedad y sus hipótesis y en el Capítulo 3 se ofrece una evaluación crítica de la prodigiosa literatura experimental relevante a los aspectos centrales del modelo cognitivo. Esta parte concluye con el Capítulo 4 que se destina, fundamentalmente, a las pruebas empíricas sobre la vulnerabilidad cognitiva a experimentar estados de ansiedad intensa y persistente.

1

Ansiedad: una condición común pero multifacética

El amor mira hacia el futuro, el odio hacia el pasado, la ansiedad tiene ojos en todas las direcciones.

Mignon McLaughlin (Periodista, 1915–)

La ansiedad es ubicua a la condición humana. Desde los inicios de la historia registrada, filósofos, líderes religiosos, eruditos y, más recientemente, los médicos así como los científicos médicos y sociales han tratado de revelar los misterios de la ansiedad y el desarrollo de intervenciones que pudieran resolver con efectividad esta condición generalizada y problemática de la humanidad. En la actualidad, como nunca antes, los sucesos graves provocados por desastres naturales o por crueles actos delictivos, de violencia o terrorismo han creado un clima social de miedo y ansiedad en muchos países alrededor del planeta. Los desastres naturales como los terremotos, huracanes, tsunamis y similares tienen un importante impacto negativo sobre la salud mental de las poblaciones afectadas, tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, generando síntomas de ansiedad y estrés postraumático, y, sobre todo, durante las semanas inmediatamente posteriores al desastre (Norris, 2005).

Los niveles elevados de ansiedad y otros síntomas postraumáticos se presentan en su máximo esplendor durante las primeras semanas posteriores al acto terrorista, a la guerra o a otros actos de violencia comunitaria a gran escala. Durante las 5-8 semanas siguientes al 11 de Septiembre de 2001, tras los actos terroristas perpetrados contra las torres del World Trade Center de la ciudad Nueva York, se duplicaron los síntomas por trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Galea et al., 2002). En un estudio digital (N = 2.729) se halló que el 17% de los individuos no residentes en la ciudad de Nueva York manifestaban síntomas TEPT 2 meses después del 11/9 (Sirver, Colman, McIntosh, Poulin & Gil-Rivas, 2002). El estudio sobre la Tragedia Nacional, un estudio telefónico de 2.126 americanos, comprobó que 5 meses después de los actos terroristas del 11/9, el 30% de los americanos manifestaba dificultades para conciliar el sueño, el 27% se sentía nervioso o tenso y el 17% manifestaba preocuparse mucho por futuros ataques terroristas (Rasinski, Berkthold, Smith & Albertson, 2002). El estudio Gallup Youth de adolescentes americanos, realizado 2 años y medio después del 11/9, comprobó que el 39% de los adolescentes estaban “muy” o “bastante” preocupados de que ellos mismos o alguno de sus familiares fueran víctimas de terrorismo (Lyons, 2004).

Aunque las amenazas a gran escala tengan su mayor impacto sobre la morbilidad psicológica de los individuos directamente afectados por el desastre durante las semanas inmediatamente siguientes al suceso traumático, sus efectos extendidos suelen seguir evidenciándose meses e incluso años más tarde, a modo de preocupaciones aumentadas en una proporción significativa de la población general.

El miedo, la ansiedad y la preocupación, sin embargo, no son dominio exclusivo del desastre y de otras experiencias que conlleven riesgo vital. En la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estreses fluctuantes de la vida cotidiana. De hecho, los trastornos de ansiedad son el principal problema de salud mental de los Estados Unidos (Barlow, 2002), padeciendo más de 19 millones de americanos adultos un trastorno de ansiedad por año (Instituto Nacional de Salud Mental, 2001). Entre el 12 y el 19% de los pacientes de atención primaria satisfacen los criterios de un trastorno de ansiedad (Ansseau et al., 2004; Olfson et al., 1997).

Además, los antidepresivos y los estabilizantes del estado anímico son el tercer tipo de farmacoterapia más prescrita, con ventas globales durante el año 2003 de 19.5 billones de dólares (IMS, 2004). De igual modo son millones las personas del mundo entero que luchan diariamente contra la ansiedad clínica y sus síntomas. Estos trastornos son origen de un esfuerzo económico, social y sanitario de todos los países, especialmente de los desarrollados, que se enfrentan a frecuentes convulsiones políticas y a altos índices de desastres naturales.

En este capítulo se presenta una revisión del diagnóstico, características clínicas y perspectivas teóricas de los trastornos de ansiedad. Comenzamos por examinar los rasgos propios de su definición y la distinción entre miedo y ansiedad. A continuación se considera el diagnóstico de los trastornos de ansiedad prestando atención particular al problema de la comorbilidad, especialmente con la depresión y los trastornos por abuso de sustancias. Se presenta una breve revisión de la epidemiología, curso y consecuencias de la ansiedad, y se consideran las explicaciones biológicas y conductuales contemporáneas de la misma. El capítulo concluye con los argumentos sobre la validez de la perspectiva cognitiva para entender los trastornos de ansiedad y para establecer el tratamiento.

Ansiedad y miedo

La psicología relativa a la emoción es rica en perspectivas diversas e incluso opuestas sobre la naturaleza y función de las emociones humanas. Todos los teóricos de la emoción que aceptan la existencia de emociones básicas coinciden en considerar el miedo como una de ellas (Öhman & Wiens, 2004). Como parte de nuestra naturaleza emocional, el miedo se produce como respuesta adaptativa sana a una amenaza percibida o peligro para la propia seguridad física o psíquica. Advierte a los individuos de una amenaza inminente y de la necesidad de una acción defensiva (Beck & Greenberg, 1988; Craske, 2003). Sin embargo el miedo también puede ser maladaptativo cuando se produce en una situación neutral o no amenazante que sea malinterpretada como representativa de un peligro o amenaza potencial. En consecuencia, dos son las cuestiones fundamentales para

cualquier teoría de la ansiedad: cómo distinguir la ansiedad del miedo y cómo determinar cuál es la reacción normal frente a la anormal.

Definición de miedo y de ansiedad

Muchas expresiones lingüísticas diferentes se refieren a la experiencia subjetiva de la ansiedad, palabras tales como “miedo”, “susto”, “pánico”, “aprensión”, “nervios”, “preocupación”, “horror” o “terror” (Barlow, 2002). Esto ha generado cierta confusión e inexactitudes en el uso habitual del término “ansioso”. Sin embargo, cualquier teoría de la ansiedad que espere ser útil para la investigación o tratamiento de la misma debe distinguir claramente el “miedo” de la “ansiedad”.

Barlow (2002), en su influyente volumen sobre los trastornos de ansiedad, afirmaba que “el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción” (p. 104). La ansiedad, por el contrario, se definía como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (p. 104).

Beck, Emery y Greenberg (1985) propusieron un punto de vista levemente distinto sobre las diferencias entre miedo y ansiedad. Estos autores definían el miedo como el proceso cognitivo que conllevaba “la *valoración* de que existe un peligro real o potencial en una situación determinada” (1985, p. 8, énfasis del original). La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo. En consecuencia, el miedo “es la valoración del peligro; la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (Beck et al., 1985, p. 9). Barlow y Beck coinciden en que el miedo es un constructo fundamental y discreto mientras que la ansiedad es una respuesta subjetiva más general. Beck et al. (1985) subrayan la naturaleza cognitiva del miedo y Barlow (2002) se centra en los rasgos neurobiológicos y conductuales más automáticos del constructo. Sobre la base de estas consideraciones, se presentan las siguientes definiciones de miedo y ansiedad como pauta para la terapia cognitiva.

Pauta clínica 1.1

El miedo es un estado neurofisiológico automático primitivo de alarma que conlleva la **valoración cognitiva** de una amenaza o peligro inminente para la seguridad física o psíquica de un individuo.

Pauta clínica 1.2

La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, **a modo de amenaza**) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo.

De estas definiciones se pueden extraer algunas observaciones. El miedo como valoración automática básica del peligro constituye el proceso nuclear de todos los trastornos de ansiedad. Es evidente en las crisis de angustia y en los brotes agudos de ansiedad que las personas manifiestan en situaciones específicas. La ansiedad, por otra parte, describe un estado más duradero de la amenaza o la “aprensión ansiosa” que incluye otros factores cognitivos además del miedo como la aversividad percibida, la incontrolabilidad, la incertidumbre, la vulnerabilidad (indefensión) y la incapacidad para obtener los resultados esperados (véase Barlow, 2002). Tanto el miedo como la ansiedad conllevan una orientación futura, de modo que predominan las preguntas del tipo “¿Qué...si...?” (p. ej., “¿Qué ocurriría si ‘reviento’ esta entrevista de trabajo?”, “¿Qué ocurriría si me quedo en blanco durante el discurso?”, “¿Qué ocurriría si de mis palpitaciones se derivaría un ataque al corazón?”).

La distinción entre miedo y ansiedad puede ilustrarse con el caso de Bill, quien sufre un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) debido al miedo a la contaminación y, por ello, realiza lavados compulsivos. Bill permanece hipervigilante ante la posibilidad de encontrarse con contaminantes “peligrosos” y por ello evita muchas cosas que percibe como posibles fuentes de contaminación. Se halla en un estado con-

tinuo de activación intensa y, subjetivamente, se siente nervioso y aprensivo debido a las repetidas dudas sobre la contaminación (p. ej., “¿Qué sería de mí si me contamina?”). Este estado cognitivo-conductual-fisiológico, por lo tanto, describe la ansiedad. Si Bill entra en contacto con un objeto sucio (p. ej., el pomo de la puerta de un edificio público) experimenta inmediatamente miedo, que es la percepción de un peligro inminente (p. ej., “He tocado este pomo sucio. Una persona que padece cáncer ha podido tocarlo anteriormente. Yo podría contraer cáncer y morir”). De este modo, describimos la respuesta inmediata de Bill ante el pomo como de “miedo”, pero su estado afectivo negativo casi constante como de “ansiedad”. Por lo tanto, la ansiedad preocupa más a los individuos que solicitan tratamiento para sus estados de “nerviosismo” o agitación que les causan considerable angustia y que interfieren con la vida cotidiana. En consecuencia, el foco de atención del presente libro se dirige hacia la ansiedad y su tratamiento.

Normal frente a anormal

Es difícil encontrar a alguien que nunca haya experimentado miedo o haya sentido ansiedad en relación a un suceso inminente. El miedo presenta una función adaptativa que es crítica para la supervivencia de la especie humana; el miedo advierte y prepara al organismo para la respuesta contra los peligros que amenazan la vida y ante las emergencias (Barlow, 2002; Beck et al., 1985). Además los miedos son habituales en la niñez y los síntomas de ansiedad leve se encuentran con frecuencia en las poblaciones adultas (véase Craske, 2003, para una revisión). Por lo tanto, ¿cómo vamos a diferenciar el miedo normal del anormal? ¿En qué punto se convierte la ansiedad en excesiva, tan maladaptativa que se recomienda una intervención clínica?

Sugerimos cinco criterios que pueden ser usados para distinguir los estados anormales de miedo y ansiedad. No es necesario que todos los criterios estén presentes en un caso particular, pero se podría esperar que muchas de estas características se hallen presentes en los estados de ansiedad clínica.

1. *Cognición disfuncional*. Uno de los principios centrales de la teoría cognitiva de la ansiedad es que el miedo y la ansiedad anormales se derivan de una asunción falsa que implica la valoración errónea de peligro en una situación que no se confirma mediante la observación directa (Beck et al., 1985). La activación de las creencias disfuncionales (esquemas) sobre la amenaza y de los errores en el procesamiento cognitivo asociados provoca un miedo notable y excesivo que es incoherente con la realidad objetiva de la situación.

Por ejemplo, la presencia de un Rotweiler suelto dirigiéndose hacia uno con la dentadura visible y sus pelos erizados en un camino rural solitario puede elicitar el pensamiento “Estoy en grave peligro de ser atacado; mejor que me aleje inmediatamente de aquí”. El miedo experimentado en esta situación es perfectamente normal, porque conlleva una deducción razonable basada en una observación precisa de la situación. Por el contrario, la ansiedad elicitada ante la presencia de un cachorro que va atado a una correa que sostiene su amo es anormal: se activa el modo de amenaza (p. ej., “Estoy en peligro”) incluso aunque la observación directa indique que ésta es una situación “no amenazante”. En este último caso sospecharíamos que la persona presenta una fobia específica a los animales.

2. *Deterioro del funcionamiento*. La ansiedad clínica interfiere directamente con el manejo efectivo y adaptativo ante la amenaza percibida, y de forma más general en la vida social cotidiana y en el funcionamiento laboral de la persona. Hay momentos en los que la activación del miedo genera el sentimiento de quedarse helado y paralizado ante el peligro (Beck et al., 1985). Barlow (2002) señala que las supervivientes de violaciones, a menudo, manifiestan parálisis físicas en algún punto de la agresión. En otros casos el miedo y la ansiedad pueden producir una respuesta contraproducente que, de hecho, aumente el riesgo del daño o peligro. Por ejemplo, una mujer que sienta ansiedad al conducir tras haberse visto involucrada en un accidente por alcance trasero, comprobará constantemente su espejo retrovisor de modo que prestará menos atención al tráfico que la precede, aumentando así las oportunidades de que ella misma provoque el accidente que teme.

Se reconoce también que el miedo y ansiedad clínica suelen interferir con la capacidad de la persona para disfrutar de una vida plena y satisfactoria. En consecuencia, en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2000), se señala que la angustia o “interferencia significativa con la rutina normal de la persona, con el funcionamiento ocupacional (o académico) o con las actividades sociales y relacionales” (p. 449) es uno de los criterios diagnósticos claves para la mayoría de los trastornos de ansiedad.

3. *Persistencia*. En los estados clínicos, la ansiedad persiste mucho después de lo que podría esperarse en condiciones normales. Recordemos que la ansiedad incita una perspectiva orientada hacia el futuro que conlleva la anticipación de una amenaza o peligro (Barlow, 2002). En consecuencia, la persona con ansiedad clínica puede sentir una sensación aumentada de aprensión subjetiva con sólo pensar en una amenaza potencial inminente, independientemente de que llegue o no a materializarse. Tal es así que, con frecuencia, los individuos propensos a la ansiedad experimentan mucha ansiedad a diario y durante muchos años.

4. *Falsas alarmas*. En los trastornos de ansiedad a menudo se observan las falsas alarmas, que Barlow (2002) define como “miedo o pánico visible [que] ocurre en ausencia de un estímulo amenazante, aprendido o no aprendido” (p. 220). Una crisis de angustia espontánea y sin estímulo que la provoque constituye uno de los mejores ejemplos de una “falsa alarma”. La presencia de crisis de angustia intensa, en ausencia de señales de amenaza o de la más mínima provocación de amenaza, sugiere la presencia de un estado clínico.

5. *Hipersensibilidad a los estímulos*. El miedo es una “respuesta aversiva provocada por un estímulo” (Öhman & Wiens, 2004, p. 72) hacia una señal externa o interna que se percibe como amenaza potencial. Sin embargo, en los estados clínicos el miedo es provocado por una amplia gama de estímulos o situaciones en las que la intensidad de la amenaza es relativamente leve y que podrían percibirse como inocuas por los individuos no amedrentados (Beck & Greenberg, 1988). Por ejemplo, la mayoría de las personas sentirían miedo al aproximarse a una tarántula cuyo veneno sea el más letal del mundo

para los humanos. Por el contrario, un paciente que sufría aracnofobia fue derivado a nuestra clínica porque mostraba una ansiedad intensa, incluso crisis de angustia, al ver una tela de araña tejida por una araña doméstica inofensiva y más pequeña. Obviamente, el número de estímulos relacionados con las arañas que provocan una respuesta de miedo en el individuo aracnofóbico es mucho mayor que el de estímulos relacionados con las arañas que eliciten una respuesta de miedo en un individuo no fóbico. Del mismo modo, los individuos con trastorno de ansiedad interpretarían una serie mucho más amplia de situaciones como amenazantes que los individuos sin trastorno de ansiedad. En la siguiente pauta clínica se presentan cinco preguntas para determinar si la experiencia de miedo o ansiedad de una persona es suficientemente exagerada y generalizada como para requerir una evaluación adicional, diagnóstico y posible tratamiento.

Pauta clínica 1.3

1. ¿Se basa el miedo o la ansiedad en una asunción falsa o en un razonamiento erróneo relativo al potencial de amenaza o peligro en situaciones relevantes?
2. ¿Interfiere, de hecho, el miedo o la ansiedad sobre la capacidad de la persona para afrontar las circunstancias aversivas o difíciles?
3. ¿Está presente la ansiedad durante un período prolongado de tiempo?
4. ¿Experimenta el individuo falsas alarmas o crisis de angustia?
5. ¿Se activa el miedo o la ansiedad ante una gama relativamente amplia de situaciones que presentan un potencial leve de amenaza?

La ansiedad y el problema de la comorbilidad (trastornos asociados)

Durante las últimas décadas, la investigación clínica relativa a la ansiedad ha reconocido que el antiguo denominador “neurosis de ansiedad” presentaba escaso valor heurístico. La mayoría de las teorías y de la investigación sobre la ansiedad reconoce actualmente que existen diferentes subtipos de ansiedad que se agrupan bajo el denominador “trastornos de ansiedad”. Incluso aunque estos trastornos

más específicos compartan algunas características comunes como la activación del miedo a fin de detectar y evitar la amenaza (Craske, 2003), las diferencias existentes entre ellos son fundamentales por las implicaciones que tienen para el tratamiento. Por lo tanto, en el presente volumen, de modo similar a la mayoría de las perspectivas contemporáneas, nos centraremos en trastornos específicos de ansiedad en lugar de tratar sobre la ansiedad clínica como entidad homogénea única. En la Tabla 1.1 se enumeran las amenazas claves y valoraciones cognitivas asociadas con los cinco trastornos de ansiedad DSM-IV-TR comentados en este libro (un resumen similar puede hallarse en Dozois & Westra, 2004).

Los sistemas de clasificación psiquiátrica como el DSM-IV suponen que los trastornos mentales como la ansiedad, incluyen subtipos más específicos del trastorno con diagnósticos diferenciales que distinguen un tipo de trastorno del otro. Sin embargo, un amplio cuerpo de investigación epidemiológica, diagnóstica y basada en síntomas ha desafiado este enfoque categorial de la nosología psiquiátrica, ofreciendo evidencias mucho más firmes sobre la naturaleza dimensional de los trastornos psiquiátricos como la ansiedad o la depresión (p. ej., Melzer, Tom, Brugha, Fryers & Meltzer, 2002; Rucio, Borkovec & Rucio, 2001; Rucio, Rucio & Keane, 2002).

Uno de los principales desafíos a la perspectiva caracterológica se deriva de la evidencia de síntomas extensivos y de comorbilidad del trastorno tanto en la ansiedad como en la depresión –es decir, la concurrencia de uno o más trastornos en el mismo individuo (Clark, Beck & Alford, 1999). Sólo el 21% de los participantes con un historial vital del trastorno presentaba sólo un trastorno en el Estudio Nacional de Comorbilidad (*National Comorbidity Survey*, NCS; Kessler et al., 1994), un estudio epidemiológico de trastornos mentales realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), con una muestra randomizada y representativa de 8.098 americanos a los que se les había administrado la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R. En una muestra de 1.694 pacientes externos del Centro de Terapia Cognitiva de Filadelfia, evaluados entre Enero de 1986 y Octubre de 1992, sólo el 10,5% de quienes presentaban un trastorno del estado de ánimo y el 17,8% con crisis de angustia (con o sin evitación agorafóbica) presentaban un “diagnóstico puro” sin comorbi-

lidad en el Eje I o II (Somoza, Steer, Beck & Clark, 1994). Por lo tanto, es obvio que la comorbilidad diagnóstica es la regla y no la excepción, siendo también importante considerar la *comorbilidad pronóstica*, por efecto de la cual un trastorno predispone al individuo al desarrollo de otros trastornos (Maser & Cloninger, 1990) en la patogénesis de las condiciones psiquiátricas.

Tabla 1.1. Características claves de cinco Trastornos de Ansiedad DSM-IV-TR

Trastorno de ansiedad	Estímulo amenazante	Valoración central
Crisis de angustia (con o sin agorafobia)	Sensaciones físicas, corporales	Miedo a morir ("ataque al corazón"), a perder el control ("a enloquecer") o a perder la conciencia (desmayarse), a sufrir crisis de angustia adicionales
Trastorno de ansiedad generalizada	Sucesos vitales estresantes u otras preocupaciones personales	Miedo a los posibles resultados futuros adversos o mortales
Fobia social	Situaciones sociales, públicas	Miedo a la evaluación negativa de los demás (p. ej., vergüenza, humillación)
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	Pensamientos, imágenes o impulsos intrusos inaceptables	Miedo a perder el control mental o conductual o a ser responsable de algún resultado negativo para uno mismo o para los demás
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	Recuerdos, sensaciones, estímulos externos asociados a las experiencias traumáticas pasadas	Miedo a los pensamientos, recuerdos, síntomas o estímulos asociados con el suceso traumático

En numerosos estados clínicos se han encontrado altos índices de comorbilidad diagnóstica entre los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, en un estudio amplio con pacientes externos (N = 1.127) se encontró que dos tercios de los pacientes con trastorno de ansiedad presentaban simultáneamente otro trastorno del Eje I, y que más de tres cuartos habían sufrido un diagnóstico comórbido durante toda su vida (Brown, Campbell, Lehman, Grisham & Mancill, 2001). Los individuos con un trastorno de ansiedad, en consecuencia, son más propensos a padecer como mínimo uno o más trastornos adicionales de los que podrían esperarse al azar (Brown et al., 2001).

Depresión comórbida

Los trastornos de ansiedad son más propensos a concurrir con unos trastornos que con otros. Gran parte de la investigación sobre la comorbilidad se ha centrado en la relación entre la ansiedad y la depresión. El 55% aproximadamente de los pacientes con un trastorno de ansiedad o de depresión presentaba, como mínimo, otro trastorno de ansiedad o de depresión, y este índice escalaba hasta el 76% cuando se consideran los diagnósticos de la vida completa (Brown & Barlow, 2002). En el Estudio Epidemiológico Zonal (*Epidemiologic Catchment Area*, ECA) los individuos con una depresión severa eran entre 9 y 19 veces más propensos a sufrir un trastorno de ansiedad coexistente que los individuos sin depresión severa (Regier, Burke & Burke, 1990). El 51% de los casos con trastorno de ansiedad en el NCS presentaba un trastorno depresivo severo, y este índice ascendía al 58% para los diagnósticos de la vida completa (Kessler et al., 1996). Además es más probable que los trastornos de ansiedad precedan a los trastornos depresivos que a la inversa, aunque la intensidad de esta asociación secuencial no varía a lo largo de los trastornos específicos de ansiedad (Alloy, Nelly, Mineka & Clements, 1990; Mineka, Watson & Clark, 1998; Schatzberg, Samson, Rothschild, Bond & Regier, 1998). Los resultados de los distintos estudios ECA indicaban que la fobia simple, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la agorafobia y la crisis de ansiedad se asociaban con un aumento del riesgo de sufrir una depresión severa 12 meses después (Goodwin, 2002).

La investigación sobre comorbilidad presenta importantes derivaciones clínicas para el tratamiento de todos los trastornos psicológicos. La depresión clínica comórbida con un trastorno de ansiedad se asocia con un curso más persistente del trastorno, mayor gravedad de los síntomas y mayor discapacidad o deterioro funcional (Hunt, Slade & Andrews, 2004; Kessler & Frank, 1997; Kessler et al., 1996; Olfson et al., 1997; Roy-Byrne et al., 2000). A esto se añade que los trastornos de ansiedad con una depresión comórbida muestran una respuesta más pobre al tratamiento, mayores índices de recaídas y recurrencia y más necesidad de acudir a los servicios sanitarios que los casos de ansiedad pura (Mineka et al., 1998; Roy-Byrne et al., 2000; Tylee, 2000).

Consumo comórbido de sustancias

Los trastornos por consumo de sustancias, especialmente de alcohol, constituyen otra categoría de condiciones que, a menudo, se aprecian en los trastornos de ansiedad. En su revisión Kushner, Abrams y Borchart (2000) concluían que la presencia de un trastorno de ansiedad (a excepción de la fobia simple) duplicaba y cuadruplicaba el riesgo de dependencia del alcohol o de drogas, y la ansiedad solía preceder al trastorno por consumo de alcohol y contribuía a su persistencia, aunque el consumo indebido de alcohol también podría generar ansiedad. Incluso en niveles diagnósticos límites, los individuos con una condición de ansiedad son significativamente más propensos que los controles no clínicos al consumo de drogas (Sbrana et al., 2005).

Es evidente que existe una relación especial entre los trastornos por consumo de alcohol y la ansiedad. En comparación con los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad preceden con mayor frecuencia a los trastornos por abuso de sustancias (Merikangas et al., 1998), llevándonos a la presunción de que los individuos ansiosos deben “auto-medicarse” con alcohol. Sin embargo, esta asunción de la “auto-medicación” no se sostenía en un estudio prospectivo realizado durante 7 años, en el que la dependencia del alcohol presentaba tanta probabilidad de generar un subsiguiente trastorno de ansiedad como de que se produjera la relación temporal inversa (Kushner, Sher & Ericsson, 1999). Kushner y sus colaboradores concluían que los problemas de ansiedad y alcoholismo probablemente presentan influencias recíprocas e interactuantes que generan la escalada tanto de la ansiedad como del alcoholismo (Kushner, Sher & Beitman, 1990; Kushner et al., 2000). El resultado final puede ser una “espiral auto-destructiva” que lleve al individuo a la indefensión, a la depresión y al aumento de riesgo de suicidio (Barlow, 2002).

Comorbilidad entre los trastornos de ansiedad

La presencia de un trastorno de ansiedad aumenta significativamente la probabilidad de sufrir uno o más trastornos adicionales de ansiedad. De hecho, los trastornos puros de ansiedad son menos fre-

cuentas que la ansiedad comórbida. En su amplio estudio clínico Brown, DiNardo, Lehmann y Campbell (2001) comprobaron que la comorbilidad de otro trastorno de ansiedad oscilaba entre el 27%, para la fobia específica y el 62%, para el trastorno por estrés posttraumático (TEPT). El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) era el trastorno de ansiedad secundario más común, seguido por la fobia social. Para el TEPT, que presentaba el mayor índice comórbido de otro trastorno de ansiedad, la crisis de angustia y el TAG eran las condiciones secundarias de ansiedad más comunes. La fobia social y el TAG tendían a preceder a muchos de los restantes trastornos de ansiedad. El análisis de los diagnósticos de la vida completa revelaba incluso índices superiores de aparición de un trastorno secundario de ansiedad.

Pauta clínica 1.4

Una concepción de caso de ansiedad debería incluir una evaluación diagnóstica amplia que cubra el estudio de condiciones comórbidas, especialmente de la depresión severa, del abuso de alcohol y de otros trastornos de ansiedad.

Prevalencia, curso y resultados de la ansiedad

Prevalencia

Los trastornos de ansiedad son los problemas psicológicos más frecuentes (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005). Los estudios epidemiológicos de muestras de comunidades adultas han sido sistemáticamente coherentes al documentar un índice de prevalencia vital de entre el 25 y el 30% para, como mínimo, un trastorno de ansiedad. Por ejemplo, la prevalencia de un año para cualquier trastorno de ansiedad en el NCS era del 17,2%, comparado con el 11,3% de cualquier abuso/dependencia de sustancias y el 11,3% para cualquier trastorno del estado de ánimo (Kessler et al., 1994). La prevalencia vital NCS, que incluye a todos los individuos que han experimentado alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad, era del 24,9%, pero ésta puede ser una subestimación porque no se evaluaba el TOC. En

una réplica reciente del NCS (NCS-R), realizado con una muestra representativa nacional ($N = 9.282$) de sujetos que fueron entrevistados entre 2001 y 2003, la prevalencia durante 12 meses de cualquier trastorno de ansiedad equivalía al 18,1% y se estimaba una prevalencia vital del 28,8%, hallazgos que son sorprendentemente similares al primer estudio NCS (Kessler et al., 2005; Kessler, Berglund, Demler, Robertson & Walters, 2005).

Estudios nacionales desarrollados en otros países occidentales como Australia, Gran Bretaña y Canadá han encontrado también índices altos de trastornos de ansiedad en la población general, aunque los índices reales de prevalencia varíen levemente de unos estudios a otros debido a las diferentes metodologías empleadas para las entrevistas, a las normas de decisión diagnóstica y a otros factores del diseño (Andrews, Henderson & Hall, 2001; Jenkins et al., 1997; Canadian Community Health Survey, 2003). La Iniciativa de Estudio de la Salud Mental Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) encontró que la ansiedad era el trastorno más común en todos los países salvo en Ucrania (7,1%), con una prevalencia anual que oscilaba entre el 2,4% en Shanghai (China), y un 18,2% en los Estados Unidos (OMS, Consorcio para el Estudio de la Salud Mental Mundial, 2004).

Los trastornos de ansiedad son también comunes en la infancia y en la adolescencia, con índices de prevalencia de 6 meses que oscilan entre el 6% y el 17% (Breton et al., 1999; Romano, Tremblay, Vitaro, Zoccolillo & Pagani, 2001). Los trastornos más frecuentes son las fobias específicas, el TAG y la ansiedad de separación (Breton et al., 1999; Whitaker et al., 1990). Algunos trastornos como la fobia social, la angustia y la ansiedad generalizada aumentan significativamente durante la adolescencia, mientras que otros, como la ansiedad de separación parecen reducirse (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003; Kazan & Orvaschel, 1990). Las chicas sufren índices más altos de trastornos de ansiedad que los chicos (Breton et al., 1999; Costello et al., 2003; Romano et al., 2001), la comorbilidad entre la ansiedad y la depresión es alta (Costello et al., 2003) y los trastornos de ansiedad que brotan durante la infancia y adolescencia suelen persistir hasta los inicios de la etapa adulta (Newman et al., 1996).

Los individuos que padecen trastornos de ansiedad suelen acudir en primer lugar a los centros de atención primaria con síntomas físicos sin explicación aparente, como un dolor pectoral no cardíaco, palpitaciones, mareos, síndrome de colon irritable, vértigo y aturdimiento. Estas molestias pueden reflejar una condición ansiosa como la crisis de angustia (véase comentario de Barlow, 2002). Además, los pacientes con trastorno de ansiedad solicitan ayuda médica en cantidades desproporcionadas. Los estudios con pacientes de atención primaria han encontrado que entre el 10 y el 20% presenta un trastorno de ansiedad diagnosticable (Ansseau et al., 2004; Olfson et al., 1997, 2000; Sartorius, Ustun, Lecrubier & Wittchen, 1996; Vazquez-Barquero et al., 1997). Sleath y Rubin (2002) comprobaron que la ansiedad se mencionaba en el 30% de las visitas realizadas a la consulta de medicina familiar de un centro universitario. Por consiguiente, los trastornos de ansiedad suponen una carga considerable para los recursos de los servicios sanitarios.

Un gran porcentaje de la población adulta general experimenta síntomas de ansiedad ocasional o leve. Existen pruebas que confirman que los individuos presentan mayor riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad pleno si experimentan previamente crisis de angustia, trastornos del sueño o preocupaciones obsesivas que no son suficientemente frecuentes o intensas como para satisfacer los criterios diagnósticos (es decir, formas subclínicas) o son muy sensibles a la ansiedad (véase Craske, 2003). La inquietud, el rasgo cardinal del TAG, es mencionada por la mayoría de individuos no clínicos que expresan preocupaciones en relación al trabajo (o estudios), finanzas, familia y similares (p. ej., Borkovec, Chadick & Hopkins, 1991; Dupuy, Beaudoin, Rhéaume; Ladouceur & Dugas, 2001; Tallis, Eysenck & Mathews, 1992; Wells & Morrison, 1994). El 27% de las mujeres británicas y el 20% de los británicos manifiestan padecer problemas de sueño (Jenkins et al., 1997). En el estudio de la Fundación Nacional del Sueño, el 36% de los participantes sufría insomnio ocasional o crónico (Ancoli-Israel & Roth, 1999). Otros estudios indican que entre el 11 y el 33% de los estudiantes no clínicos y de los adultos comunitarios ha experimentado como mínimo una crisis de angustia el último año (Malan, Norton & Cox, 1990; Salge, J.G. Beck & Logan, 1988; Wilson et al., 1992). Por lo tanto, los síntomas de ansiedad y sus trastornos son

problemas prevalentes que ponen en peligro el bienestar físico y emocional de un número importante de personas de la población general.

Pauta clínica 1.5

Dado el alto índice de síntomas y trastornos de ansiedad en la población general, la evaluación clínica debería incluir la especificación de la frecuencia e intensidad de los síntomas así como mediciones que permitan el diagnóstico diferencial entre trastornos.

Diferencias de género

Las mujeres muestran una incidencia significativamente mayor que los hombres en la mayoría de los trastornos de ansiedad (Craske, 2003), con la posible excepción del TOC, trastorno en el que los índices son aproximadamente iguales (véase Clark, 2004). En el NCS las mujeres presentaban una prevalencia a lo largo de la vida del 30,5% para algún trastorno de ansiedad, en comparación con el 19,5% de los hombres (Kessler et al., 1994). Otros estudios epidemiológicos y comunitarios han confirmado también la proporción 2:1 de mujeres y hombres en lo que respecta a la prevalencia de los trastornos de ansiedad (p. ej., Andrews et al., 2001; Jenkins et al., 1997; Olfson et al., 2000; Vazquez-Barquero et al., 1997). Como estas diferencias de género se hallaron en estudios comunitarios, la preponderancia de los trastornos de ansiedad en las mujeres no puede atribuirse a una mayor utilización de los servicios. En una revisión crítica de la investigación sobre las diferencias de género en los trastornos de ansiedad, Craske (2003) concluía que las mujeres pueden presentar índices superiores de trastornos de ansiedad debido a un aumento de vulnerabilidad como (1) mayor afectividad negativa; (2) patrones de socialización diferenciales mediante los cuales se anima a las niñas a ser más dependientes, prosociales, empáticas pero menos asertivas y controladoras ante los retos cotidianos; (3) mayor tendencia a la ansiedad generalizada tal y como se comprueba mediante la respuesta de ansiedad menos discriminativa y más sobregeneralizada; (4) sensibilidad aumentada a los retos de las amenazas y a las claves contextuales de la amenaza y/o (5) tendencia

a recurrir con más frecuencia a la evitación, a la preocupación y a la rumiación sobre las amenazas potenciales.

Diferencias culturales

El miedo y la ansiedad existen en todas las culturas pero su experiencia subjetiva se ve modelada por factores específicos de cada cultura (Barlow, 2002). Comparar la prevalencia de la ansiedad en diferentes culturas se complica por el hecho de que nuestro sistema de clasificación diagnóstico estándar, DSM IV-TR (APA, 2000), se basa en concepciones y experiencias americanas de la ansiedad que pueden carecer de validez diagnóstica en otras culturas (van Ommeren, 2002). La generabilidad a lo largo de las culturas no necesariamente mejora con el uso de la clasificación WHO de los trastornos de ansiedad, la Clasificación Internacional de Enfermedades – décima revisión (CIE-10), debido a la dominancia de la experiencia de influencia europea occidental (OMS, 1992). Por lo tanto, nuestros enfoques diagnósticos y de evaluación para la ansiedad pueden subrayar aspectos de la ansiedad que son prominentes en la experiencia europea occidental y omitir expresiones significativas de la ansiedad que son más específicas de otras culturas.

Barlow (2002) concluía que la aprensión, la inquietud, el miedo y la activación somática son comunes en todas las culturas. Por ejemplo, en un amplio estudio comunitario de 35.014 adultos iraníes se encontró que el 20,8% presentaba síntomas de ansiedad (Noorbala, Bagheri-Yazdi, Yasamy & Mohammad, 2004). Incluso en regiones rurales remotas o montañosas de países en vías de desarrollo donde las amenidades y presiones industriales modernas son mínimas, la presencia de los trastornos de ansiedad y angustia son similares a los hallados en los estudios de comunidades occidentales (Mumford, Nazir, Jilani & Yar Baig, 1996). A pesar de lo anterior, algunos países parecen tener diferentes índices de trastornos de ansiedad en la población. Los estudios WHO de la Organización Mundial de la Salud Mental hallaron que la prevalencia de 1 año de los trastornos de ansiedad DSM-IV oscilaba desde el 2,4%, 3,2% y 3,3% en Shangai, Beijing y Nigeria, respectivamente, hasta el 11,2%, 12% y 18,2% en Líbano, Francia y Estados Unidos, respectivamente (WHO, Consor-

cio para el Estudio de la Salud Mental Mundial, 2004). Esta singular variabilidad en los índices de prevalencia aumenta la posibilidad de que la cultura influya sobre el índice real de los trastornos de ansiedad a lo largo de diferentes países, aunque las diferencias metodológicas también deban ser contempladas.

Existen pruebas coherentes que demuestran que la cultura desempeña un papel significativo en la expresión de los síntomas de ansiedad. Barlow (2002) señalaba que los síntomas somáticos parecen ser más prominentes en los trastornos emocionales en la mayoría de los países a excepción de los occidentales de influencia europea. En la tabla 1.2 se presenta un número selecto de síndromes vinculados a la cultura con un componente significativo de ansiedad.

Pauta clínica 1.6

La evaluación de la ansiedad debería incluir una consideración de la cultura y del contexto social/familiar del individuo y de su influencia en el desarrollo y experiencia subjetiva de la ansiedad.

Tabla 1.2. Síndromes selectos vinculados a la cultura en los que la ansiedad desempeña un papel prominente

Nombre del Síndrome	Descripción	País
<i>Dhat</i>	Ansiedad severa sobre la pérdida de semen por emisiones nocturnas, por orinar o por masturbarse. (Sumathipala, Sibribaddana & Bhugra, 2004)	Hombres en India, Sri Lanka, China
<i>Koro</i>	Miedo repentino e intenso a que los propios órganos sexuales se retraigan hacia el abdomen y lleguen a causar la muerte. (APA, 2000)	Sobre todo en hombres del sur y este de Asia
<i>Pa-leng</i>	Miedo mórbido al frío y al viento, en el cual al individuo le preocupa la pérdida adicional de calor corporal que eventualmente podría causar la muerte. La persona lleva puestas varias capas de ropa incluso en días calurosos para evitar el viento y el frío. (Barlow, 2002)	Culturas chinas
<i>Taijin kyofusho</i>	Un miedo intenso a que las partes o funciones del propio cuerpo resulten desagradables, ofensivas o vergonzantes para otras personas por su aspecto, olor, expresiones faciales o movimientos. (APA, 2000)	Japón

Persistencia y curso

A diferencia del trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad suelen ser crónicos durante muchos años con relativamente pocas remisiones pero índices de recaída más variables tras la recuperación completa (Barlow, 2002). El Programa de Investigación del Trastorno de Ansiedad de Harvard-Brown (*Harvard-Brown Anxiety Disorder Program*, HARP), un estudio prospectivo de 8 años, comprobó que sólo entre un tercio y la mitad de los pacientes con fobia social, TAG o trastorno de angustia lograba la remisión plena (Yonkers, Bruce, Dyck & Keller, 2003).¹ El Estudio de Cohorte de Zurich comprobó que casi el 50% de los individuos con un trastorno inicial de ansiedad solía desarrollar posteriormente una depresión o una depresión comórbida con la ansiedad en el seguimiento de 15 años (Merikangas et al., 2003). Un estudio longitudinal holandés con 3.107 individuos adultos comprobó que el 23% de los sujetos con un trastorno de ansiedad inicial DSM-III seguía satisfaciendo los criterios 6 años más tarde, mientras que otro 47% sufría ansiedad subclínica (Schuurmans et al., 2005). Es evidente que los trastornos de ansiedad persisten durante muchos años si no son tratados (Craske, 2003). Dado que la mayoría de estos trastornos aparecen por primera vez en la infancia y adolescencia (Newman et al., 1996), la naturaleza crónica de la ansiedad es un componente significativo.

Pauta clínica 1.7

Conviene tomar en consideración la cronicidad de la ansiedad y su influencia sobre el desarrollo de otras condiciones al realizar la evaluación cognitiva. Podemos esperar que su aparición temprana y un curso más persistente equivalgan a mayor resistencia al tratamiento.

-
1. Aunque estos índices de remisión sean muy bajos, especialmente para la fobia social y el trastorno de angustia, probablemente sobrestiman los auténticos índices de remisión de los trastornos de ansiedad, porque el 80% de los sujetos tomaba alguna forma de tratamiento farmacológico en el seguimiento realizado 8 años después.

Consecuencias y resultados

La presencia de un trastorno ansiedad, o incluso de síntomas ansiosos, se asocia con una reducción significativa de la calidad de vida así como del funcionamiento social y ocupacional (Mendlowicz & Stein, 2000). En una revisión meta-analítica de 23 estudios, Olatunji, Cisler y Tolin (2007) hallaron que todos los individuos con trastornos de ansiedad experimentaban resultados de calidad de vida significativamente más pobres que las muestras control, y el deterioro global de la calidad de vida era equivalente en los diferentes trastornos de ansiedad. Los individuos con un trastorno de ansiedad perdían más días de trabajo (Kessler & Frank, 1997; Olfson et al., 2000), estaban más tiempo de baja (Andrews et al., 2001; Marcus, Olfson, Pincus, Shear & Zarin, 1997; Weiller, Bisserbe, Maier & LeCrubier, 1998) y presentaban índices elevados de dependencia económica en forma de ayudas por discapacidad, desempleo crónico o ayudas sociales (Leon, Portera & Weissman, 1995). La ansiedad tiende también a reducir la calidad de vida y el funcionamiento social en pacientes con una enfermedad médica crónica comórbida (Sherbourne, Wells, Meredith, Jackson & Camp, 1996). Olfson et al. (1996) hallaron incluso que los pacientes de atención primaria que no satisfacían los criterios diagnósticos del TAG, angustia o TOC pero presentaban síntomas de estos trastornos, manifestaban más días laborales perdidos, más problemas maritales y más visitas al profesional de salud mental. El impacto negativo de los trastornos de ansiedad en términos de angustia, discapacidad y utilización de servicios puede ser aún mayor que para los individuos cuyo principal problema sea un trastorno de personalidad o abuso de sustancias (Andrews, Slade & Issakidis, 2002). De hecho, los individuos con trastorno de angustia evidencian un funcionamiento social y laboral significativamente menor en sus actividades cotidianas que los pacientes con enfermedades médicas crónicas como la hipertensión (Sherbourne, Wells & Judd, 1996).

Los individuos con un trastorno de ansiedad diagnosticable acuden con más frecuencia a los profesionales de la salud mental y son más propensos a consultar a sus médicos de cabecera en relación a

problemas psicológicos que los controles no clínicos (Marciniak, Lage, Landbloom, Dunayevich & Bowman, 2004; Weiller et al., 1998). En un estudio a gran escala de americanos profesionales se observó que los individuos con trastorno de ansiedad eran significativamente más propensos que el grupo de control no clínico a acudir a los centros de urgencias sanitarias (Marciniak et al., 2004; véase también, Leon et al., 1995, para resultados similares). Sin embargo, la mayoría de los individuos con un trastorno de ansiedad nunca recibe tratamiento profesional, y aún son menos los que recurren a los profesionales de la salud mental (Coleman, Brod, Potter, Buesching & Rowland, 2004; Kessler et al., 1994; Olfson et al., 2000). Los médicos de familia, por ejemplo, suelen ser poco tendentes a reconocer la ansiedad, pasándose por alto como mínimo el 50% de los trastornos de ansiedad de los pacientes de atención primaria (Wittchen & Boyer, 1998).

Dados los adversos efectos personales y sociales de los trastornos de ansiedad, los costes económicos de la ansiedad son sustanciales tanto en lo que respecta a los costes directos de los servicios como a los costes indirectos por pérdida de productividad. La ansiedad auto-revelada en un estudio americano explicaba unos 60.4 millones de días por año en pérdida de productividad, lo que equivale al nivel de pérdida de productividad asociado con el resfriado común o la neumonía (Marcus et al., 1997). Greenberg et al. (1999) estimaron que el coste anual de los trastornos de ansiedad ascendía a 42.3 billones de dólares en 1990, mientras que Rice y Millar (1998) comprobaron que los costes económicos de la ansiedad eran superiores a los de la esquizofrenia o los trastornos afectivos.²

-
2. Hay pruebas de que se pueden contrarrestar significativamente los costes de la ansiedad mediante la detección temprana y el tratamiento (Salvador-Carulla, Seguí, Fernández-Cano & Canet, 1995). Los estudios de salud económica han mostrado sistemáticamente que la terapia cognitivo-conductual (TCC) para los trastornos de ansiedad es más económica que la medicación y produce una reducción significativa de los costes de atención médica (Myhr & Payne, 2006). Como el más común de los trastornos mentales, la ansiedad inflinge un coste humano y social importante sobre nuestra sociedad, pero la oferta de tratamiento cognitivo y cognitivo-conductual podría reducir los costes personales y económicos de dichos trastornos.

Pauta clínica 1.8

Dada la importante morbilidad asociada a la ansiedad, en la evaluación clínica debería incluirse el impacto negativo del trastorno sobre la productividad laboral/académica, sobre las relaciones sociales, la economía personal y el funcionamiento diario.

Aspectos biológicos de la ansiedad

La ansiedad es multifacética, conlleva elementos diversos del dominio fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo del funcionamiento humano. En la Tabla 1.3 se enumeran los síntomas de ansiedad divididos en los cuatro sistemas funcionales implicados en una respuesta adaptativa a la amenaza o al peligro (Beck et al., 1985, 2005).

Las respuestas fisiológicas automáticas que normalmente ocurren en presencia de una amenaza o de un peligro se consideran *respuestas defensivas*. Estas respuestas, observadas tanto en animales como en humanos en los contextos que provocan miedo, conllevan una activación autónoma que prepara al organismo para afrontar el peligro huyendo (es decir, huída) o confrontando directamente el peligro (es decir, lucha), un proceso conocido como respuesta de “lucha o huída” (Canon, 1927). Las características conductuales implican primordialmente las respuestas de abandono o de evitación, así como de búsqueda de seguridad. Las variables cognitivas aportan la interpretación lógica de nuestro estado interno como de ansiedad. Por último, el dominio afectivo se deriva de la activación cognitiva y fisiológica conjunta y constituye la experiencia subjetiva de la sensación ansiosa.

En los siguientes apartados se comentarán brevemente los aspectos fisiológicos, conductuales y emocionales de la ansiedad. Los rasgos cognitivos de la ansiedad serán el foco de atención de los siguientes capítulos.

Psicofisiología

Como se observa en la Tabla 1.3, muchos de los síntomas de la ansiedad son de naturaleza fisiológica y reflejan la activación de los sistemas nerviosos simpático (SNS) y parasimpático (SNP). La activación del SNS es la respuesta fisiológica más prominente en la ansiedad y provoca los síntomas de hiperactivación como la constricción de los vasos sanguíneos periféricos, el aumento de fuerza en los músculos esqueléticos, el aumento del ritmo cardíaco y de la fuerza en la contracción y dilatación de los pulmones para aumentar el aporte de oxígeno, la dilatación de las pupilas para mejorar la visión, el cese de la actividad digestiva, el aumento del metabolismo basal y el aumento de secreción de epinefrina y norepinefrina desde la médula adrenal (Bradley, 2000). Todas estas respuestas fisiológicas periféricas se asocian con la activación pero originan varios síntomas perceptibles como los temblores, tiritones, turnos de sofocos y escalofríos, palpitaciones, sequedad bucal, sudores, respiración entrecortada, dolor o presión en el pecho y tensión muscular (véase Barlow, 2002).

Tabla 1.3. Rasgos comunes de la ansiedad

Síntomas fisiológicos

(1) Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones; (2) respiración entrecortada, respiración acelerada; (3) dolor o presión en el pecho; (4) sensación de asfixia; (5) aturdimiento, mareo; (6) sudores, sofocos, escalofríos; (7) náusea, dolor de estómago, diarrea; (8) temblores, estremecimientos; (9) adormecimiento, temblor de brazos o piernas; (10) debilidad, mareos, inestabilidad; (11) músculos tensos, rigidez; (12) sequedad de boca.

Síntomas cognitivos

(1) Miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; (2) miedo al daño físico o a la muerte; (3) miedo a "enloquecer"; (4) miedo a la evaluación negativa de los demás; (5) pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; (6) percepciones de irrealidad o separación; (7) escasa concentración, confusión, distracción; (8) estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza; (9) poca memoria; (10) dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.

Síntomas conductuales

(1) Evitación de las señales o situaciones de amenaza; (2) huida, alejamiento; (3) obtención de seguridad, reafirmación; (4) inquietud, agitación, marcha; (5) hiperventilación; (6) quedarse helado, paralizado; (7) dificultad para hablar.

Síntomas afectivos

(1) Nervioso, tenso, embarullado; (2) asustado, temeroso, aterrorizado; (3) inquieto, asustadizo; (4) impaciente, frustrado.

El rol de la excitación del SNP, que origina la conservación de ciertas respuestas fisiológicas, no ha sido investigado en profundidad con respecto a la ansiedad. El SNP está implicado en síntomas como la inmovilidad tónica, la caída de la presión sanguínea y los desmayos, que constituyen un tipo de estrategia para la respuesta de “conservación-retirada” (Friedman & Thayer, 1998). Los efectos de la estimulación del SNP incluyen el descenso del ritmo cardíaco y la fuerza de contracción, la constricción pupilar, la relajación de los músculos abdominales y la constricción de los pulmones (Bradley, 2000). Además, la investigación sobre la variabilidad del ritmo cardíaco en las crisis de angustia indica que la actividad cardiovascular asociada a la ansiedad no debería verse sólo en términos de excesiva activación del SNS sino también de la excitación compensatoria reducida del SNP. En consecuencia, es probable que el SNP desempeñe un rol mayor del que se le ha atribuido previamente en la ansiedad.

Barlow (2002) concluía que uno de los principales y más robustos hallazgos de los últimos 50 años de investigación psicofisiológica es que los individuos crónicamente ansiosos muestran un nivel persistentemente elevado de activación autónoma, a menudo en ausencia de una situación que produzca la ansiedad. Por ejemplo, Cuthbert et al. (2003) hallaron niveles de base de ritmo cardíaco elevado en las crisis de angustia y en las fobias específicas pero no así en los grupos de fobia social o de trastorno por estrés postraumático (TEPT). Otros investigadores, sin embargo, han vinculado la ansiedad (o neuroticismo) al exceso de labilidad y reactividad autónoma en lugar de a niveles tónicos permanentes de activación (Costello, 1971; Eysenck, 1979). Craske (2003) proponía que la reactividad cardiovascular aumentada podría ser un factor que predispone a las crisis de ansiedad de modo que la tendencia a experimentar activación autónoma intensa y aguda podría aumentar la saliencia y, en consecuencia, la amenaza atribuida a las sensaciones corporales.

No se ha obtenido aún apoyo empírico sistemático que confirme diferencias en las respuestas autónomas entre los ansiosos y los controles no ansiosos ante estímulos estresantes o amenazantes (Barlow, 2002). Friedman y Thayer (1998) señalaban también que los hallazgos psicofisiológicos de *reducción* del ritmo cardíaco y variabilidad electro-

termal ponían en duda el punto de vista según el cual la ansiedad se caracteriza por el exceso de labilidad y reactividad autónoma. Con todo, los individuos ansiosos suelen mostrar una reducción más lenta de su respuesta fisiológica ante los estreses (es decir, habituación lenta), pero esto se debe probablemente a que su nivel de activación de la línea base inicial es más alta (Barlow, 2002). Además, Lang y sus colaboradores hallaron mayor activación fisiológica ante la imagería relevante al miedo en individuos con fobia a las serpientes, pero la reactividad era menos evidente en los individuos con angustia (Cuthbert et al., 2003; Lang, 1979; Lang, Levin, Millar & Kozak, 1983). En conjunto, estos resultados sugieren que el aumento de reactividad fisiológica a los estímulos de miedo puede ser mayor en las condiciones de fobia específica pero menos evidente en otros estados ansiosos, como el del trastorno de angustia o TEPT. Sin embargo, en los diferentes trastornos de ansiedad se observa sistemáticamente un nivel de activación basal aumentado y un índice de habituación más lento, estableciendo las bases fisiológicas de los individuos crónicamente ansiosos para malinterpretar su persistente estado de hiperactivación como prueba de una amenaza o peligro anticipado.

La investigación psicofisiológica reciente sugiere que los individuos con ansiedad crónica muestran *flexibilidad autónoma disminuida* en respuesta a estreses (Noyes & Hoehn-Saric, 1998). Esto se caracteriza por una respuesta débil pero sostenida a los estreses, indicando una trayectoria de habituación pobre. En un estudio sobre la reactividad del ritmo cardíaco en condiciones de línea base, relajación y preocupación, Thayer, Friedman y Borcovek (1996) hallaron que los individuos con TAG o los que se preocupaban activamente presentaban menor control cardíaco vagal, lo que defiende la perspectiva relativa a que el TAG se caracteriza por la inflexibilidad autónoma.

En resumen, podría decirse que los importantes rasgos psicofisiológicos de la ansiedad como el elevado nivel de activación basal, la habituación retardada y la flexibilidad autónoma disminuida podrían contribuir a la malinterpretación de la amenaza, que es la característica cognitiva clave de la ansiedad. Sin embargo, en la fobia, el trastorno de angustia y el TAG se encuentra un patrón de respuesta fisio-

lógica diferente que impide la generalización de los resultados empíricos a todos los trastornos de ansiedad. En este mismo orden, no se sabe con certeza si el estado de ansiedad es fundamentalmente un exceso de activación del SNS y una retirada de la actividad vagal, o si se deprime la actividad del SNS y la actividad del SNP permanece normal bajo las condiciones de la vida cotidiana (véase Nussgay & Rüddel, 2004, para más información).

Pauta clínica 1.9

La evaluación de los trastornos de ansiedad debe incluir una evaluación completa del tipo, frecuencia y gravedad de los síntomas fisiológicos experimentados durante los episodios de ansiedad aguda, así como la interpretación que hace el paciente de dichos síntomas. Deberían evaluarse también la línea base y los patrones de reactividad fisiológica mediante diarios y escalas de valoración diaria.

Factores genéticos

Existen considerables pruebas empíricas que defienden la transmisión familiar de la ansiedad (véase Barlow, 2002, para una revisión). En un meta-análisis de estudios de familia y de gemelos sobre trastorno de angustia, TAG, fobias y TOC, Hettrema, Neale y Kendler (2001) concluían que la agregación familiar para los cuatro trastornos es significativa, siendo las pruebas relativas al trastorno de angustia las más firmes. A lo largo de todos los trastornos, las estimaciones de heredabilidad oscilaban entre el 30 y el 40%, quedando la mayor proporción de la varianza debida a factores ambientales individuales. Incluso al nivel sintomático, la heredabilidad explica sólo el 27% de la variabilidad predisponiendo a los individuos a la angustia general, y siendo los factores ambientales los que determinaban el desarrollo de la ansiedad específica o de los síntomas depresivos (Kendler, Heath, Martin & Eaves, 1987).

Barlow (2002) formuló la posibilidad de que existiera una transmisión genética diferente para la ansiedad y para la angustia. En un modelo de ecuación estructural de datos diagnósticos recogidos en una muestra grande de gemelas, Kendler et al. (1995) hallaron, por

una parte, factores de riesgo genético diferentes para la depresión mayor y para el TAG (es decir, ansiedad), y para la ansiedad aguda, de poca duración como las fobias, y la angustia por la otra. Un estudio previo descubrió también una diátesis genética común para la depresión mayor y el TAG con la especificidad de trastorno determinada por la exposición a diferentes acontecimientos vitales (Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1992a).

Existen menos pruebas relativas a que los individuos hereden trastornos de ansiedad específicos y una mayor base empírica que defiende la herencia de una vulnerabilidad general para desarrollar un trastorno de ansiedad (Barlow, 2002). Esta vulnerabilidad inespecífica hacia la ansiedad podría ser neuroticismo, ansiedad de rasgo alta, afectividad negativa o lo que Barlow, Allen y Choate (2004) denominaron un “síndrome de afecto negativo”. Los individuos vulnerables pueden mostrar una respuesta emocional más intensa (o como mínimo más sostenida) ante las situaciones aversivas o estresantes. Sin embargo, los factores ambientales y cognitivos interactuarían con esta predisposición genética para determinar qué trastornos específicos de ansiedad experimentan qué individuos particulares.

Pauta clínica 1.10

Una entrevista de diagnóstico debería incluir cuestiones relativas a la prevalencia de los trastornos de ansiedad en los familiares de primer grado.

Neurofisiología

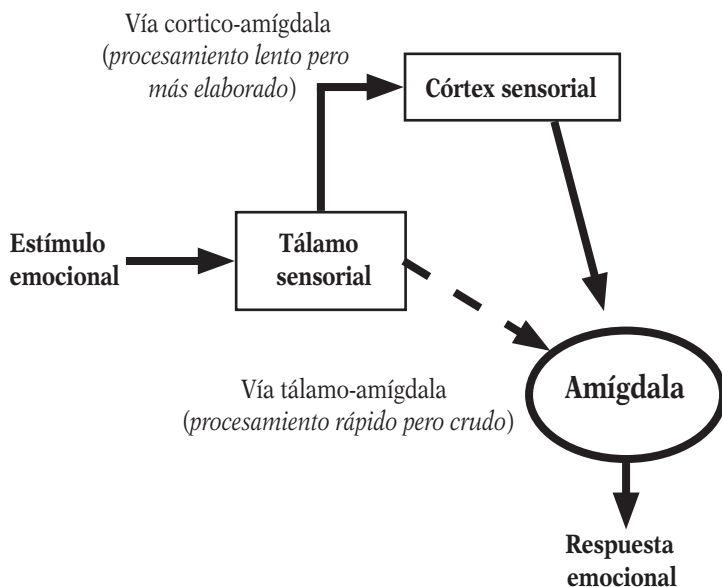
Durante la última década se han logrado grandes avances en nuestro conocimiento relativo a las bases neurobiológicas de la ansiedad. Uno de los principales hallazgos se refiere al rol central que desempeña la amígdala en el procesamiento emocional y en la memoria (véanse comentarios de Canli et al., 2001). La investigación humana y no humana indica que la amígdala participa en la modulación emocional de la memoria, la evaluación de los estímulos con significado afectivo y la valoración de las señales sociales relacionadas con el

peligro (véase Anderson & Phelps, 2000). Los estudios sobre el miedo auditivo condicionado de LeDoux (1989, 1996, 2000) han contribuido sustancialmente en la implicación de la amígdala como sustrato neural para la adquisición de respuestas condicionadas de miedo. LeDoux (1996) concluía que la amígdala es el “eje de la rueda del miedo” (p. 170), que “en esencia, participa en la valoración del sentido emocional” (p. 169).

LeDoux (1989) defiende que una de las principales tareas del cerebro emocional es evaluar el significado afectivo (p. ej., amenaza frente a no amenaza) de los estímulos mentales (pensamientos, recuerdos), físicos o externos. Este autor proponía dos vías neurales paralelas para que la amígdala procese los estímulos de miedo. La primera vía conlleva la transmisión directa de un estímulo condicionado de miedo a través del tálamo sensorial al núcleo lateral de la amígdala, atravesando el córtex. La segunda vía conlleva la transmisión de la información relativa al estímulo de miedo desde el tálamo sensorial a través del córtex sensorial hasta el núcleo lateral. Dentro de la región de la amígdala el núcleo lateral, que recibe inputs en el condicionamiento de miedo, inerva el núcleo central que es responsable de la expresión de la respuesta condicionada de miedo (véase también Davis, 1998). En la Figura 1.1 se ilustran las dos vías paralelas del sistema de reacción condicionada de miedo de LeDoux.

LeDoux (1996) deduce una serie de conclusiones de su doble vía del miedo. La vía tálamo-amígdala más directa (denominada “la vía inferior”) es más rápida, más rudimentaria y se produce sin pensamiento, razonamiento ni conciencia. La vía tálamo-cortical-amígdala (clasificada como “la vía superior”) es más lenta pero conlleva un procesamiento más elaborado del estímulo del miedo a consecuencia de la extensa participación de regiones corticales superiores del cerebro. Aunque LeDoux (1996) comente la obvia ventaja evolutiva de una base neural automática, preconsciente para el procesamiento de información de los estímulos de miedo, su investigación demostraba que la vía cortical es necesaria para el condicionamiento del miedo con estímulos más complejos (es decir, cuando el animal debe discriminar entre dos tonos similares de los cuales sólo uno va emparejado con el estímulo incondicionado [EIC]).

Figura 1.1. Vías neurales paralelas de LeDoux en el miedo auditivo condicionado



El papel central de la amígdala en el miedo es absolutamente coherente con sus conexiones neuroanatómicas. Presenta múltiples proyecciones externas a través del núcleo central con el hipotálamo, el hipocampo y, hacia arriba, con varias regiones del córtex, así como, hacia abajo, con varias estructuras del tronco cerebral implicadas en la activación autónoma y de respuestas neuroendocrinas asociadas con el estrés y la ansiedad como la región gris periacueductal (GPA), el área tegmental ventral, el locus cerúleo y los núcleos de rafe (Barlow, 2002). Todas estas estructuras neurales han sido vinculadas a la experiencia de la ansiedad, incluido el *bed nucleus* de la estría terminal (BNST; Davis, 1998), que puede ser el sustrato neural más importante de la ansiedad (Grillon, 2002).

El rol del procesamiento cognitivo consciente del miedo es una cuestión mucho más debatida a la luz de la investigación de LeDoux que sugiere una vía tálamo-amígdala no cortical, rápida y rudimentaria para el procesamiento del miedo condicionado. De hecho

LeDoux (1996) descubrió que los estímulos revelantes al miedo pueden ser implícitamente procesados por la amígdala a través de la vía subcortical tálamo-amígdala sin representación consciente. Los estudios con neuroimágenes han observado que los estímulos que producen miedo y tienen valencia negativa se asocian con incrementos relativos en el flujo sanguíneo cerebral regional (FSCr) en el córtex visual asociativo o secundario y con reducciones relativas en el FJCR en el hipocampo y córtex prefrontal, orbitofrontal, temporo-polar y cingulado posterior (p. ej., véanse Coplan & Lydiard, 1998; Rauch, Savage, Alpert, Fishman & Jenike, 1997; Simpson et al., 2000). Estos hallazgos han sido interpretados como evidencia de que el miedo puede ser preconscious, sin la participación del procesamiento cognitivo superior.

La existencia de una vía subcortical, de orden inferior en el procesamiento inmediato del miedo condicionado no debería alejar la atención del papel crítico que desempeñan la atención, el razonamiento, la memoria y la valoración o los juicios subjetivos en el miedo y la ansiedad de los humanos. LeDoux (1996) comprobó que la vía tálamo-cortico-amígdala se activaba en el condicionamiento del miedo más complejo. Además, la amígdala tiene muchas conexiones con el hipocampo y las regiones corticales, donde recibe inputs de las áreas de procesamiento cortical sensorial, el área cortical transicional y el córtex prefrontal medial (LeDoux, 1996, 2000). LeDoux subraya que el sistema hipocampal, que implica la memoria explícita y el sistema de la amígdala, que implica la memoria emocional, se activarán simultáneamente por los mismos estímulos y funcionarán al mismo tiempo. De este modo, las estructuras cerebrales corticales participantes en la *memoria de trabajo*, como el córtex prefrontal y las regiones cingulada anterior y cortical orbital, y las estructuras implicadas en la *memoria declarativa* a largo plazo, como el hipocampo y el lóbulo temporal, participan en la activación emocional dependiente de la amígdala para proporcionar la base neural a la experiencia subjetiva (consciente) del miedo (LeDoux, 2000). Por consiguiente, puede esperarse que los sustratos neurales de la cognición desempeñen un papel crítico en el tipo de adquisición y persistencia del miedo que caracteriza a los complejos trastornos de ansiedad y miedo de los humanos. Esto se confirma en varios estudios con neuroimágenes que hallaron

activación diferencial de varias regiones prefrontales y frontotemporales del córtex (p. ej., Connor & Davidson, 2007; Coplan & Lyiard, 1998; Lang, Bradley & Cuthbert, 1998; McNally, 2007; van den Neuvel et al., 2004; Whiteside, Port & Abramowitz, 2004).

En su revisión, Luu, Tucker y Derryberry (1998) defendían que las representaciones mentales relevantes al miedo del córtex influyen sobre el funcionamiento no sólo en el estadio final de la expresión y responsabilidad de miedo, sino que la influencia cortical también puede servir a una función anticipatoria, incluso antes de que la información sensorial esté físicamente disponible. Los autores concluyen que “con nuestras redes frontales altamente evolucionadas, los humanos somos capaces de mediar cognitivamente nuestras acciones y de inhibir las respuestas más reflejas provocadas por los circuitos límbico y subcortical” (Luu et al., 1998, p. 588). Este sentimiento ha sido recientemente reproducido en una revisión realizada por McNally (2007a) en la que concluye que la activación en el córtex medial prefrontal puede suprimir la adquisición de miedo condicionado que está mediada por la amígdala. En este orden, las funciones ejecutivas prefrontales (es decir, procesos cognitivos conscientes) pueden tener efectos inhibidores del miedo que conlleven el aprendizaje de nuevas asociaciones inhibitoras o “señales de seguridad” que supriman la expresión de miedo (McNally, 2007a). Frewen, Dozois y Lanius (2008) concluían en su revisión de 11 estudios con neuroimágenes de intervenciones psicológicas para la ansiedad y la depresión, que la TCC altera el funcionamiento de regiones cerebrales como el córtex dorsolateral, ventrolateral y medial prefrontal; cíngulo anterior; cíngulo posterior/precóneo y los córtices insulares que se asocian con la resolución de problemas, el procesamiento auto-referencial y relacional y la regulación de afecto negativo. Por lo tanto, es evidente que la extensa implicación de las regiones corticales de orden superior del cerebro en las experiencias emocionales es coherente con nuestra afirmación relativa a que la cognición desempeña un rol importante en la producción de la ansiedad y que las intervenciones del tipo a la terapia cognitiva pueden inhibir la ansiedad de forma efectiva cuando se recurre a las regiones corticales responsables del razonamiento de orden superior y de la función ejecutiva.

Sistemas de neurotransmisores

Los sistemas de neurotransmisores como la benzodiacepina-gamma-ácido aminobutírico (GABA), noradrenérgico y serotoninérgico, así como la vía de descarga de corticotropinas, son importantes para la biología de la ansiedad (Noyes & Hoehn-Saric, 1998). El sistema neurotransmisor serotoninérgico ha captado la atención de los estudiosos de la ansiedad y la angustia. La serotonina actúa como una ruptura neuroquímica sobre la conducta, de modo que el bloqueo de los receptores de serotonina se asocia con la ansiedad en los humanos (Noyes & Hoehn-Saric, 1998). Aunque los niveles bajos de serotonina han sido considerados como un elemento decisivo en la ansiedad, las pruebas neurofisiológicas directas no son definitivas en lo que respecta a la aparición de anomalías en la serotonina en trastornos de ansiedad como el TAG, en comparación con los controles (Sinha, Mohlman & Gorman, 2004). El sistema serotoninérgico se proyecta sobre diversas áreas del cerebro que regulan la ansiedad como la amígdala, las regiones septo-hipocámpal y cortical prefrontal y, por lo tanto, puede influir directamente sobre la ansiedad o indirectamente alterando la función de otros neurotransmisores (Noyes & Hoehn-Saric, 1998; Sinha et al., 2004).

Un subgrupo del transmisor inhibitorio GABA contiene receptores de benzodiacepina que aumentan los efectos inhibitorios del GABA cuando las moléculas de benzodiacepina se adhieren a los lados de estos receptores (Gardner, Tully & Hecdgecock, 1993). Las pruebas relativas a que la ansiedad generalizada pueda deberse a la supresión del sistema benzodiacepina-GABA se derivan de los efectos ansiolíticos de fármacos de benzodiacepina (p. ej., lorazepam [Activan], alprazolam [Xanax]), cuya efectividad clínica parece deberse a que fomentan la inhibición benzodiacepina-GABA (Barlow, 2002).

La hormona liberadora de corticotropina (CRH) es un neurotransmisor que, fundamentalmente, se almacena en los núcleos paraventriculares hipotalámicos (PVN). Los estímulos estresantes o amenazantes pueden activar ciertas regiones del cerebro como el locus cerúleo, la amígdala, el hipocampo y el córtex prefrontal, que a continuación libera CRH. Entonces, el CRH estimula la secreción de la hormona adrenocorticotropina (ACTH) a partir de la glándula pituitaria anterior y otra actividad adrenal-pituitaria que genera el aumento de producción y descarga de cortisol (Barlow, 2002; Noyes &

Hoehn-Saric, 1998). Por lo tanto, el CRH no sólo media las respuestas endocrinas al estrés sino también otras respuestas cerebrales y conductuales amplias que influyen en la expresión del estrés, la ansiedad y la depresión (Barlow, 2002). Consecuentemente, en general las anormalidades a nivel neurotransmisor parecen tener efectos ansio-
génicos o ansiolíticos que contribuyen significativamente en los estados fisiológicos que caracterizan al miedo y a la ansiedad. Sin embargo, se desconoce aún la naturaleza exacta de dichas anormalidades. En la Tabla 1.4 se presenta un resumen de los aspectos biológicos de la ansiedad que podrían subyacer a los rasgos cognitivos de estos trastornos comentados en los siguientes capítulos del presente volumen.

Pauta clínica 1.11

Se recomienda comentar las bases neurales de la ansiedad al informar al cliente sobre el modelo cognitivo de la ansiedad. La explicación de la terapia cognitiva debería incluir una referencia al modo en que los centros corticales de orden superior del cerebro implicados en la memoria, el razonamiento y el juicio pueden “invalidar” o inhibir las estructuras cerebrales subcorticales emocionales, reduciendo así la experiencia subjetiva de la ansiedad.

Tabla 1.4. Concomitantes biológicos de la cognición en la ansiedad

Factores biológicos	Secuelas cognitivas
• Activación autónoma tónica elevada • Ritmo de habituación más lento • Flexibilidad autónoma disminuida • Predisposición genética para la emocionalidad negativa • Potenciación del miedo subcortical • Extensas vías aferentes y eferentes subcorticales hacia los circuitos subcorticales relevantes a la emoción	• Mayor saliencia de los estímulos relacionados con el miedo • Atención sostenida en el miedo • Habilidad reducida para cambiar el foco de atención • Esquemas hipervalentes para el miedo y la amenaza • Identificación preconscious de los estímulos de miedo y activación fisiológica inmediata • La valoración cognitiva y la memoria influyen sobre la percepción del miedo y modulan la expresión del miedo y la acción

Teorías conductuales

Durante muchas décadas los psicólogos experimentales basándose en la teoría del aprendizaje han demostrado que las respuestas de miedo pueden ser adquiridas a través de un proceso de aprendizaje asociativo. El trabajo teórico y experimental desde esta perspectiva se ha centrado en las respuestas fisiológicas y conductuales que caracterizan al estado de ansiedad o miedo. La teoría del aprendizaje inicial se centraba en la adquisición de miedos o reacciones fóbicas a través del condicionamiento clásico.

Teorías de condicionamiento

Según el condicionamiento clásico, un estímulo neutro, cuando se asocia repetidamente con una experiencia aversiva (estímulo incondicionado [EIC]) que conduce a la experiencia de ansiedad (respuesta incondicionada [RIC]), se asocia con la experiencia aversiva, y adquiere la capacidad de provocar una respuesta similar de ansiedad (respuesta condicionada [RC]) (Edelmann, 1992). El condicionamiento clásico subraya que los miedos humanos se adquieren a consecuencia de que algún estímulo neutro (p. ej., visita a la consulta de un dentista) se asocie con alguna experiencia previa provocadora de ansiedad (p. ej., una experiencia dolorosa y terrible durante la infancia en una visita al dentista). Aunque numerosos estudios experimentales realizados durante los últimos 80 años han demostrado que los miedos pueden adquirirse en el laboratorio mediante el emparejamiento repetido de un estímulo neutro (p. ej., tono) con un estímulo incondicionado (p. ej., descarga eléctrica levemente aversiva), el modelo no pudo ofrecer una explicación creíble para la notable persistencia de los miedos humanos en ausencia de repetidos emparejamientos EIC-EC (Barlow, 2002).

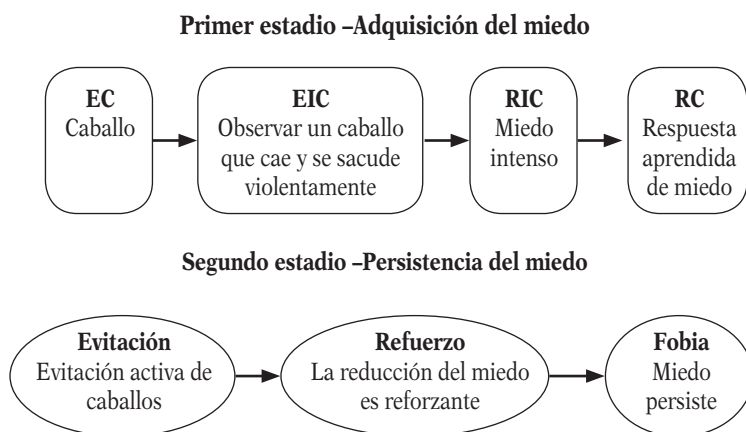
Mowrer (1939, 1953, 1960) presentó una revisión global de la teoría del condicionamiento a fin de comprender mejor la conducta de evitación y la persistencia de los miedos humanos. Conocida como la “teoría de los dos factores”, se convirtió en una explicación conductual de amplia aceptación sobre la etiología y persistencia de los miedos clínicos y de los estados de ansiedad durante la década de los sesenta y comienzos de los setenta (p. ej., Eysenck & Rachman, 1965). Aunque ya no sea considerada como teoría sostenible de la

ansiedad, la teoría de los dos factores sigue siendo importante por dos motivos. En primer lugar, muchas de las intervenciones conductuales que se han demostrado tan efectivas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad tuvieron sus orígenes en el modelo de los dos factores. En segundo lugar, nuestros actuales modelos cognitivos de la ansiedad nacieron, en gran parte, a raíz de las críticas y dilemas planteadas a la teoría de los dos factores.

En la Figura 1.2 se presenta una ilustración del modo en que puede usarse la teoría de los dos factores para explicar el caso del Pequeño Hans de Freud (Freud, 1909/1955). El Pequeño Hans era un niño austriaco de 5 años de edad que generó miedo a que un caballo le mordiera y, en consecuencia, experimentaba considerable ansiedad cada vez que salía de casa por miedo a ver a un caballo. La aparición de la “fobia a los caballos” se produjo después de que él observara como un caballo grande que tiraba de una carreta caía y coceaba con violencia en un esfuerzo por volver a levantarse. El Pequeño Hans comenzó a temer que los caballos, sobre todo éstos que tiraban de carretas, cayeran y le mordieran. (Por supuesto Freud interpretó la fuente real de la fobia del Pequeño Hans como su afecto sexual reprimido hacia su madre y hostilidad hacia su padre que se desplazaba a caballo).

En el modelo de los dos factores, el primer estadio de la adquisición del miedo se basa en el condicionamiento clásico. El Pequeño Hans experimenta un suceso traumático: observar el accidente de un caballo en la calle y las sacudidas violentas de éste (EIC). Esto provoca una fuerte respuesta de miedo (RIC), de modo que la presencia de caballos (EC) mediante la asociación con la EIC es ahora capaz de provocar una RC (respuesta de miedo). Sin embargo, la persistencia del miedo se explica en el segundo estadio a consecuencia de la evitación del EC. En otras palabras, el Pequeño Hans permanece en casa y de este modo evita la presencia de caballos (el EC). Como la evitación de los caballos garantiza que el Pequeño Hans no experimente miedo o ansiedad, la conducta de evitación se ve negativamente reforzada. La evitación se mantiene porque la reducción del miedo es un poderoso refuerzo secundario (Edelmann, 1992). Además, como permanece dentro de su casa, el Pequeño Hans no aprende que los caballos normalmente no caen (es decir, no experimenta presentaciones del EC a solas que podrían generar la extinción de la respuesta).

Figura 1.2. Teoría de los dos factores para explicar la adquisición del miedo en el caso del Pequeño Hans de Freud



Hacia finales de los años setenta se plantearon dudas importantes sobre el modelo de dos factores para explicar las fobias humanas (Rachmann, 1976, 1977; véase también Davey, 1997; Eysenck, 1979). En primer lugar, el condicionamiento clásico asume que cualquier estímulo neutral puede adquirir propiedades provocadoras de miedo si se asocia con un EIC. Sin embargo, esta asunción no se vio confirmada en los experimentos de condicionamiento aversivo, en los que algunos estímulos (p. ej., imágenes de arañas y serpientes) producían una respuesta de miedo condicionado con mucha más facilidad que otros estímulos (p. ej., imágenes de flores o setas; para una revisión, véase Öhman & Mineka, 2001). En segundo lugar, muchos individuos que desarrollan fobias clínicas no pueden recordar un suceso traumático condicionante. En tercer lugar, hay suficientes pruebas experimentales y clínicas sobre el aprendizaje no asociativo de miedos a través de la observación vicaria (es decir, atestiguar el trauma de otra persona) o de la transmisión de información (es decir, cuando al individuo se le transmite información amenazante sobre objetos o situaciones específicas). En cuarto lugar, las personas experimentan acontecimientos traumáticos muchas veces sin desarrollar una respuesta de miedo condicionado (Rachmann, 1977). Una vez más, el modelo de dos factores requiere ser readaptado para explicar por qué

sólo una minoría de los individuos desarrollan fobias en respuesta a experiencias traumáticas (p. ej., un tratamiento dental doloroso). Por último, a la teoría de los dos factores le cuesta explicar la epidemiología de las fobias (Rachman, 1977). Por ejemplo, el miedo a las serpientes es mucho más común que la fobia dental y, sin embargo, son muchas más las personas que experimentan dolor por tratamientos dentales que las personas que han sufrido picaduras de serpiente.

Aunque se han propuesto diversas mejoras del modelo, es evidente que la teoría de dos factores del condicionamiento era incapaz de explicar el desarrollo y persistencia de los miedos y trastornos de ansiedad en humanos. Muchos psicólogos conductuales concluyeron que se requerían constructos cognitivos para explicar adecuadamente el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad, incluso de los estados de fobia (p. ej., Brewin, 1988; Davey, 1997). Se propusieron diversos conceptos cognitivos (p. ej., expectativas, auto-eficacia, sesgo atencional o esquemas relacionados con el miedo) como mediadores entre la aparición de los estímulos provocadores de miedo y la respuesta de ansiedad (véase Edelman, 1992). Con todo, no todos los psicólogos conductuales acogieron la mediación cognitiva como mecanismo causal en el desarrollo de la ansiedad. Un ejemplo de una perspectiva “no cognitiva” es el módulo del miedo propuesto por Öhman y Mineka (2001).

El módulo del miedo

Öhman y Mineka (2001) afirman que como el miedo evolucionó como sistema de defensa contra los depredadores y otras amenazas a la supervivencia, conlleva un *módulo del miedo* compuesto por componentes conductuales, psicofisiológicos y verbal-cognitivos. Un módulo se define como “un sistema conductual, mental y neural relativamente independiente que se ha creado específicamente para ayudar a resolver problemas adaptativos hallados en situaciones potencialmente mortales de la ecología de nuestros antepasados distantes” (Öhman & Mineka, 2001, p. 484).

Estos autores mencionan cuatro características del módulo del miedo. La primera, que es *relativamente sensible* a responder a los

estímulos que son evolutivamente prepotentes porque planteaban amenazas particulares para la supervivencia de nuestros ancestros. Estos autores revisaron una abundante literatura experimental que demostraba la asociación selectiva en el condicionamiento humano aversivo, donde los individuos presentaban mejor condicionamiento y mayor resistencia a la extinción de estímulos filogenéticos (p. ej., diapositivas de serpientes o arañas) que de materiales ontogenéticos (p. ej., diapositivas de casas, flores o setas). Öhman y Mineka (2001) concluían que (1) los estímulos relevantes al miedo evolutivamente preparados tienen acceso preferente al módulo del miedo humano y (2) la asociación selectiva de estos estímulos preparados es, en gran medida, independiente de la cognición consciente.

Una segunda característica del módulo del miedo es su *automaticidad*. Öhman y Mineka (2001) afirman que como el módulo del miedo evolucionó para gestionar las amenazas filogenéticas a la supervivencia y puede activarse automáticamente sin reconocer conscientemente los estímulos que lo provocan. Las pruebas de activación automática preconsciente del miedo incluyen una respuesta de miedo fisiológico a estímulos de miedo que no se reconocen conscientemente, miedo condicionado continuo ante estímulos no observables y la adquisición de una respuesta condicionada de miedo a estímulos relevantes al miedo que no eran susceptibles de reconocimiento consciente.

Una tercera característica es la *encapsulación*. Se supone que el módulo del miedo es “relativamente impenetrable a otros módulos con los que carece de conexiones directas” (Öhman & Mineka, 2001, p. 485) y por lo tanto tenderá a llevar su curso una vez activado con escasas posibilidades de que otros procesos lo detengan (Öhman & Mineka, 2004). Incluso aunque el módulo del miedo sea relativamente impenetrable a las influencias conscientes, Öhman y Mineka defienden que el módulo de miedo mismo puede influir profundamente sesgando y distorsionando la cognición consciente de los estímulos amenazantes. En defensa de su afirmación de la independencia del módulo del miedo a la influencia de la cognición consciente, Öhman y Weins (2004) citan pruebas según las cuales (1) la ocultación de los estímulos afecta a las valoraciones conscientes pero no a

las respuestas condicionadas (RCs), (2) las instrucciones que alteran las expectativas EIC-EC no afectan a la respuesta condicionada ante estímulos biológicos relevantes al miedo, (3) los individuos pueden adquirir respuestas condicionadas de miedo ante estímulos enmascarados sin el reconocimiento consciente y (4) las respuestas condicionadas de miedo ante estímulos enmascarados pueden afectar a la cognición consciente en forma de juicios de expectancia.

Una última característica es su *circuito neural específico*. Öhman y Mineka (2001) consideran que la amígdala es la principal estructura neural implicada en el control del miedo y que el aprendizaje del miedo y mantenimiento de tal activación del miedo (es decir, el aprendizaje emocional) se produce a través de la vía subcortical, no cognitiva tálamo-amígdala de LeDoux (1996), mientras que el aprendizaje cognitivo se produce a través del hipocampo y las regiones corticales superiores. Los autores sostienen que la amígdala presenta más conexiones aferentes que eferentes con el córtex y, por lo tanto, tiene más influencia sobre el córtex que a la inversa. Sobre la base de este punto de vista de la estructura neural del módulo del miedo, concluyen que (1) la activación no consciente de la amígdala se produce a través de una ruta neural que no involucra al córtex, (2) este circuito neural es específico del miedo y (3) cualquier proceso cognitivo consciente asociado al miedo es consecuencia de la activación del módulo del miedo (es decir, amígdala) y, por lo tanto, el proceso cognitivo consciente no desempeña ningún rol causal en la activación del miedo. Por consiguiente las valoraciones y creencias sesgadas son un producto de la activación automática del miedo y la producción de respuestas psicofisiológicas y reflejas defensivas (Öhman & Weins, 2004). Las creencias exageradas con respecto al peligro pueden influir en el mantenimiento de la ansiedad a lo largo del tiempo, pero éstas son la consecuencia y no la causa del miedo.

Pauta clínica 1.12

Dada la cantidad de pruebas relativas a la importancia del aprendizaje en el desarrollo de la ansiedad, el terapeuta debería examinar con los pacientes las experiencias de aprendizaje pasadas relacionadas con la ansiedad (p. ej., trauma, sucesos vitales, exposición a información amenazante).

El caso de la cognición

La perspectiva de Öhman y Mineka (2001) sobre el miedo y la ansiedad está en desacuerdo con la perspectiva cognitiva de Beck y sus colaboradores (Beck et al., 1985, 2005; Beck & Clark, 1997; D.M. Clark, 1999). Aunque reconocen que los fenómenos cognitivos deberían ser contemplados en el tratamiento porque desempeñan un rol clave en el mantenimiento a largo plazo de la ansiedad, siguen creyendo que el pensamiento, las creencias y los sesgos de procesamiento ansiosos son una consecuencia de la activación del miedo. Öhman y Mineka (2001) opinan que la cognición consciente no es crítica en la patogénesis del miedo mismo, lo que se opone a la conceptualización del miedo que hemos presentado previamente en este capítulo. Esta perspectiva no consciente del miedo es visible también en otros teóricos del aprendizaje como Boston, Mineka y Barlow (2001), que defienden que el condicionamiento interoceptivo en el trastorno de angustia se produce sin reconocimiento consciente y es bastante independiente de los sistemas de conocimiento declarativo. Con todo, a nuestro entender la valoración cognitiva es un elemento central del miedo y es imprescindible para entender la etiología, persistencia y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Este punto de vista se basa en múltiples argumentos.

Existencia de cognición preconscious

Los críticos del modelo cognitivo tienden a exagerar el reconocimiento consciente cuando cuestionan la cognición, asegurando que las amplias pruebas experimentales de respuestas de miedo condicionado sin reconocimiento consciente no confirman los principios básicos de la perspectiva cognitiva (p. ej., Öhman & Mineka, 2001). Sin embargo, existe investigación experimental igualmente robusta que demuestra la existencia de procesamiento preconscious, automático cognitivo y atencional de los estímulos de miedo (véase MacLeod, 1999; Wells & Matthews, 1994; Williams, Watts, MacLeod & Matthews, 1997). Por lo tanto, la perspectiva cognitiva de la ansiedad se malinterpreta cuando la cognición sólo se contempla en términos de valoración consciente.

Procesos cognitivos en la adquisición del miedo (condicionamiento)

Öhman y Mineka (2001) defienden que los procesos cognitivos son una consecuencia de la activación del miedo y, por lo tanto, desempeñan escasa función en su adquisición. Sin embargo, durante las últimas tres décadas muchos teóricos del aprendizaje han apostado por incorporar conceptos cognitivos a los modelos de condicionamiento a fin de explicar la persistencia de las respuestas de miedo. Davey (1997), por ejemplo, revisa las pruebas relativas a que las expectativas de resultados, así como la propia representación cognitiva del EIC, influyen sobre la fuerza de la RC de miedo en respuesta a un EC. En otras palabras, las RCs aumentan o reducen su fuerza dependiendo de cómo evalúe la persona el sentido del EIC o trauma (véase también van den Hout & Merckelbach, 1991). Según Davey (1997), por lo tanto, la valoración cognitiva es un elemento clave en el condicionamiento pavloviano del miedo.

Hace ya mucho tiempo que se reconoce que las expectativas de resultados (es decir, expectativas de que en una situación particular una determinada respuesta conducirá a un resultado determinado) influyen en el condicionamiento aversivo (p. ej., Seligman & Johnston, 1973; de Jong & Merckelbach, 2000; véanse también los experimentos sobre el sesgo de covariación de Jong, Merckelbach & Arntz, 1995; McNally & Heatherton, 1993). En su influyente documento de revisión, Rescorla (1988) defendía que la teoría moderna del aprendizaje contempla el condicionamiento pavloviano en términos de aprendizaje de las relaciones entre acontecimientos (es decir, asociaciones) que deben ser percibidas y que se representan complejamente (es decir, en la memoria) por el organismo. Por consiguiente, para la mayoría de los investigadores clínicos de orientación conductual la adquisición y elicitación de miedo y de estados de ansiedad conllevará contingencias de aprendizaje que reconocen la influencia y la importancia de varios mediadores cognitivos (para más detalles, véase van den Hout & Merckelbach, 1991).

Procesos cognitivos continuos pueden alterar las respuestas de miedo

Öhman y Mineka (2001) sostienen que el módulo del miedo es impenetrable al control cognitivo consciente. Sin embargo, este punto de vista es difícilmente reconciliable con las evidencias empíricas

relativas a que los factores cognitivos o informativos pueden conducir a la reducción del miedo (véanse comentarios de Brewin, 1988). Incluso con intervenciones basadas en la exposición, que se derivan directamente de la teoría del condicionamiento, existen pruebas de que la habituación a largo plazo de las respuestas de miedo requiere atención y procesamiento conscientemente dirigidos a la información relevante al miedo (Foa & Kozak, 1986). Brewin (1988) sucintamente sugiere la influencia de la cognición en las respuestas de miedo al afirmar que “es necesaria una teoría que asigne un rol a los procesos de pensamiento consciente para explicar cómo las personas pueden alternativamente amedrentarse y reafirmarse teniendo en mente diferentes pensamientos, probando diferentes respuestas de afrontamiento, estableciendo objetivos y recompensándose o castigándose dependiendo del resultado, etc.” (p. 46).

La amígdala no es específica para el miedo

Un argumento central de Öhman y Mineka (2001) es que el vínculo directo tálamo-amígdala en la activación del miedo y el aprendizaje emocional explica la automaticidad del módulo del miedo y, por ello, es disociable de la adquisición declarativa de información a través del hipocampo. De este modo, la activación de la amígdala da inicio a una respuesta de miedo que posteriormente conduce a procesos de cognición y memoria más complejos a través de proyecciones al hipocampo y a regiones cerebrales corticales superiores (véase también Morris, Öhman & Dolan, 1998).

Aunque la investigación experimental haya sido bastante coherente al mostrar la activación amigdalóide en el procesamiento de estímulos amedrentadores, hay pruebas de que la amígdala también puede estar implicada en otras funciones emocionales como la valoración del sentido social y emocional de las emociones faciales (Adolphs, Granel & Damasio, 1998; Anderson & Phelps, 2000). Los estudios con neuroimágenes sugieren que se produce una mayor activación en el córtex prefrontal, amígdala, otras estructuras centrocerebrales y el tronco cerebral al procesar cualquier estímulo emocional activador generalmente negativo, lo que sugiere que la amígdala y otras estructuras implicadas en el procesamiento emocional pueden no ser espe-

cíficas del miedo sino de la valencia de los estímulos emocionales (p. ej., Hare, Tottenham, Davidson, Glover & Casey, 2005; Simpson et al., 2000; véase también la activación de la amígdala al procesar fragmentos tristes de películas, Lévesque et al., 2003). Además, la amígdala es responsiva a estímulos con valencia positiva, aunque esta respuesta parece ser más variable y de naturaleza más elaboradora que la respuesta fija, automática observada en las expresiones de miedo (Somerville, Kim, Johnstone, Alexander & Whalen, 2004; véase también Canli et al., 2002). Por consiguiente, hay pruebas experimentales de que la amígdala puede no ser específicamente el asiento de la ansiedad sino una estructura neural importante del procesamiento emocional más general (véase también Gray & McNaughton, 1996).

Otras investigaciones con neuroimágenes sugieren que la amígdala puede estar influida por los procesos cognitivos mediados por regiones corticales superiores del cerebro. McNally (2007a) revisó pruebas relativas a que el córtex medial prefrontal puede suprimir el miedo condicionado adquirido a través de la activación de la amígdala. Por ejemplo, en un estudio se asoció el procesamiento perceptual de escenas pictóricas amenazantes con una intensa respuesta bilateral de la amígdala que era atenuada por la evaluación cognitiva de los estímulos de miedo (Hariri, Mattay, Tessitore, Fera & Weinberger, 2003). Todos estos hallazgos sugieren que los procesos cognitivos conscientes mediados por otras regiones corticales y subcorticales del cerebro tienen una gran influencia sobre la amígdala y, en su conjunto, ofrecen una explicación neural integrada de la experiencia del miedo.

El papel de las regiones corticales de orden superior en el miedo

La cuestión crítica para la perspectiva cognitiva de la ansiedad es si los procesos cognitivos conscientes desempeñan un rol suficientemente importante en la propagación y reducción de la ansiedad que justifique el énfasis en el nivel cognitivo. Como se ha comentado previamente, existen considerables pruebas neurofisiológicas sobre la implicación de regiones corticales superiores del cerebro en el tipo de respuestas de miedo y ansiedad de los humanos y que son el objetivo de las intervenciones clínicas. LeDoux (1996) ha demostrado que el hipocampo y las áreas del córtex vinculadas a él participan en la formación

y recuperación de recuerdos implicados en el condicionamiento del miedo contextual más complejo. Este tipo de condicionamiento es particularmente relevante para la formación y persistencia de los trastornos de ansiedad. Además, LeDoux (1996, 2000) señala que la sensación subjetiva asociada al miedo conllevará conexiones entre la amígdala y el córtex prefrontal, cíngulo anterior y regiones orbitales corticales, así como el hipocampo. Desde una perspectiva clínica, la experiencia subjetiva de la ansiedad es la que dirige a los individuos a la consulta de los profesionales, y la eliminación de este estado subjetivo aversivo es el principal criterio para juzgar el éxito del tratamiento. En suma, es evidente que el circuito neural del miedo es coherente con un rol prominente de la cognición en la patogénesis de la ansiedad.

Resumen y conclusión

La ansiedad, a muchos respectos, es un rasgo definitorio de la sociedad contemporánea y la tenacidad de sus manifestaciones clínicas representa uno de los principales retos a los que se enfrenta la investigación y el tratamiento de la salud mental. La omnipresencia, persistencia e impacto perjudicial de los trastornos de ansiedad está muy bien documentada en numerosos estudios epidemiológicos. En el presente capítulo se han identificado algunos problemas relativos a la psicología de los trastornos de ansiedad. Una de las confusiones más básicas surge a partir de la definición de ansiedad y su relación con el miedo. Desde la perspectiva cognitiva, nosotros definimos el miedo como la valoración automática de una amenaza o peligro inminente, mientras que la ansiedad es la respuesta subjetiva y permanente ante la activación del miedo. La última es un patrón de respuesta cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual más compleja que se produce cuando los sucesos o circunstancias se interpretan como amenazas altamente aversivas, inciertas e incontrolables para nuestros intereses vitales. El miedo, por consiguiente, es un proceso cognitivo básico que subyace a todos los trastornos de ansiedad. Sin embargo, la ansiedad es el estado más permanente asociado con las valoraciones de amenaza, y por ello el tratamiento de la ansiedad se ha convertido en el principal foco de atención de la salud mental.

Otra cuestión fundamental asociada a la ansiedad es la diferenciación entre estados normales y anormales. Aunque el miedo sea necesario para la supervivencia, porque es esencial para preparar las respuestas del organismo ante los peligros mortales, el miedo es claramente maladaptativo cuando está presente en los trastornos de ansiedad. Una vez más puede ser útil la perspectiva cognitiva para identificar los límites entre la ansiedad y miedo normal y sus manifestaciones clínicas. El miedo es maladaptativo y más probablemente asociado a un trastorno de ansiedad cuando conlleva una valoración errónea o exagerada del peligro, genera el deterioro del funcionamiento, muestra una persistencia notable, conlleva una falsa alarma y/o crea hipersensibilidad a una amplia gama de estímulos relacionados con la amenaza. El desafío de los profesionales consiste en ofrecer intervenciones que “aminoren” o normalicen la ansiedad clínica a fin de que sea menos angustiosa e interfiera menos en la vida cotidiana. La eliminación de toda la ansiedad no es ni deseable ni posible, pero su reducción a los límites normales de la experiencia humana es el principal objetivo de los regímenes de tratamiento para los trastornos de ansiedad.

Los estados de ansiedad son multifacéticos, influyendo sobre todos los niveles de la función humana. Hay un importante aspecto biológico en la ansiedad, y algunas estructuras neurales corticales y subcorticales desempeñan una función relevante en la experiencia emocional. Este fuerte elemento neurofisiológico proporciona a los estados de ansiedad una sensación de urgencia y potencia que dificulta la modificación. Al mismo tiempo, la ansiedad suele adquirirse a través de la interacción del organismo con el contexto, incluso aunque este proceso de aprendizaje pueda ocurrir fuera de la conciencia y más allá de la consideración racional. Sin embargo, la mediación cognitiva como las expectativas, las interpretaciones, las creencias y los recuerdos desempeñan un papel crítico en el desarrollo y persistencia de la ansiedad. Como experiencia subjetiva, la ansiedad puede sentirse como una tormenta que surge y se desvanece a lo largo del día. El alivio de este estado de tormento personal puede ser un motivador potente incluso cuando elicitaba patrones de respuesta como la huida y evitación, que al fin son contraproducentes para los intereses vitales del individuo.

A pesar de su complejidad, en las páginas anteriores hemos defendido que la cognición desempeña una función clave en la comprensión de estados normales y anormales de ansiedad. La esencia de la ansiedad se encuentra en la interpretación errónea o exagerada de la amenaza ante una situación o circunstancia anticipada que es percibida como significativa para los recursos vitales de la persona. Durante las dos últimas décadas se ha progresado sustancialmente en el estudio de las estructuras cognitivas y procesos de ansiedad. Sobre la base del primer modelo cognitivo de ansiedad propuesto por Beck et al. (1985), este libro presenta una formulación cognitiva más refinada, elaborada y extensa que incorpora los principales avances realizados desde la investigación cognitiva-clínica de la ansiedad. Se incluye una evaluación sistemática del estado empírico de esta reformulación junto con estrategias con base teórica para la evaluación y tratamiento cognitivo. En los siguientes capítulos se presentan teorías, investigación y tratamientos cognitivos específicos para los principales tipos de trastornos de ansiedad: angustia, fobia social, TAG, TOC y TEPT. A nuestro entender la perspectiva cognitiva sigue siendo prometedora para avanzar en nuestro conocimiento de la ansiedad y para proporcionar enfoques de tratamiento innovadores.

2

El modelo cognitivo de ansiedad

En la terapia cognitiva para la ansiedad y la depresión a los pacientes se les enseña una máxima: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento”. Esta sencilla afirmación es el fundamento de la teoría cognitiva y la terapia de los trastornos emocionales y, sin embargo, los individuos muchas veces no logran reconocer el modo en que sus pensamientos afectan sobre su estado anímico. Dada la experiencia de activación fisiológica intensa e incontrolable que suele ocurrir durante la ansiedad aguda, es comprensible por qué quienes la padecen no reconocen sus bases cognitivas. A pesar de esta falta de reconocimiento, la cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el afecto, tal y como se indica en el siguiente diagrama:

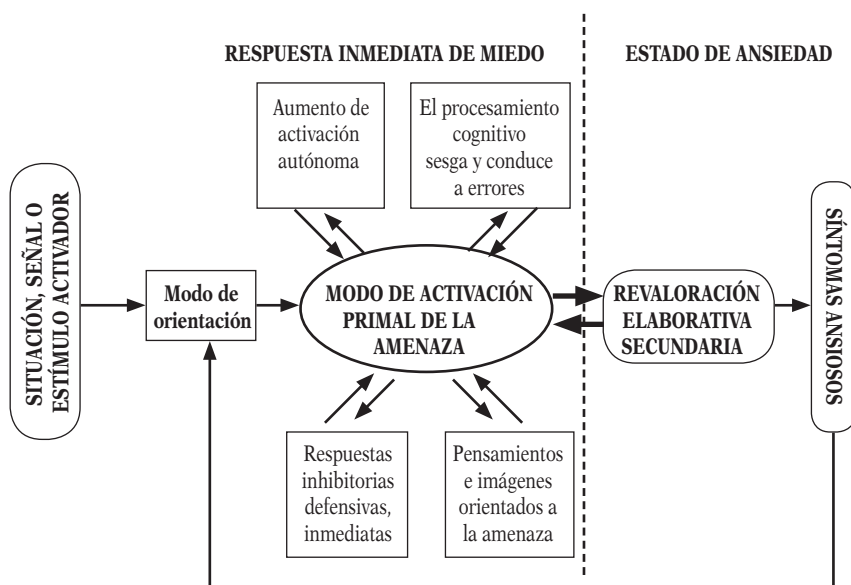
Situación provocadora → Pensamiento/Valoración ansiosa → Sentimiento de ansiedad

Los individuos suelen asumir que las situaciones y no las cogniciones (es decir, las valoraciones) son responsables de su ansiedad. Considere, por ejemplo, cómo se siente en el período previo a un examen. La ansiedad será mucha si espera que el examen sea difícil y usted duda de su nivel de preparación. Si espera que el examen sea relativamente fácil o está bastante seguro de su preparación, su ansiedad será baja. Lo mismo ocurriría con respecto a hablar en

público. Si evalúa a su audiencia como amable y receptiva hacia su discurso, su ansiedad será inferior que si evalúa a la audiencia como crítica, aburrida o con actitud de rechazo hacia su presentación. En cada ejemplo no es la situación (p. ej., escribir un examen, dar una conferencia o mantener una conversación informal) lo que determina el nivel de ansiedad sino el modo en que se valora o evalúa la situación. Nuestro modo de pensar ejerce una poderosa influencia sobre cómo nos sentimos, si ansiosos o tranquilos.

La perspectiva cognitiva puede ayudarnos a entender algunas contradicciones visibles en los trastornos de ansiedad. ¿Cómo es posible que sienta tanta ansiedad ante una amenaza irracional y tan improbable (p. ej., que pueda dejar de respirar), y sin embargo reaccionar con comodidad y sin aparente ansiedad ante peligros más realistas (p. ej., desarrollar cáncer de pulmón por una adicción crónica a la nicotina)? ¿Cómo se explica la naturaleza tan selectiva y específica de las situaciones de la ansiedad? ¿Por qué es tan persistente a pesar de la repetida no ocurrencia de la amenaza anticipada?

Figura 2.1. Modelo cognitivo de la ansiedad.



En el presente capítulo examinaremos la naturaleza y persistencia de la ansiedad. Presentamos el modelo cognitivo de la ansiedad como explicación de una de las cuestiones más complejas y sorprendentes que afrontan los investigadores y profesionales de la salud mental: *¿Por qué persiste la ansiedad a pesar de la ausencia de peligro y los obvios efectos maladaptativos de este estado emocional altamente aversivo?* El capítulo comienza con una revisión del modelo cognitivo (Figura 2.1), seguido por un comentario relativo a sus principios básicos, una descripción del modelo, el análisis de las bases cognitivas de la ansiedad normal y anormal y una presentación de las hipótesis cognitivas fundamentales.

Revisión del modelo cognitivo de la ansiedad

Ansiedad: un estado de mayor vulnerabilidad

La perspectiva de la ansiedad se centra en el concepto de *vulnerabilidad*. Beck, Emery y Greenberg (1985) definían *vulnerabilidad* “como la percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para proporcionarle una sensación de seguridad”. En los síndromes clínicos, la sensación de vulnerabilidad se magnifica por efecto de ciertos procesos cognitivos disfuncionales (pp. 67-68).

En la ansiedad, este aumento de la sensación de vulnerabilidad es evidente en las valoraciones sesgadas y exageradas que hacen los individuos del posible daño personal en respuesta a señales que son neutrales o inocuas. Esta *valoración primaria de la amenaza* conlleva una perspectiva errónea que sobrestima enormemente la probabilidad de que se produzca el daño y la gravedad percibida del mismo. Rachman (2004) señalaba que los individuos asustadizos son mucho más propensos a sobrestimar la intensidad de la amenaza, lo que consecuentemente les conduce a la conducta de evitación. Al mismo tiempo los individuos ansiosos no logran percibir las señales de seguridad de las situaciones de amenaza evaluada y tienden a subestimar su capacidad para afrontar el daño o peligro anticipado (Beck et al., 1985, 2005). Esta *revaloración elaborativa secundaria*, sin embargo, se produce inmediatamente como resultado de la valoración prima-

ria de la amenaza, y en estados de ansiedad amplifica la percepción inicial de la amenaza. En consecuencia, la intensidad de un estado de ansiedad depende del equilibrio entre la propia valoración inicial de la amenaza y la valoración secundaria de la capacidad de afrontamiento y de la seguridad. El nivel o intensidad de la ansiedad puede expresarse del siguiente modo:

Ansiedad elevada = $\uparrow$ probabilidad/gravedad de la amenaza + $\downarrow$ afrontamiento y seguridad

Ansiedad baja = $\downarrow$ probabilidad/gravedad de la amenaza + $\uparrow$ afrontamiento y seguridad

Ansiedad moderada = $\leftrightarrow$ probabilidad/gravedad de la amenaza + $\leftrightarrow$ afrontamiento y seguridad

Beck y Greenberg (1988) señalaban que la percepción de peligro acciona un “sistema de alarma” que conlleva procesos conductuales, fisiológicos y cognitivos primales que evolucionaron a fin de proteger nuestra especie de los daños y peligros físicos (véase también Beck, 1985). La movilización conductual para manejar el peligro puede conllevar la respuesta de lucha o huida (alejamiento o evitación), pero también puede consistir en otras conductas instrumentales como la de solicitar ayuda, adoptar una postura defensiva o negociar para minimizar el peligro (Beck et al., 1985, 2005). La activación autónoma y otras respuestas fisiológicas que se producen durante la vulnerabilidad a la amenaza son aspectos importantes de este sistema de defensa reflejo primario. La presencia de la ansiedad activa la movilización conductual para manejar la amenaza percibida. Aunque esta movilización conductual primal se generó como respuesta rápida y eficiente ante el peligro físico, puede dificultar la actuación real cuando se activa en situaciones benignas o en las complejas, difusas y estresantes circunstancias de la sociedad contemporánea. La movilización del sistema de defensa primal puede tener, además, efectos adversos si se interpreta como señal de un trastorno grave, como cuando la persona con trastorno de angustia malinterpreta un elevado ritmo cardíaco y lo considera señal de un posible infarto miocardio (Beck et al., 1985; D.M. Clark & Beck, 1988).

Un segundo tipo de respuesta conductual frecuente en los estados de ansiedad como resultado de la percepción de la amenaza es la de inmovilización en situaciones en las que el afrontamiento activo

podría aumentar el peligro real o imaginario (Beck et al., 1985). Las señales de dicha respuesta de inmovilización se hacen evidentes cuando el individuo se queda “helado”, siente que se desmaya o se muestra ligeramente aturdido. Se asocia con la perspectiva cognitiva de estar completamente indefenso. La respuesta de inmovilización se observa en la ansiedad social, como cuando una persona muy ansiosa cree que se desmaya mientras trata de dar un discurso público.

A pesar de la importancia de la movilización conductual y la activación fisiológica, la responsable de instigar la ansiedad es la valoración primaria inicial de la amenaza combinada con la valoración secundaria de inadecuación personal y de escasa seguridad. En este sentido, la cognición falsa es necesaria pero no suficiente para generar un estado de ansiedad. El modelo cognitivo de la ansiedad se enraíza en una perspectiva de procesamiento de información, según la cual la perturbación emocional se produce a consecuencia de un funcionamiento excesivo o deficitario del aparato cognitivo. Hemos definido previamente el *procesamiento de información* como “las estructuras, procesos y productos implicados en la representación y transformación del significado basado en datos sensoriales derivados del contexto externo e interno” (D.A. Clark et al., 1999, p. 77).

La ansiedad, por lo tanto, es el producto de un sistema de procesamiento de información que interpreta una situación como amenazadora para los intereses vitales y para el bienestar del individuo. La centralidad de la asignación de sentido de amenaza (es decir, procesamiento de información) se ilustra detalladamente en un ejemplo presentado por Beck et al. (1985, 2005). La mayoría de los individuos podrían caminar tranquilamente sobre una barra de 15 centímetros de ancho sin ningún miedo, si estuviera colocada a unos pocos centímetros del suelo. Sin embargo, si eleváramos la barra a 30 metros del suelo, la mayoría de los individuos sentirían miedo y se negarían a caminar sobre ella. Lo que explica las diferentes experiencias emocionales en estas dos situaciones es que los individuos evalúan como muy peligroso el hecho de caminar sobre la barra colocada a 30 metros de altura. Dudan también de si mantendrán el equilibrio o si sentirán mareos o vértigo una vez que hayan avanzado unos pocos centímetros a lo largo de la barra. Aunque la barra esté a diferentes alturas, su

capacidad para elicitarse miedo o ansiedad depende de la percepción del peligro. De un modo idéntico, las percepciones de peligro son centrales en los estados de ansiedad clínica. El modelo cognitivo considera la ansiedad como una reacción ante la evaluación inapropiada y exagerada de vulnerabilidad personal derivada de un sistema defectuoso de procesamiento de información que contempla como amenazantes situaciones o señales neutrales. Esto es plenamente coherente con las definiciones de miedo y ansiedad propuestas en el Capítulo 1. Sobre la base del concepto de vulnerabilidad, en la Figura 2.1 se ilustran las estructuras, procesos y productos del sistema de procesamiento de información participantes en la experiencia de la ansiedad.

Pauta clínica 2.1

En terapia cognitiva un enfoque fundamental consiste en la corrección de las falsas valoraciones de amenaza y valoraciones secundarias de vulnerabilidad, considerada necesaria para la reducción de la ansiedad.

Procesamiento automático y estratégico

El modelo cognitivo reconoce que tanto los procesos automáticos como los estratégicos participan en la ansiedad (véase Beck & Clark, 1997). En la Tabla 2.1 se presentan las características que definen los procesamiento controlado o automático y estratégico inicialmente descritos en Beck y Clark (1997).

A nivel cognitivo, el procesamiento automático de la ansiedad ha sido claramente demostrado en el sesgo atencional preconsciente hacia los estímulos relacionados con la amenaza, que se evidenció en los experimentos de MacLeod (1999). Los hallazgos de las pruebas de memoria implícita sugieren la presencia de un sesgo automático de memoria hacia la información negativa en los trastornos de ansiedad (Coles & Heimberg, 2002; Williams et al., 1997). La investigación sobre condicionamiento clásico ha demostrado la adquisición de respuestas condicionadas de miedo (p. ej., una respuesta de conductividad de la piel) ante estímulos relevantes al miedo y enmascarados que se presentaban fuera del conocimiento consciente, indicando que el aprendizaje del miedo puede producirse como un proceso

automático, preconsciente (Öhman & Wiens, 2004). La investigación de LeDoux (1996) ha documentado la adquisición de respuestas auditivas de miedo en roedores a través de la vía subcortical tálamo-amígdala que pasa de largo los centros corticales superiores destinados al pensamiento, razonamiento y conciencia. Por lo tanto, es evidente que ciertos procesos cognitivos, neurofisiológicos y de aprendizaje, que son críticos para la experiencia de la ansiedad, se producen al nivel de procesamiento automático.

Tabla 2.1. Características del procesamiento automático y estratégico

Procesamiento automático	Procesamiento estratégico (controlado)
• Sin esfuerzo • Involuntario • No intencionado • Fundamentalmente preconsciente • Rápido, difícil de finalizar o regular • Capacidad mínima de procesamiento atencional • Capaz de procesamiento paralelo • Estereotípico, conllevando tareas cotidianas y muy practicadas • Bajo nivel de procesamiento cognitivo con análisis mínimo	• Requiere esfuerzo • Voluntario • Intencionado • Plenamente consciente • Lento, más disponible a la regulación • Requiere mucho procesamiento atencional • Se sostiene sobre el procesamiento serial • Puede manejar tareas nuevas, difíciles y no practicadas previamente • Niveles altos de procesamiento cognitivo que conllevan el análisis semántico y la síntesis

Aunque los procesos automáticos son importantes para la ansiedad, nunca debería pasarse por alto el papel central desempeñado por los procesos estratégicos más elaborativos y lentos en la persistencia de la ansiedad. Los juicios, razonamiento, memoria y pensamiento sesgados por la amenaza son elementos críticos de la experiencia subjetiva de la ansiedad que motivan a los individuos a solicitar tratamiento. No deberíamos pasar por alto la importancia de la preocupación, la rumiación ansiosa, las imágenes de la amenaza y los recuerdos traumáticos si queremos comprender los trastornos de ansiedad. De hecho, el procesamiento estratégico controlado nos permite interpretar la información nueva y compleja. McNally (1995) concluía que,

dadas sus capacidades para asignar sentido, se requiere del procesamiento estratégico o elaborativo para que la persona ansiosa malinterprete las situaciones inocuas como amenazantes. Además, cualquier tarea cognitiva particular conlleva una mezcla de procesamiento automático y estratégico, de modo que un aspecto específico del procesamiento de la información no debería ser dicotomizado como automático o estratégico sino como el reflejo más de uno de los tipos de procesamiento que del otro (véase McNally, 1995). En este mismo orden, la involuntariedad frente a la preconciencia (es decir, fuera del conocimiento consciente) es el rasgo clave de la automaticidad de los estados ansiosos (McNally, 1995; Wells & Matthews, 1994).

En el modelo cognitivo (Figura 2.1) la orientación inicial hacia la amenaza conlleva un proceso predominantemente automático, preconsciente. La activación del *modo primal de la amenaza* (es decir, la valoración primaria de la amenaza) será en gran medida automática a consecuencia de la necesidad de una evaluación rápida y eficiente de la potencial amenaza para la supervivencia del organismo. (El término *modo* se refiere a un agrupamiento de esquemas interrelacionados organizados para afrontar las demandas particulares que corresponden a los propios intereses vitales, supervivencia y adaptación [Beck, 1996; Beck et al., 1985, 2005; Clark et al., 1999].) Sin embargo, debe ocurrir algún tipo de procesamiento estratégico y controlado incluso en este estadio de respuesta inmediata a la amenaza por efecto de nuestra experiencia subjetiva, consciente de la angustia asociada con la valoración de la amenaza. A medida que iniciamos la valoración secundaria de los recursos de afrontamiento, la presencia o ausencia de seguridad y la revaloración de la amenaza inicial, el procesamiento de información será mucho más controlado, estratégico y elaborativo. Incluso en este estadio secundario responsable de la respuesta sostenida de ansiedad, el procesamiento no será completamente estratégico, tal y como se evidencia en la rumiación o preocupación ansiosa.

Pauta clínica 2.2

La terapia cognitiva enseña a los individuos a ser más conscientes de sus valoraciones inmediatas de la amenaza y a corregir los procesos cognitivos secundarios que sean maladaptativos.

Principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad

El desarrollo del modelo cognitivo se ha visto favorecido por algunas propuestas derivadas de la perspectiva cognitiva (véase Figura 2.1). Tales propuestas fueron inicialmente articuladas en el modelo cognitivo original de la ansiedad (Beck et al., 1985, 2005) y se describen en los siguientes apartados (véase Tabla 2.2 para una definición de los principios básicos).

Tabla 2.2. Principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad

Valoraciones exageradas de la amenaza

La ansiedad se caracteriza por una atención aumentada y altamente selectiva hacia el riesgo, amenaza o peligro personal que se percibe como si fuera a tener un grave impacto negativo sobre los intereses vitales o el bienestar.

Mayor indefensión

La ansiedad conlleva una evaluación imprecisa de los propios recursos de afrontamiento, generando una subestimación de la propia capacidad para afrontar la amenaza percibida.

Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad

Los estados de ansiedad se caracterizan por un procesamiento inhibido o altamente restrictivo de las señales de seguridad y de la información que transmite la reducción de probabilidad o gravedad de la amenaza o daño percibido.

Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo

En los estados de ansiedad el acceso al pensamiento y razonamiento más constructivo, lógico y elaborativo es difícil y, por ello, se emplea de manera ineficaz para la reducción de la ansiedad.

Procesamiento automático y estratégico

La ansiedad conlleva una mezcla de procesos cognitivos automáticos y estratégicos que son responsables de la cualidad incontrolable e involuntaria de la ansiedad.

Procesos auto-perpetuantes

La ansiedad conlleva un ciclo vicioso en el que el aumento de atención centrada en uno mismo sobre las señales y síntomas de ansiedad contribuirá a la intensificación de la angustia subjetiva.

Primacía cognitiva

La valoración cognitiva primaria de la amenaza y la valoración secundaria de la vulnerabilidad personal pueden generalizarse de tal manera que una amplia serie de situaciones o estímulos adicionales sea malinterpretada como amenazante y varias respuestas defensivas fisiológicas y conductuales sean inapropiadamente movilizadas para manejar la amenaza.

Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad

El aumento de susceptibilidad a la ansiedad es el resultado de creencias nucleares sostenidas (esquemas) sobre la vulnerabilidad o indefensión personal y la saliencia de la amenaza.

Valoraciones exageradas de la amenaza

Previamente hemos presentado el concepto de valoración exagerada de la amenaza como rasgo primario y central de la ansiedad. El proceso de valorar o evaluar las señales internas y externas como amenaza, peligro o daño potencial para los recursos personales vitales o el propio bienestar conlleva la participación de un sistema defensivo rápido, automático y muy eficiente cognitivo, fisiológico, conductual y afectivo que se ha desarrollado para proteger y garantizar la supervivencia del organismo. Muchos autores han señalado la obvia importancia evolutiva de un sistema cognitivo acuñado para detectar rápida y selectivamente en el contexto cualquier indicio que constituyera un peligro físico para nuestros principales ancestros (Beck, 1985; D.M. Clark & Beck, 1988; Craske, 2003; Öhman & Mineka, 2001). La amenaza se valora rápidamente en términos de su proximidad temporal/física o naturaleza intensiva (es decir, “inminencia de la amenaza” [Craske, 2003] o “vulnerabilidad inminente” [Riskind & Williams, 2006]), probabilidad de ocurrencia y gravedad del resultado. En conjunto estas características evaluadas del estímulo generarán la asignación inicial del *valor de la amenaza*.

Esta asignación primaria del valor de la amenaza es inherente a todas las experiencias de la ansiedad. En el modelo cognitivo esta valoración inicial, relativamente automática, se atribuye a la activación del modo primal de amenaza (véase Figura 2.1). La valoración de la amenaza conllevará varios procesos y estructuras cognitivas como la atención, la memoria, el juicio, el razonamiento y el pensamiento consciente. Esto se ilustra en el siguiente ejemplo. Imagine a un individuo que corre a lo largo de un camino rural solitario. Repentinamente escucha el ladrido de un perro en el jardín de una casa a la que se aproxima progresivamente. En ese mismo instante sus músculos se tensan, su ritmo se acelera y sus ritmos respiratorio y cardíaco también aumentan. Estas respuestas ante el ladrido del perro son provocadas por una valoración inicial rápida de la amenaza que simplemente registra en el conocimiento consciente del corredor el mensaje: “¿Estoy en peligro de que me muerdan?”. La situación recibirá la asignación de amenaza de alto valor si el corredor se encuentra próximo a la casa en cuestión, si piensa que es grande la probabilidad

de que el perro esté suelto y si supone que es un perro grande y feroz (alta gravedad). Por el contrario, el corredor puede asignar un valor de baja amenaza si se encuentra alejado de la casa o si concluye que el perro está atado o simplemente es un perro doméstico y dócil. En consecuencia, una valoración inmediata de la amenaza será observable en todas las experiencias tanto de los estados normales como anormales de la ansiedad. En la ansiedad clínica, la valoración primaria de la amenaza es exagerada y desproporcionada en relación al valor real de la amenaza que conlleva un acontecimiento.

Pauta clínica 2.3

La terapia cognitiva se centra en ayudar a los clientes a recalibrar las valoraciones exageradas de la amenaza y a aumentar su tolerancia al riesgo y a la incertidumbre vinculada con sus preocupaciones ansiosas.

Mayor indefensión

Una valoración secundaria de los recursos personales y de la capacidad de afrontamiento conlleva una estrategia de evaluación más consciente y estratégica de la propia capacidad para responder constructivamente ante la amenaza percibida. Esta valoración ocurre en la segunda fase elaborativa del modelo cognitivo (véase Figura 2.1). Dicha valoración secundaria implica los conceptos de Bandura (1977, 1989) de auto-eficacia (“¿Dispongo de la capacidad para afrontar estar amenazado?”) y de expectancia de resultado (“¿Qué probabilidad existe de que mis esfuerzos reduzcan o eliminen la amenaza?”). La auto-eficacia y expectancia de resultados positivos podrían generar una reducción de la ansiedad, especialmente si los esfuerzos iniciales de la persona para afrontar la amenaza parecen tener éxito. Por el contrario, la auto-eficacia percibida baja y la expectativa de un resultado negativo conducirían a un mayor estado de indefensión y a sentimientos de ansiedad más intensos.

Aunque la valoración secundaria de los recursos de afrontamiento es provocada por la valoración primaria de la amenaza, ambas se producen casi simultáneamente como una evaluación altamente recíproca e interactiva (Beck et al., 1985, 2005). Como se ha señalado

previamente, la intensidad de la ansiedad dependerá del grado de amenaza en relación a la propia capacidad percibida para afrontar el peligro. En nuestro caso del corredor que escucha el ladrido del perro, la ansiedad se minimizaría si él recordara experiencias previas positivas de trato con perros o si recordara que lleva consigo un spray que los asusta y aleja. En la ansiedad clínica los individuos presentan una sensación mucho más intensa de indefensión ante ciertas amenazas percibidas y concluyen que son incapaces de gestionar el miedo anticipado.

Pauta clínica 2.4

El aumento de auto-confianza para afrontar la amenaza y la incertidumbre es un objetivo importante de la terapia cognitiva de la ansiedad.

Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad

Beck (1985) señalaba que la ansiedad no sólo se caracteriza por un procesamiento selectivo aumentado del peligro sino también por una supresión selectiva de la información que sea incongruente con el peligro percibido. D.M. Clark y Beck (1988) incluyeron la subestimación de los factores de rescate (lo que pueden hacer los demás para ayudar) como error cognitivo que contribuirá a una evaluación exagerada de la amenaza en la ansiedad. Se sugiere que en los trastornos de ansiedad la información inmediata y automática de una valoración de amenaza basada en la activación de los esquemas de amenaza sesgará el sistema de procesamiento de información en favor de la detección y evaluación de la amenaza, es decir, que cualquier información incongruente con los esquemas de amenaza será filtrada e incluso ignorada. En consecuencia, cualquier información correctiva, que podría conducir a la reducción del valor de la amenaza asignado a la situación, se pierde y la ansiedad persiste. De este modo, en nuestro ejemplo, un corredor que sienta mucha ansiedad ante el ladrido de un perro no puede percibir que existe una valla alrededor de la propiedad, reduciendo así la probabilidad de que el perro salga hasta la calle. Esta aparente incapacidad para procesar las señales de seguridad de una situación se aprecia visiblemente en

los trastornos de ansiedad, como cuando la persona que teme hablar en público no procesa las señales de una audiencia receptiva o el estudiante con ansiedad ante los exámenes que ha respondido satisfactoriamente a la mayoría de las preguntas difíciles.

Otra consecuencia de inhibir el procesamiento de las señales de seguridad se produce cuando la persona busca intencionadamente vías inapropiadas para garantizar la seguridad o evitar el peligro. La persona con agorafobia puede salir exclusivamente en compañía de ciertos miembros de su familia, porque esto parece reducir la probabilidad de una crisis de angustia, o el individuo con obsesiones de contaminación puede desarrollar ciertos rituales compulsivos para reducir la ansiedad y garantizar una sensación de seguridad ante la prospectiva de contaminarse. Salkovskis (1996b) señalaba que las conductas de búsqueda de seguridad y evitación pueden contribuir a la persistencia de la ansiedad, porque ambas impiden confirmar que el peligro percibido es benigno o que no ocurrirá. Así, en la ansiedad sana la persona puede destinar horas a buscar en Internet información que confirme que una mancha cutánea es benigna y no es señal de melanoma. Sin embargo, en este caso la conducta de búsqueda de seguridad (es decir, búsqueda de reafirmación) puede ser particularmente maladaptativa y un potente componente contribuyente a la ansiedad si el individuo no logra encontrar pruebas concluyentes que desmientan la amenaza atribuida a la mancha de la piel. Otra forma de sesgo de desconfirmación se produce cuando la persona con trastorno de angustia, por ejemplo, inicia una respiración controlada (conducta de búsqueda de seguridad) cada vez que sienta tirantez en la garganta y tema asfixiarse. En este caso la respiración controlada impide que la persona compruebe que la sensación de la garganta no le llevará a ningún resultado catastrófico de asfixia.

Pauta clínica 2.5

La mejora en el procesamiento de señales de seguridad que desmientan las amenazas percibidas es un elemento importante de la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad.

Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo

Durante los estados de ansiedad los modos constructivos del pensamiento son menos accesibles. Esto implica que el razonamiento deductivo más lento, más lógico y demandante de más esfuerzo, que conlleva un procesamiento más completo y equilibrado de la potencial amenaza de una situación, sea más difícil de lograr. El enfoque más constructivo y reflexivo ante la amenaza se produce bajo el control consciente y, por lo tanto, requiere más tiempo y esfuerzo porque conlleva no sólo una evaluación más completa de la amenaza y de las características de seguridad de la situación, sino porque también requiere la selección de conductas instrumentales para manejar la ansiedad. Beck et al. (1985, 2005) señalaban que este modo de pensamiento constructivo podría ser un *sistema de reducción de ansiedad*, alternativo al proceso automático de amenaza primal y potenciador de la ansiedad. Sin embargo, tal orientación cognitiva razonada y elaborativa parece estar ausente en los individuos que sienten ansiedad intensa. El predominio del modo primal de amenaza parece inhibir el acceso al modo constructivo de pensamiento. Beck (1996) afirmaba que una vez activado el modo primal o automático, éste tiende a dominar el procesamiento de información hasta que desaparezca la circunstancia activadora.

La relativa inaccesibilidad del pensamiento constructivo contribuye a la persistencia de la ansiedad. Beck (1987) defendía que un factor clave en la experiencia del pánico es la incapacidad para valorar con realismo (es decir, aplicar pruebas, extraer información de experiencias pasadas, generar explicaciones alternativas) una sensación física específica (p. ej., dolor de pecho) de algún modo alternativo a la perspectiva catastrófica. La existencia del deterioro en el pensamiento reflexivo es una clave para recomendar la terapia cognitiva de la ansiedad. A los clientes se les enseñan habilidades de reestructuración cognitiva como medio para elaborar una perspectiva cognitiva más constructiva de la amenaza percibida.

Pauta clínica 2.6

La terapia cognitiva trata de mejorar el acceso y la efectividad del pensamiento reflexivo para contrarrestar las valoraciones inmediatas falsas de la amenaza.

Procesamiento automático y estratégico

Ya hemos descrito el modo en que los procesos automáticos y estratégicos se evidencian en las diversas facetas de las bases cognitivas de la ansiedad. El procesamiento automático será más aparente en la valoración inicial de la amenaza, que conlleva activación del modo primal de la amenaza, mientras que el procesamiento estratégico controlado será más evidente en la fase elaborativa secundaria de la revaloración de la amenaza, los recursos de afrontamiento y de búsqueda de seguridad. Dada esta mezcla de procesamiento automático y controlado, una pregunta que surge es si la reflexión más trabajada y voluntaria podría tener un efecto significativo en la reducción de la ansiedad.

Como se ha señalado previamente, hay bastantes pruebas empíricas derivadas de los experimentos de condicionamiento según las cuales las respuestas de miedo adquiridas pueden reducirse mediante la transmisión social de la información (p. ej., véase comentario de Brewin, 1988). Además, la información relativa a la previsibilidad y controlabilidad de una futura amenaza, peligro u otro suceso negativo determina, en gran parte, la presencia o ausencia de la aprehensión ansiosa (Barlow, 2002). Adicionalmente, la experiencia personal y clínica defiende la afirmación de que la cognición controlada consciente puede tener un efecto significativo reductor de la ansiedad. En nuestras vidas cotidianas todos hemos tenido experiencias de corregir la sensación inicial de ansiedad a través del reanálisis controlado, lógico y consciente de la amenaza percibida. Por lo tanto, las pruebas experimentales y las anecdóticas son coherentes con la afirmación de la terapia cognitiva de que las intervenciones terapéuticas como la reestructuración cognitiva, que recurre a procesos intencionados y controlados de pensamiento, pueden contribuir significativamente a la reducción de la ansiedad.

La presencia de procesamiento cognitivo reflexivo y automático en la ansiedad significa que las intervenciones experienciales o conductuales, como la exposición directa al estímulo temido, serán necesarias junto a las intervenciones cognitivas controladas para reducir la ansiedad. Las estrategias de tratamiento basadas en la exposición son importantes porque permiten una activación más profunda, más generalizada y más intensa de los esquemas de amenaza y ofrecen oportunidades de recoger muestras directas que desmientan el alto

valor inicialmente asignado a la amenaza por el paciente ansioso (para comentarios adicionales, véase Foa & Kozak, 1986). Estas experiencias conductuales son también recursos válidos para construir la auto-confianza en la propia capacidad para gestionar la amenaza anticipada. En el Capítulo 6 se comentan las intervenciones cognitivas del nivel de procesamiento estratégico, y en el Capítulo 7 se presentan varios ejercicios conductuales empleados para obtener pruebas que desmientan la amenaza.

Pauta clínica 2.7

Las intervenciones de procesamiento cognitivo estratégico y los ejercicios más conductuales, experienciales, se emplean para modificar las valoraciones inmediatas de la amenaza y reducir los estados de ansiedad intensa.

Procesos auto-perpetuantes

Un episodio de ansiedad puede durar entre unos pocos minutos y varias horas. Por lo tanto, la persistencia de la ansiedad debe ser contemplada como un círculo vicioso o un proceso auto-perpetuante. Una vez activado el programa de ansiedad, tiende a auto-perpetuarse a través de diferentes procesos. En primer lugar, la atención centrada en uno mismo se ve fortalecida durante los estados de ansiedad, de forma que los individuos comienzan a ser agudamente conscientes de sus propios pensamientos y conductas relacionadas con la ansiedad. Esta atención aumentada hacia los síntomas de la ansiedad intensificará la propia aprensión subjetiva. En segundo lugar, la presencia de ansiedad puede deteriorar la ejecución en ciertas situaciones amenazantes, como cuando la persona ansiosa al hablar en público se queda en blanco o comienza a transpirar profusamente. La atención dirigida a estos síntomas podría interferir fácilmente con la capacidad de la persona para ofrecer su discurso.

En el análisis final la persona ansiosa interpreta la presencia de la ansiedad misma como un resultado altamente amenazante que debe ser reducido tan rápidamente como le sea posible a fin de minimizar o evitar sus “efectos catastróficos”. En este caso la persona literal-

mente siente “ansiedad por sentir ansiedad”. D.M. Clark y sus colaboradores han desarrollado modelos e intervenciones cognitivas para la angustia, la fobia social y el TEPT que subrayan los perjudiciales efectos derivados de malinterpretar la presencia de síntomas ansiosos de un modo catastrófico (o muy negativo) (D.M. Clark, 1996, 2001; D.M. Clark & Ehlers, 2004). Esta característica auto-perpetuante de la ansiedad, en consecuencia, indica que cualquier intervención destinada a interrumpir el ciclo debe contemplar las valoraciones relacionadas con la amenaza de los mismos síntomas ansiosos.

Pauta clínica 2.8

La corrección de las malinterpretaciones de los síntomas ansiosos es otro componente importante de la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad.

Primacía cognitiva

El modelo cognitivo asegura que el problema central de los trastornos de ansiedad está en la activación de los esquemas hipervalentes de amenaza que presentan una perspectiva exageradamente peligrosa de la realidad y un punto de vista débil, indefenso y vulnerable de uno mismo (Beck et al., 19985, 2005). Desde una perspectiva cognitiva, una evaluación inicial rápida e involuntaria de la amenaza se produce en la primera fase de la ansiedad. Es dentro de este marco donde consideramos la primacía de la cognición en la adquisición y mantenimiento de las respuestas de miedo. Además, dada la importancia o primacía de la cognición, proponemos la necesidad de algún cambio en la conceptualización cognitiva de la amenaza antes de que se pueda esperar alguna reducción en la ansiedad. Sin tratamiento, la repetida valoración y revaloración de la amenaza y de la vulnerabilidad darán lugar a la generalización del programa de ansiedad, de modo que se extienda a una gama más amplia de situaciones.

Pauta clínica 2.9

Es necesario modificar la evaluación cognitiva de la amenaza y de la vulnerabilidad para invertir la generalización y persistencia de la ansiedad.

Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad

Existen diferencias individuales en la susceptibilidad o riesgo hacia los trastornos de ansiedad. Algunos individuos presentan mayor riesgo a la ansiedad a consecuencia de ciertos factores genéticos, neurofisiológicos e historiales de aprendizaje que son factores causales en los trastornos de ansiedad (véase Capítulo 1). Sin embargo, el modelo cognitivo asevera también que algunos esquemas particulares sostenidos sobre reglas y presunciones relativas al peligro y a la indefensión pueden predisponer a un individuo a la ansiedad. Véase el Capítulo 4 para un comentario más detallado sobre los factores cognitivos, de personalidad y emocionales que pueden contribuir a la etiología de la ansiedad.

Descripción del modelo cognitivo

El modelo cognitivo trazado en la Figura 2.1 consta de una fase inicial e inmediata de la respuesta de miedo, seguida por una fase más lenta y elaborativa de procesamiento que determina la persistencia o finalización del estado ansioso. Nuestra descripción del modelo cognitivo comenzará por el extremo izquierdo del diagrama y seguirá hasta el producto final del extremo derecho. Aunque esto nos permita desarrollar una presentación sistemática del modelo cognitivo, en realidad todas las estructuras y procesos implicados en la ansiedad se activan casi simultáneamente, y todos ellos están tan interrelacionados que la alimentación recíproca y los circuitos de retroalimentación son obvios a lo largo de todo el programa de ansiedad.

Situaciones, sucesos y estímulos activadores

Los factores ambientales son importantes en el modelo cognitivo porque la ansiedad es una respuesta ante un estímulo interno o externo que provoca una valoración de amenaza. En este sentido el modelo es más coherente con una perspectiva de *diátesis – estrés* en la que situaciones o claves particulares (el estrés) activan el programa

de ansiedad en individuos con una propensión sostenida a generar valoraciones primarias de amenaza (la diátesis). Aunque es posible que la ansiedad se produzca de forma espontánea, como las crisis de angustia que ocurren como “caídas del cielo”, el patrón más frecuente suele ser el de la ansiedad activada por una situación –o señal.

Los tipos de situaciones que pueden provocar ansiedad no se distribuyen al azar. Las situaciones o estímulos activadores varían según el tipo de trastorno de ansiedad, por ejemplo, las situaciones sociales son fuente relevante de la fobia social, los estímulos que provocan recuerdos de un trauma pasado son relevantes para el TEPT y las circunstancias que se perciben como arriesgadas para las crisis de angustia son relevantes para el trastorno de angustia. Aunque las situaciones que provocan ansiedad son personalmente idiosincrásicas y muy diversas incluso dentro del mismo trastorno específico de ansiedad, un estímulo activará el programa de ansiedad sólo si es percibido como amenazante para los propios intereses vitales (Beck et al., 1985, 2005). Esta amenaza puede ser simbólica o hipotética, como se observa en el TAG, o puede ser percibida como real, como cuando la persona con agorafobia cree que acudir a unos grandes almacenes provocará un pánico tan intenso que podría sufrir un ataque cardíaco o la muerte.

Beck et al., (1985, 2005) conceptualizaron los intereses vitales en términos de objetivos muy valorados o metas personales pertenecientes a los dominios sociales o individuales. La “socialidad” (posteriormente denominada “sociotropía”) se refiere a los objetivos que conllevan el establecimiento y mantenimiento de relaciones cercanas, satisfactorias y auto-afirmantes con los demás, mientras que la “individualidad” (es decir, “autonomía”) se refiere a los objetivos relevantes para alcanzar una sensación de dominio personal, identidad e independencia. Adicionalmente, estos objetivos pueden expresarse tanto en la esfera pública como en la privada. A partir de aquí puede construirse una clasificación de los intereses vitales que permita comprender mejor el modo en que puede interpretarse el sentido amenazante de las situaciones (véase Tabla 2.3).

**Tabla 2.3. Clasificación de amenazas
para los intereses personales**

Dominio	Sociotropía	Autonomía
Intereses públicos	Desaprobación	Derrota
	Indiferencia	Deserción
	Separación	Desprecio
	Aislamiento	Frustración
Intereses privados	Abandono	Discapacidad
	Privación	Funcionamiento inapropiado
	Desaprobación	Enfermedad
	Rechazo	Muerte

Nota. Basado en Beck, Emery y Greenberg (1985).

Los fines personales u objetivos de naturaleza social (sociotropía) correspondientes a la esfera pública se centran en nuestras relaciones con los contextos sociales más amplios (p. ej., una audiencia, estar en clase o en el trabajo, acudir a una fiesta) que ofrecen una sensación de pertenencia, aceptación, aprobación y afirmación, mientras que los mismos fines personales en el sector privado se refieren a nuestras relaciones sociales diádicas más íntimas (p. ej., parejas, hijos, progenitores) que nos aportan protección, amor, empatía y comprensión. Los objetivos personales individuales correspondientes a la esfera privada se refieren al logro de auto-suficiencia, dominio, independencia y competencia, mientras que la individualidad (autonomía) dentro del reino de lo público se refiere a la competición y comparación y donde las otras personas se convierten en instrumentos para alcanzar objetivos y metas personales. La sociotropía y la autonomía se entienden desde la perspectiva de lo individual, en consecuencia lo importante es la percepción de la aceptación, de la aprobación, de la independencia o de la competencia y no tanto si se ha alcanzado o no alguna meta “objetiva”. Los individuos difieren también en el valor o importancia que conceden a ciertos esfuerzos relativos a su propia valía personal (para un comentario adicional sobre la sociotropía y la autonomía, véanse Beck, 1983; D.A. Clark et al., 1999).

Es obvio que una situación puede percibirse como altamente amenazante si se cree que no sólo puede interferir o impedir la satisfacción de metas o esfuerzos personales valiosos sino, incluso aún

peor, puede conllevar un estado personalmente negativo y doloroso (p. ej., aislamiento, rechazo, derrota, e incluso la muerte). Por ejemplo, los individuos preocupados por la aprobación ajena pueden sentirse particularmente ansiosos si perciben claves sociales de posible desaprobación o crítica en un contexto social particular. Por otra parte, los individuos que conceden un gran valor a la salud y al funcionamiento óptimo de su mente y cuerpo (esfuerzos autónomos en la esfera privada) podrían percibir cualquier indicación de posible enfermedad o muerte como una amenaza grave a su propia supervivencia. Cualquiera de las amenazas percibidas, comunes a los trastornos de ansiedad, como la pérdida de control o muerte en la crisis de angustia y la evaluación negativa de los demás en la fobia social, puede entenderse en términos de amenaza a los propios intereses vitales en las esferas pública o privada de la sociabilidad y la autonomía.

Pauta clínica 2.10

Es importante determinar los intereses vitales de cada individuo en los dominios social y autónomo para comprender la creación de evaluaciones de amenaza personal exageradas que subyacen a la condición de ansiedad.

Modo de orientación

Beck (1996) propuso inicialmente un agrupamiento de esquemas denominado *modo de orientación* que proporciona una percepción inicial muy rápida de una situación o estímulo. El modo de orientación opera sobre la base de coincidencias, de manera que estos esquemas se activan si las características de la situación coinciden con la plantilla de orientación. La plantilla del modo de orientación puede ser relativamente global, reflejando simplemente la valencia y posible relevancia personal de un estímulo. Es decir, el modo de orientación puede verse sesgado hacia la detección de estímulos negativos y personalmente relevantes. Podríamos esperar también que la depresión y la ansiedad no se diferencien en el nivel del modo de orientación, evidenciando orientación negativa en ambos trastornos.

El modo de orientación opera en el nivel automático preconsciente y ofrece una percepción casi instantánea de los estímulos negativos que podrían representar alguna amenaza posible para la supervivencia del organismo. Además, el modo de orientación está impulsado perceptualmente y no conceptualmente. Es un “sistema de detección precoz de la alerta” que identifica los estímulos y les asigna una prioridad inicial de procesamiento. En este mismo orden, los recursos atencionales serán dirigidos a las situaciones o estímulos detectados por el modo de orientación. Como la función del modo de orientación es la supervivencia básica del organismo, constituye un proceso de registro muy rápido, involuntario, preconsciente e iniciado por estímulos. En este estadio la detección de los estímulos es global e indiferenciada, identificando fundamentalmente la valencia del estímulo (negativa, positiva, neutra) y su potencial relevancia personal. Asimismo, el modo de orientación puede estar sesgado hacia la detección más general de estímulos emocionales (MacLeod, 1999). En los trastornos de ansiedad, el modo de orientación está excesivamente sintonizado para la detección de información emocional negativa que, consecuentemente, será interpretada como amenazante una vez activado el modo primal de amenaza. Este sesgo atencional preconsciente implica que la persona ansiosa dispone de la tendencia automática a prestar atención selectivamente al material emocional negativo, dificultando aún más la desactivación del programa de ansiedad.

Activación del modo primal de amenaza

La detección por parte de los esquemas de orientación de posible información emocional negativa relevante a la amenaza generará la activación automática simultánea de los esquemas relacionados con la amenaza, denominada *modo primal de amenaza*. La activación de estos esquemas deriva en la producción de la valoración primaria de la amenaza. Empleamos el término “primal” en este contexto porque este agrupamiento de esquemas interrelacionados se ocupa de los objetivos evolutivos básicos del organismo: *maximizar la seguridad y minimizar el peligro*. Por esta razón los esquemas primales relevantes

a la amenaza tienden a ser rígidos, inflexibles y reflejos. Constituyen un sistema automático de “respuesta rápida” que permite la detección inmediata de amenazas para que el organismo pueda emprender la tarea de maximizar la seguridad y minimizar el peligro. Una vez activado, el modo primal de amenaza tiende a acaparar la mayoría de nuestros recursos atencionales y domina el sistema de procesamiento de información de modo que se bloquean los modos de pensamiento más lentos, más elaborativos y reflexivos. Es decir, una vez activados, los esquemas de amenaza se convierten en hipervalentes y dominantes, dificultando que la persona ansiosa procese otra cosa que no sea la amenaza. La activación simultánea e inmediata de los esquemas de orientación y primal de amenaza eran evidentes en nuestro ejemplo previo del corredor. Subjetivamente el corredor siente tensión y ansiedad inmediatas al escuchar los ladridos del perro. Lo ocurrido entre el ladrido del perro y la tensión es una orientación hacia el sonido del perro y la valoración primaria automática “¿Puede esto ser un peligro?” debido a la activación de los esquemas primales de amenaza.

Tabla 2.4. Esquemas del modo primal de amenaza

Tipos de esquema	Función
Cognitivo-conceptual	Representa valoraciones de amenaza y peligro para el bienestar personal y ausencia o probabilidad reducida de seguridad.
Conductual	Representa conductas defensivas tempranas (movilización, inmovilización, alejamiento, evitación)
Fisiológico	Representa la activación autónoma percibida, sensaciones físicas.
Motivacional	Representa finalidades de alejamiento; un deseo de minimizar la imprevisibilidad, la falta de control y la incomodidad
Afectivo	Representa sentimientos subjetivos de nerviosismo, agitación

El modo primal de amenaza consiste en diferentes tipos de esquemas todos ellos destinados a maximizar la seguridad y minimizar el peligro. En la tabla 2.4 se enumeran los diferentes esquemas del modo de amenaza y su función.

Esquemas cognitivo-conceptuales

Estos esquemas representan creencias, reglas y presunciones que son relevantes para la obtención de inferencias e interpretaciones de la amenaza. La activación de los esquemas cognitivo-conductuales del modo primal de la amenaza produce las valoraciones primarias de la amenaza. Éstas permiten la selección, almacenamiento, recuperación e interpretación de la información en términos del grado de amenaza para los propios recursos vitales. Representan también la información relativa a uno mismo en términos de vulnerabilidad a la amenaza, así como creencias específicas sobre la peligrosidad de ciertas experiencias o situaciones en los contextos externos o internos.

Esquemas conductuales

Los esquemas conductuales consisten en códigos de disposición de respuesta y programas de disponibilidad de acción que posibilitan una respuesta defensiva muy rápida y automática ante la amenaza. La mayoría de las veces esto conllevará una movilización conductual, como las respuestas de lucha o huida regularmente observadas en los estados de ansiedad. Sin embargo, los esquemas conductuales del modo primal de amenaza también permiten a las personas percibir y evaluar su respuesta conductual inicial. Las respuestas conductuales que se consideren efectivas para la reducción inmediata de la amenaza se verán reforzadas y volverán a ser usadas en futuras ocasiones, mientras que las respuestas conductuales que no produzcan una reducción inmediata de la ansiedad o amenaza tenderán a ser descartadas.

Esquemas fisiológicos

Estos esquemas representan información pertinente a la activación autónoma y a otras sensaciones físicas. Los esquemas fisiológicos participan en el procesamiento de estímulos propioceptivos y permiten a los individuos percibir y evaluar sus respuestas fisiológicas (D.A. Clark et al., 1999). Los estados de ansiedad suelen asociarse con percepciones intensificadas de la activación fisiológica, lo que puede llevarnos a considerar la situación incluso como más amena-

zante de lo que realmente es. En el trastorno de angustia la interpretación de ciertas sensaciones físicas (p. ej., ritmo cardíaco elevado, dolor de pecho, falta de respiración) pueden constituir realmente la valoración primaria de la amenaza. En otros trastornos de ansiedad, como en la fobia social, el TEPT o el TOC, la elevación percibida de la activación autónoma y de otros síntomas físicos de ansiedad puede interpretarse como confirmación de la amenaza. Los esquemas fisiológicos del modo de amenaza son los responsables de las valoraciones de amenaza que elabora la persona ansiosa sobre su estado físico activado.

Esquemas motivacionales

Estos esquemas están estrechamente relacionados con el dominio conductual y conllevan representaciones de nuestros objetivos e intenciones relevantes a la amenaza. En este orden, los esquemas motivacionales conllevan creencias y reglas relativas a cuán importante es alejarse de la amenaza o del peligro y reducir la imprevisibilidad y el carácter aversivo de las situaciones. Asimismo, la persona está muy motivada a evitar la pérdida de control bajo condiciones de amenaza. La activación de los esquemas motivacionales del modo primal de amenaza, por lo tanto, es responsable de la sensación de urgencia que los individuos ansiosos sienten al tratar de escapar o evitar una amenaza percibida y de reducir su ansiedad.

Esquemas afectivos

Estos esquemas se encargan de la percepción de los estados sentidos y, por lo tanto, son integrales para la experiencia subjetiva de la emoción. Los esquemas afectivos desempeñan un rol funcional importante en la supervivencia del organismo, garantizando que la atención se dirija a la amenaza potencial y que se adopte alguna acción correctiva (Beck, 1996). La activación de los esquemas de afecto del modo de amenaza, por consiguiente, produce la experiencia emocional que los individuos manifiestan en los estados de ansiedad: aumento de nerviosismo, tensión, agitación, sentimiento de estar “al límite”.

Pauta clínica 2.11

En terapia cognitiva conviene recurrir a intervenciones cognitivas y conductuales para reducir la accesibilidad y dominancia de los esquemas primales de amenaza, que son considerados centrales para la experiencia de la ansiedad

Consecuencias del modo de activación de la amenaza

Tal y como se mostraba en la Figura 2.1, la activación relativamente automática del modo primal de amenaza pone en marcha un complejo proceso psicológico que no concluye sencillamente con una valoración primaria de la amenaza. Se pueden identificar otros cuatro procesos que ayudan a definir la respuesta inmediata de miedo: aumento de la activación autónoma, respuestas defensivas e inhibitorias inmediatas, sesgos y errores cognitivos y pensamientos e imágenes automáticas orientadas hacia la amenaza. Cada uno de estos cuatro procesos es bidireccional siendo el modo primal de activación el responsable de que ocurra inicialmente, pero una vez activados estos procesos se retroalimentan de una manera que fortalece la valoración primaria de la amenaza.

Mayor activación autónoma

La activación del modo de amenaza conlleva una valoración del aumento de activación autónoma que caracteriza a los estados de ansiedad. Beck et al. (1985, 2005) afirmaban que la ansiedad subjetiva es proporcional a la estimación percibida del peligro. Así, cuanto mayor sea el peligro valorado, más probable es que la mayor activación autónoma reciba una interpretación amenazante. Los individuos muy ansiosos muchas veces experimentan el aumento de activación fisiológica como un estado aversivo que confirma la valoración inicial de la amenaza. Por ello, la reducción de la activación puede ser la principal motivación de los individuos ansiosos. De este modo, la interpretación negativa y amenazante de la activación en el propio estado fisiológico puede aumentar el modo de amenaza ya hipervalente.

Respuestas defensivas inhibitorias

La activación del modo primal de amenaza conducirá a respuestas auto-protectoras muy rápidas y reflejas que consistan en escapar, evitar (lucha o huida), quedarse helado, desmayarse y similares. Beck et al. (1985, 2005) señalaban que estas respuestas tienden a ser relativamente fijas, preprogramadas y automáticas. Son “primales” en el sentido de ser más innatas que las respuestas adquiridas complejas asociadas a los procesos más elaborativos. En los trastornos de ansiedad, estas respuestas inhibitorias y defensivas inmediatas son evidentes como respuestas casi instantáneas a la valoración de la amenaza. Por ejemplo, los individuos con TOC duradero cuentan que su ejecución de un ritual compulsivo en respuesta a una obsesión que les provoque ansiedad puede ser tan automática que casi no son conscientes de lo que hacen hasta no hallarse bien inmersos en el ritual. Beck et al. (1985, 2005) reconocían también que la ocurrencia de estas conductas protectoras o defensivas pueden incluso reforzar el modo de activación primal. Señalaban que estas conductas suelen deteriorar la ejecución, elevando así la naturaleza amenazante de la situación. Por lo tanto, el individuo con ansiedad social puede mirar a otro lado mientras habla con una persona, lo que dificulta aún más el desarrollo de una conversación más interesante.

Errores de procesamiento cognitivo

El modo de activación de la amenaza es “primal” en el sentido de que es un sistema relativamente automático, involuntario y reflejo para manejar los problemas básicos de supervivencia. Por ello, uno de los efectos colaterales de este tipo de activación es la limitación de la atención a los aspectos amenazantes de la situación. El procesamiento cognitivo, en consecuencia, se hace muy selectivo, conllevando la amplificación de la amenaza y la disminución del procesamiento de señales de seguridad. Algunos errores cognitivos suelen ser evidentes como la *minimización* (subestima los aspectos relativos a los recursos personales), la *abstracción selectiva* (foco principal de atención en la debilidad), la *magnificación* (contempla los pequeños defectos como graves problemas) y la *catastrofización* (los errores o la amenaza tendrán consecuencias desastrosas). En la ansiedad estos

errores cognitivos se manifiestan fundamentalmente como estimaciones exageradas de la proximidad, la probabilidad y la gravedad de la amenaza potencial. Obviamente con este tipo de procesamiento cognitivo dominante, al individuo ansioso le cuesta muchísimo generar un modo alternativo más constructivo de pensar en la situación.

Pensamientos automáticos relevantes a la amenaza

Por último, la activación del modo primal de amenaza producirá pensamientos e imágenes automáticas de la amenaza o del peligro. Estos pensamientos e imágenes disponen también de un carácter automático porque tienden a ser involuntarios y a entrometerse en la corriente de la conciencia. Se caracterizan por ser (1) transitorios o dependientes del estado, (2) altamente específicos y discretos, (3) espontáneos e involuntarios, (4) plausibles, (5) coherentes con el propio estado emocional y (6) una representación sesgada de la realidad (Beck, 1967, 1970, 1976). Como los pensamientos automáticos reflejan las inquietudes presentes de la persona, en los trastornos de ansiedad se suelen reflejar temas de amenaza, peligro y vulnerabilidad personal y, por consiguiente, se supone que presentan un contenido específico para cada uno de los trastornos de ansiedad. En estados de ansiedad la aparición de pensamientos e imágenes automáticas relevantes a la amenaza serán las que capten la atención y de ese modo reforzarán la activación del modo primal de amenaza.

Pauta clínica 2.12

Los efectos adversos cognitivos, conductuales y fisiológicos del modo de activación de la amenaza constituyen el foco de atención primario de la intervención en la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad. Se recomienda enseñar a los pacientes estrategias alternativas para reducir el impacto negativo del modo de amenaza.

Elaboración y revaloración secundaria

La rápida y automática producción de una respuesta inmediata de miedo mediante la activación del modo primal de amenaza pone en marcha un proceso secundario compensatorio que conlleva un

procesamiento de información mucho más lento, elaborativo y costoso. Esta fase secundaria de revaloración ocurre siempre con la activación de la amenaza. Que este procesamiento elaborativo secundario genere un aumento o una reducción de la ansiedad depende de múltiples factores. El procesamiento de información que se produce en este nivel más consciente y controlado retroalimentará el modo de amenaza para fortalecer o debilitar la intensidad de la activación. En los trastornos de ansiedad este pensamiento más constructivo, reflexivo y equilibrado rara vez logra la plausibilidad suficiente como para presentar una alternativa a la activación del modo primal de amenaza. A continuación se comentan los cinco fenómenos cognitivos asociados con el procesamiento elaborativo secundario.

Evaluación de los recursos de afrontamiento

Un aspecto clave de la revaloración secundaria conlleva la evaluación intencionada de las propias capacidades para afrontar la amenaza percibida. Éste es un modo de pensamiento estratégico que predominantemente se halla bajo el control voluntario e intencional. Sin embargo, en los trastornos de ansiedad el modo de activación primal de amenaza sesga de tal manera los propios procesos elaborativos que cualquier consideración de los recursos de afrontamiento produce sólo el aumento de la sensación de vulnerabilidad.

Beck et al. (1985, 2005) mencionaron diversos aspectos de la evaluación de afrontamiento relevantes a la ansiedad. El primero es una valoración más global de uno mismo que produce auto-confianza o el aumento de la sensación de vulnerabilidad personal. La *auto-confianza* es “la valoración positiva que hace un individuo de sus recursos y haberes a fin de resolver problemas y manejar la amenaza” (Beck et al., 1985, p. 68). La auto-confianza se asociará con una auto-eficacia alta y con una expectativa de éxito (Bandura, 1977). Sin embargo, en los estados de ansiedad los individuos perciben como insuficientes sus recursos de afrontamiento. Se refuerza la vulnerabilidad cognitiva que lleva a los individuos a interpretar la información entrante más en términos de sus puntos débiles que de sus fortalezas. Un segundo aspecto de la evaluación de afrontamiento se refiere a si

los individuos creen carecer de destrezas importantes para manejar la situación. El corredor de nuestro ejemplo experimentaría una reducción inmediata de la ansiedad si pudiera recordar alguna experiencia previa de entrenamiento para resolver ataques de perros. Además la presencia de dudas sobre uno mismo, incertidumbre y de contextos nuevos o ambiguos puede intensificar la sensación de vulnerabilidad. La presencia de estos factores contextuales puede implicar que la disposición cognitiva de “auto-confianza” sea sustituida por una de “vulnerabilidad” (Beck et al., 1985, 2005).

Una consecuencia derivada de la evaluación negativa de la propia capacidad de afrontamiento es que la falta de competencia percibida puede llevar a la persona a actuar de manera provisional o a distanciarse de la situación (Beck et al., 1985, 2005). Tal provisionalidad puede perjudicar la propia ejecución en la situación, lo que sólo exacerba su naturaleza amenazante (p. ej., la persona con ansiedad social que trata de iniciar una conversación). La anticipación de la posible incompetencia y del subsiguiente daño puede inhibir las conductas de aproximación y provocar la retirada. Esta inhibición automática refleja una alteración continua entre la “movilidad segura y la inmovilidad insegura” (Beck et al., 1985, p. 73). El dilema resultante puede describirse del siguiente modo: “La ansiedad en este caso es una señal desagradable para detener el avance. Si la persona adopta la decisión consciente de proceder, puede ser capaz de superar la reacción inhibitoria primal” (Beck et al., 1985, p. 72).

Pauta clínica 2.13

La corrección de las evaluaciones y creencias maladaptativas sobre la vulnerabilidad, el riesgo y los recursos de afrontamiento personales asociados con las preocupaciones ansiosas constituye un importante foco de la terapia cognitiva de la ansiedad.

Búsqueda de señales de seguridad

Beck y Clark (1997) defendían que la búsqueda de claves de seguridad es otro proceso importante que se produce durante la fase secundaria de reevaluación elaborativa. Rachman (1984a, 1984b)

introdujo el concepto de “claves de seguridad” para explicar la potencial discordancia entre el miedo y la evitación (es decir, miedo sin evitación y conducta de evitación en ausencia de miedo). Rachman proponía que en la agorafobia, por ejemplo, la intensidad de la amenaza está en función, sobre todo, del acceso y de la velocidad percibida de restablecimiento de la seguridad. Así, la ausencia de señales de seguridad fiables puede dejar a la persona en un estado de ansiedad crónica y la presencia misma de la ansiedad provocar una búsqueda más intensa de las señales de seguridad. El resultado final, sin embargo, es que los esfuerzos de la persona ansiosa suelen ser inefectivos, especialmente a largo plazo. Esto se debe a que la seguridad se define muy limitadamente como la reducción inmediata de la ansiedad, en lugar de hacerlo como la estrategia de afrontamiento a largo plazo. En este orden, la persona con trastorno de angustia y evitación agorafóbica podría ocupar el asiento próximo a la salida en un teatro, buscar la compañía de amigos próximos en sus salidas o llevar tranquilizantes a fin de obtener una sensación inmediata de seguridad. Sin embargo, todas estas estrategias se basan en una creencia disfuncional de que “hay un gran peligro ahí afuera y no puedo resolverlo a solas”. Al fin la ansiedad se caracteriza por la preocupación relativa a la seguridad inmediata y por una confianza desafortunada en estrategias inapropiadas de búsqueda de seguridad.

Pauta clínica 2.14

En la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad se subraya la eliminación de la conducta de búsqueda de seguridad.

Pensamiento del modo constructivo

La presencia de pensamiento estratégico elaborativo proporciona la oportunidad de realizar una revaloración más constructiva y basada en la realidad de la amenaza percibida. Es posible que durante la elaboración secundaria se contemplen más las estrategias de resolución de problemas que las respuestas reflejas más inmediatas destinadas a la auto-protección o a la huida. El acceso a recursos de

afrontamiento más realistas se representa mediante esquemas del *modo constructivo*. Los esquemas del modo constructivo se adquieren fundamentalmente a través de experiencias vitales y promueven actividades productivas destinadas a aumentar (no proteger) los recursos vitales del individuo (D.A. Clark et al., 1999). Nuestra capacidad para iniciar el pensamiento reflexivo, de ser auto-conscientes y de evaluar nuestros propios pensamientos (es decir, metacognición), de resolver problemas y de reevaluar una perspectiva basada en pruebas contradictorias es atribuible a la activación de los esquemas constructivos.

Beck et al. (1985, 2005) proponían que la ansiedad se caracteriza por dos sistemas, uno de los cuales es el *sistema inhibitorio* automático primal que ocurre en respuesta al modo de activación primal de amenaza. Este sistema tiende a ser inmediato y reflejo y persigue la auto-protección y la defensa. Un segundo sistema, denominado *sistema de reducción de ansiedad*, es más lento, más elaborativo y procesa información más compleja de la situación. La presencia de ansiedad puede motivar a la persona a movilizar los procesos más estratégicos de reducción de la ansiedad.

El problema de los trastornos de ansiedad, sin embargo, es que el sistema inicial, automático y reflejo (inhibitorio) activado por el modo primal de amenaza tiende a dominar el procesamiento de información y a bloquear el acceso a estrategias más elaborativas de reducción de ansiedad representadas en los esquemas constructivos. Una vez activado el sistema inhibitorio que trata de lograr la auto-protección y la reducción de la amenaza, a la persona ansiosa le cuesta mucho cambiar al pensamiento constructivo, más reflexivo. Uno de los objetivos de la terapia cognitiva consiste en ayudar al paciente ansioso a iniciar el pensamiento del modo constructivo como medio para alcanzar la reducción a largo plazo de la ansiedad.

Pauta clínica 2.15

Conviene promocionar el desarrollo de un pensamiento de modo constructivo en los pacientes ansiosos para alcanzar una reducción más duradera de la ansiedad.

Inicio de la preocupación

Beck y Clark (1997) propusieron que la preocupación es un producto del proceso de revaloración elaborativo secundario provocado por el modo de activación primal de la amenaza (véase Capítulo 10 para una definición y descripción de la preocupación). En estados no-ansiosos, la preocupación puede ser un proceso adaptativo que conduce a la resolución efectiva de problemas. Se ancla sobre el pensamiento de modo constructivo, mediante el cual el individuo accede a soluciones realistas basadas en un análisis exhaustivo de las pruebas contradictorias. Se puede experimentar una cantidad mínima de ansiedad a medida que la persona considera la posibilidad de los resultados negativos y las consecuencias de un afrontamiento inefectivo. Sin embargo, la ansiedad que no se basa en una activación del modo primal de amenaza y, por lo tanto, tiene alguna utilidad, sirve para motivar al individuo a la acción.

Para el individuo muy ansioso la preocupación cuaja sobre rasgos patológicos que no conducen a una resolución efectiva del problema sino a una escalada de la valoración inicial de la amenaza. En este punto la preocupación se convierte en incontrolable y casi exclusivamente centrada en los resultados negativos, catastróficos y amenazantes. Dado el dominio del pensamiento del modo de amenaza en los trastornos de ansiedad, cualquier aspecto constructivo de la preocupación queda bloqueado y la exclusividad de la atención destinada a los resultados negativos potencia la valoración de amenaza. Así, la preocupación en los trastornos de ansiedad, especialmente en el TAG, puede convertirse en un ciclo elaborativo auto-perpetuante que intensifica el estado de ansiedad y es percibida por la persona como la confirmación de la valoración inicial de amenaza.

Pauta clínica 2.16

Como la preocupación es un rasgo común a todos los trastornos de ansiedad, las intervenciones que se centren directamente en la reducción de la preocupación constituyen una parte fundamental de la terapia cognitiva de la ansiedad.

Revaloración de la amenaza

Uno de los resultados del pensamiento elaborativo secundario es la reevaluación más consciente e intencionada de la situación amenazante. En los estados no-ansiosos esto puede resultar en una reducción de la ansiedad a medida que la persona asigna menor grado a la probabilidad y a la gravedad de la amenaza percibida a la luz de pruebas contradictorias. A esto se añade que el reconocimiento de signos de seguridad en el contexto y la reevaluación de las estrategias de afrontamiento pueden ayudar a reducir la sensación de vulnerabilidad. En este caso el procesamiento elaborativo puede producir una reducción de la ansiedad.

En los trastornos de ansiedad el pensamiento elaborativo secundario está dominado por el modo de amenaza y, consecuentemente, está sesgado hacia la confirmación de la peligrosidad de las situaciones. Se refuerza la sensación de vulnerabilidad personal mediante este pensamiento elaborativo y se pasan por alto los signos de seguridad realistas que puedan estar presentes en la situación. La preocupación y la rumiación ansiosa defienden la valoración automática inicial de amenaza de la persona ansiosa. De este modo, los procesos cognitivos elaborativos secundarios son responsables de la persistencia de la ansiedad, mientras que el modo de activación primal de la amenaza es responsable de la respuesta inmediata de miedo del programa de ansiedad.

Pauta clínica 2.17

La terapia cognitiva trata de ayudar a los clientes a procesar las pruebas contradictorias de modo que reevalúen la amenaza en términos de menor probabilidad, gravedad o inminencia.

Ansiedad normal y anormal: una perspectiva cognitiva

En nuestra descripción del modelo cognitivo, nos centramos fundamentalmente en la ansiedad patológica. Como se señalaba anteriormente, el miedo puede ser adaptativo y la ansiedad es una experiencia común en la vida cotidiana. Por consiguiente, ¿cómo explica el modelo cognitivo la diferencia entre la ansiedad normal y la anor-

mal? Ésta es una consideración importante tanto para los profesionales clínicos como para los investigadores. Después de todo, nuestro objetivo como terapeutas es normalizar la experiencia de la ansiedad. ¿Entonces, cuál es la naturaleza del procesamiento cognitivo normal de la ansiedad? En la Tabla 2.5 se sintetizan algunas diferencias claves de las fases automática y elaborativa del procesamiento de información que caracterizan a la ansiedad clínica y no clínica.

Tabla 2.5. Diferencias cognitivas entre la ansiedad normal y anormal previstas por el modelo cognitivo

Fase de procesamiento	Ansiedad anormal	Ansiedad normal
Modo de orientación	• Mayor sensibilidad hacia los estímulos negativos	• Sensibilidad más equilibrada hacia la detección de estímulos positivos y negativos
Activación primal de la amenaza	• Valoración primaria exagerada de la amenaza • Evaluación negativa de la activación autónoma • Presencia de sesgos y errores de procesamiento relacionados con la amenaza • Frecuencia y saliencia de pensamientos e imágenes automáticas de amenaza • Iniciación de conductas automáticas, inhibitorias y auto-protectoras	• Valoración más apropiada y realista de la amenaza • Considera la amenaza como una incomodidad pero no como un estado amenazante • La atención no se limita tanto a la amenaza; menos errores cognitivos • Menor cantidad y menor saliencia de los pensamientos e imágenes ansiosas • Retraso en las conductas inhibitorias auto-protectoras mientras se consideran las respuestas de afrontamiento más elaborativas
Revaloración elaborativa secundaria	• Atención centrada en la debilidad; poca auto-eficacia y expectancia de resultados negativos • Escaso procesamiento de señales de seguridad • Inaccesibilidad del pensamiento de modo constructivo • Preocupación incontrolable, orientada a la amenaza • Se fortalece la estimación inicial de amenaza	• Atención centrada en la fuerza; mucha auto-eficacia y expectancia de resultados positivos • Mejor procesamiento de señales de seguridad • Capacidad para acceder y utilizar el pensamiento de modo constructivo • Preocupación más controlada y reflexiva, orientada a la resolución de problemas • Se debilita la estimación inicial de amenaza

Procesos cognitivos automáticos en la ansiedad normal

Dada la naturaleza automática e involuntaria de la respuesta inmediata de miedo, es obvio que los individuos que no sufren un trastorno de ansiedad presentan ventajas distintivas frente a las muestras clínicas. En la ansiedad normal, el modo de orientación no está tan improntado como en los trastornos de ansiedad para la detección de estímulos auto-referentes negativos. En los estados no-clínicos, la detección de estímulos negativos recibirá atención de forma prioritaria, pero la gama de estímulos que se identificarán como negativos y potencialmente auto-relevantes será menor. De hecho, Mogg y Bradley (1999a) revisaron las pruebas según las cuales los individuos menos ansiosos mostraban evitación atencional de estímulos de baja amenaza mientras que los individuos ansiosos prestaban más atención a los estímulos cuya amenaza era baja o moderada (véase también Wilson & MacLeod, 2003). Como el modo de orientación de los individuos no-clínicos no muestra mayor sensibilidad hacia los estímulos negativos, el programa de ansiedad se activa con menos frecuencia que en los individuos clínicos.

Cuando se activa el programa de ansiedad en individuos no-clínicos, proponemos la existencia de diferencias cualitativas en el modo de activación primal de la amenaza en comparación con los pacientes ansiosos. Los individuos no-clínicos son menos propensos a mostrar un sesgo atencional preconsciente hacia la amenaza, y por ello sus valoraciones iniciales de la amenaza son menos exageradas y más apropiadas para la situación del momento. En la ansiedad normal, las valoraciones de la amenaza reflejarán con mayor precisión el valor de la amenaza, valor consensualmente reconocido y asociado a las situaciones internas y externas. Por ejemplo, el paciente con trastorno de angustia malinterpreta el dolor de pecho como ataque al corazón, mientras que el individuo no clínico podría interpretarlo acaso como remotamente indicativo de cardiopatía y probablemente, en lugar de esto, como debido a la reciente actividad física extenuante.

En los estados normales de ansiedad, la activación del modo de amenaza no presenta los mismos efectos negativos de procesamiento que son evidentes en los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, la acti-

vacación autónoma se percibirá como incómoda pero no peligrosa. En consecuencia, las personas no clínicas son más propensas a considerar que sus estados de activación son tolerables y no requieren alivio inmediato. Además, los procesos automáticos y los procesos más estratégicos no se limitan exclusivamente a la amenaza, por ello los individuos ansiosos pero no-clínicos cometen menos errores cognitivos mientras procesan tanto los aspectos amenazantes como no amenazantes de una situación. Las conductas reflejas automáticas inhibitorias dirigidas a la auto-protección (lucha/huída, escape) que son tan prominentes en los trastornos de ansiedad se retrasan en los estados no-clínicos. Esto facilita la puesta en marcha de procesos cognitivos más estratégicos y elaborativos, la reconsideración de la situación y la ejecución de una respuesta controlada más adaptativa. El resultado final es que, incluso en los momentos de ansiedad, los sujetos no-clínicos presentarán menor cantidad de pensamientos e imágenes de amenaza y además su grado de saliencia e incontrolabilidad será menor.

Procesamiento cognitivo elaborativo secundario en la ansiedad normal

Las diferencias más notables entre la ansiedad clínica y no clínica se evidencian en los procesos estratégicos secundarios controlados que son responsables de la persistencia de la ansiedad. Para el individuo clínico la elaboración adicional genera la persistencia e incluso la intensificación de la ansiedad, mientras que los mismos procesos producen la reducción y la posible terminación del programa de amenaza para la persona no clínica.

Una de las diferencias más importantes en la fase elaborativa es que los individuos no-clínicos disponen de comprensión más equilibrada de sus propias fortalezas y recursos de afrontamiento mientras que los sujetos clínicos tienden a focalizarse en sus debilidades y deficiencias. En los individuos no-clínicos esto conduce a una elevada auto-eficacia y expectativa de resultado satisfactorio o positivo. Para los individuos con trastornos de ansiedad, la evaluación negativa de sus recursos de afrontamiento intensifica la sensación de vulnerabilidad personal e indefensión.

En segundo lugar, esperamos que los individuos no-clínicos sean más capaces de reconocer y comprender las señales de seguridad presentes en la situación en comparación con los individuos con trastornos de ansiedad. Esto les permitirá alcanzar una comprensión más completa de sus circunstancias y una evaluación más realista de su potencial amenaza. En tercer lugar, el individuo no clínico tendrá mayor acceso al modo constructivo de pensamiento de modo que la valoración inicial de amenaza será reevaluada a la luz de un razonamiento más racional y basado en pruebas. En los trastornos de ansiedad, este tipo de pensamiento racional, reflexivo está bloqueado por los esquemas hipervalentes de amenaza.

Una cuarta consideración es la calidad de la preocupación que se produce en la fase elaborativa. La ansiedad normal se caracteriza por un tipo de preocupación más controlada, reflexiva y orientada al problema. La preocupación de una persona no clínica puede llevarla a la producción de posibles soluciones a un problema particular. La preocupación patológica propia de los trastornos de ansiedad es menos controlable, más persistente y más centrada en la amenaza inmediata de la situación. La preocupación en los trastornos de ansiedad parece intensificar la ansiedad, mientras que la preocupación en los estados no-clínicos puede motivar que un individuo inicie una acción constructiva. El resultado final es que los procesos de la fase elaborativa pueden llevarnos a reducir la estimación de la amenaza en la ansiedad normal, pero a una intensificación de la valoración inicial de la amenaza en los trastornos de ansiedad. De este modo, los procesos elaborativos secundarios son responsables de la reducción del programa de ansiedad en condiciones normales.

La perspectiva cognitiva sobre la ansiedad normal y anormal influye directamente sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Como terapeutas cognitivos, nuestro foco de atención se centrará en los procesos estratégicos elaborativos implicados en la reevaluación secundaria. Teachman y Woody (2004) concluían que las pruebas experimentales defienden el punto de vista según el cual el procesamiento estratégico puede sobreponerse a los procesos cognitivos y conductas implícitas y automáticas. Éste es el desafío al que se enfrentan los terapeutas cognitivos.

Pauta clínica 2.18

En los trastornos de ansiedad conviene cambiar el proceso elaborativo secundario y la reevaluación de los pensamientos que fortalecen la amenaza por otros que la desmientan, tal y como se observa en los estados no-clínicos.

Hipótesis del modelo cognitivo

En la Tabla 2.6 se presentan 12 hipótesis primarias derivadas del modelo cognitivo de la ansiedad. Aunque fuera posible formular muchas otras hipótesis desde la perspectiva cognitiva, opinamos que estas 12 hipótesis representan los aspectos críticos del modelo porque ofrecen evidencias empíricas de su validez. Estas hipótesis se derivaron de los principios fundamentales del modelo (véase Tabla 2.2) así como de la estructura de dos fases descrita en la Figura 2.1. En los Capítulos 3 y 4 se ofrece una revisión exhaustiva de las pruebas empíricas que defienden cada una de las hipótesis.

Tabla 2.6. Hipótesis del modelo cognitivo de la ansiedad*Hipótesis 1: Sesgo atencional hacia la amenaza*

Los individuos muy ansiosos mostrarán un sesgo atencional automático y selectivo hacia los estímulos negativos que son relevantes para las amenazas de preocupaciones vitales particulares. Este sesgo atencional automático y selectivo hacia la amenaza no estará presente en los estados no-ansiosos.

Hipótesis 2: Reducción del procesamiento atencional de la seguridad

Los individuos ansiosos mostrarán un distanciamiento atencional automático de las señales de seguridad que sean incongruentes con sus preocupaciones dominantes de amenaza, mientras que los individuos no-ansiosos mostrarán una aproximación atencional automática hacia las señales de seguridad.

Hipótesis 3: Valoraciones exageradas de la amenaza

La ansiedad se caracteriza por un proceso evaluador automático que exagera la valencia amenazante de estímulos relevantes en comparación con la valencia real de amenaza de los estímulos. Los individuos no-ansiosos evaluarán automáticamente los estímulos relevantes de un modo menos amenazante que se aproxime al valor real de la amenaza de esa situación.

Hipótesis 4: Errores cognitivos sesgados por la amenaza

Los individuos muy ansiosos cometerán más errores cognitivos mientras procesan estímulos amenazantes particulares, como se refleja en las estimaciones sesgadas de proximidad, probabilidad y gravedad de la amenaza potencial. El patrón inverso se evidencia en estados no-ansiosos en los que está presente el sesgo del procesamiento cognitivo para las señales de seguridad y no amenaza.

Hipótesis 5: Interpretación negativa de la ansiedad

Los individuos muy ansiosos generarán más interpretaciones negativas y amenazantes de sus sentimientos y síntomas ansiosos subjetivos que los individuos que experimenten bajos niveles de ansiedad.

Hipótesis 6: Elevada frecuencia de cogniciones de amenaza específicas del trastorno

La ansiedad se caracterizará por una elevada frecuencia, intensidad y duración de pensamientos e imágenes automáticas negativas de amenaza y peligro selectivo en comparación con los estados no-ansiosos u otros tipos de afecto negativo. Adicionalmente, cada uno de los trastornos de ansiedad se caracteriza por un contenido particular de pensamiento relevante a su amenaza específica.

Hipótesis 7: Estrategias defensivas inefectivas

Los individuos muy ansiosos mostrarán menos estrategias defensivas inmediatas que sean efectivas para reducir la ansiedad y garantizar una sensación de seguridad relativa, que los individuos que experimentan bajos niveles de ansiedad. Además los individuos muy ansiosos evaluarán sus capacidades defensivas en las situaciones amenazantes como menos efectivas que los individuos no-ansiosos.

Hipótesis 8: Facilidad para la elaboración de la amenaza

A diferencia de los individuos no-ansiosos, los ansiosos mostrarán un sesgo selectivo hacia la amenaza en procesos cognitivos explícitos y elaborados como en el de la recuperación del recuerdo de la ansiedad, en las expectativas de resultados y en las interferencias con los estímulos ambiguos.

Hipótesis 9: Elaboración inhibida de la seguridad

Los procesos cognitivos explícitos y controlados de la ansiedad se caracterizarán por un sesgo inhibitorio de la información relativa a la seguridad y que sea relevante para las amenazas selectivas como el observado en la recuperación de la memoria, las expectativas de resultados y los juicios de estímulos ambiguos; los sujetos ansiosos presentarán menos temas de seguridad que los no-ansiosos.

Hipótesis 10: Estrategias compensatorias cognitivas perjudiciales

En estados de ansiedad la preocupación tiene un mayor efecto adverso intensificando la saliencia de la amenaza, mientras que la preocupación en estados de baja ansiedad suele estar asociada con efectos positivos como el inicio de la resolución efectiva de problemas. Otras estrategias cognitivas adicionales dirigidas a reducir los pensamientos amenazantes, como la supresión del pensamiento, la distracción y la sustitución de pensamientos, suelen mostrar más efectos paradójicos (es decir, rebotes, aumento del afecto negativo, menor control percibido) en los estados ansiosos.

Hipótesis 11: Elevada vulnerabilidad personal

Los sujetos muy ansiosos mostrarán menor auto-confianza y mayor indefensión percibida en situaciones relevantes a sus amenazas selectivas en comparación con los individuos no-ansiosos.

Hipótesis 12: Creencias duraderas relevantes a la amenaza

Los individuos vulnerables a la ansiedad se distinguen de las personas no vulnerables por sus esquemas maladaptativos preexistentes (es decir, creencias) sobre las amenazas o peligros particulares y asociados a la vulnerabilidad personal que permanece inactiva hasta que es iniciada por experiencias vitales o estreses relevantes.

Resumen y conclusión

Han transcurrido 25 años desde que Beck y sus colaboradores (Beck et al., 1985) introdujeron por primera vez el modelo cognitivo de la ansiedad. En el presente capítulo hemos presentado una reformulación de ese modelo, que incorpora el considerable progreso realizado en nuestro conocimiento relativo a los elementos cognitivos contribuyentes a la patogénesis de la ansiedad. Las dos últimas décadas han representando un período excepcionalmente productivo para la investigación cognitiva-clínica sobre los trastornos de ansiedad y su tratamiento. A la luz de estos avances se han introducido bastantes modificaciones, elaboraciones y clarificaciones en el modelo cognitivo.

La presente formulación hace mucho más hincapié en los procesos cognitivos automáticos e involuntarios implicados en la respuesta inicial de miedo. Aunque el modelo cognitivo original reconocía que algunos mecanismos de ansiedad eran más innatos y automáticos, el presente modelo ofrece una descripción más fina y elaborada de los procesos cognitivos automáticos de la ansiedad. Al igual que la respuesta inicial de miedo, estos procesos automáticos, como el sesgo atencional preconsciente hacia la amenaza, la evaluación inmediata de la amenaza y el procesamiento inhibitorio de las señales de seguridad, son el catalizador del estado más prolongado de ansiedad que les sigue. La activación de los esquemas relacionados con la amenaza sigue siendo una característica clave del modelo cognitivo de la ansiedad, pero ahora se le considera responsable de mantener un sesgo de procesamiento automático de la amenaza y de sus consecuencias negativas. En consecuencia el cambio esquemático sigue siendo crucial para la efectividad terapéutica de la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad.

Beck et al. (1985) centraron gran parte de su presentación original en los procesos y estructuras cognitivas conscientes y elaborativas de la ansiedad. El presente modelo clarifica aún más el rol de estos procesos estratégicos y elaborativos en la persistencia de la ansiedad. La activación de procesos de reevaluación secundarios, elaborativos, como la evaluación consciente de los propios recursos de afrontamiento, la búsqueda de señales de seguridad, los esfuerzos por alcan-

zar un pensamiento más constructivo y reflexivo y la preocupación y la reevaluación deliberada de la amenaza, determinan la persistencia del estado ansioso. Si tras este procesamiento elaborativo una persona concluye que una amenaza o peligro personal significativo es muy probable y su capacidad para establecer alguna sensación de seguridad mediante el afrontamiento efectivo es mínima, entonces es inevitable el estado de ansiedad persistente. Por el contrario, la ansiedad se verá reducida o eliminada si disminuyen la probabilidad percibida y/o la gravedad de la amenaza, si se establece un aumento de confianza en el afrontamiento adaptativo y si se restablece la sensación de seguridad personal. Sobre la base de este modelo, en primer lugar la terapia cognitiva se centra en la modificación de estos procesos cognitivos secundarios elaborativos mediante intervenciones cognitivas y conductuales específicas que cambien la perspectiva del paciente desde la de amenaza inminente a la de probable seguridad personal. Una modificación en el procesamiento secundario elaborativo reducirá la propensión al procesamiento automático de la amenaza y bajará el umbral de activación de los esquemas relacionados con la amenaza.

La estrategia terapéutica descrita en este libro se basa en la teoría. En los siguientes capítulos comentamos varias intervenciones basadas en la reestructuración cognitiva y en la exposición derivadas del modelo cognitivo que pueden usarse para modificar los procesos cognitivos y conductuales erróneos que mantienen la ansiedad. La premisa básica es que la reducción de la ansiedad depende de un cambio en los deficientes procesos y estructuras cognitivas de la ansiedad. En la parte final del libro se propone un modelo cognitivo del trastorno específico y un protocolo de tratamiento para cada uno de los principales trastornos de ansiedad, que se derivan de los presupuestos básicos sobre el modelo genérico o “transdiagnóstico” descritos en este capítulo. Sin embargo, antes de considerar estas aplicaciones terapéuticas, los dos siguientes capítulos se destinarán a comentar las bases empíricas y las cuestiones aún no resueltas asociadas a nuestra formulación cognitiva de vulnerabilidad y persistencia de la ansiedad clínica.

3

Estatus empírico del modelo cognitivo de la ansiedad

Desde la aparición del modelo cognitivo a comienzos de los años sesenta (Beck, 1963, 1964, 1967) el énfasis en la verificación empírica ha sido importante para su desarrollo y elaboración. Las bases científicas del modelo se asientan sobre constructos e hipótesis suficientemente precisas como para ser confirmadas o desmentidas en el laboratorio (D.A. Clark et al., 1999). En éste y en el siguiente capítulo presentamos una revisión del estatus empírico del modelo cognitivo de la ansiedad basado en las 12 hipótesis presentadas en la Tabla 2.6. En el presente capítulo comenzamos con las tres hipótesis iniciales que se refieren a los atributos cognitivos centrales del modo de activación primal de la amenaza. En el siguiente apartado se comentan las pruebas empíricas que defienden los productos cognitivos, fisiológicos y conductuales implicados en la respuesta inmediata de miedo (es decir, Hipótesis 4 a 7). La última parte de este capítulo revisa los hallazgos empíricos que son relevantes a la persistencia de la ansiedad (es decir, Hipótesis 8 a 10), es decir, la fase secundaria de elaboración y revaloración del modelo. Las Hipótesis 11 y 12 se comentarán en el siguiente capítulo que versa sobre la vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad, porque ambas se vinculan con la etiología de la ansiedad.

Respuesta inmediata de miedo: modo de activación de amenaza

Hipótesis 1: Sesgo atencional hacia la amenaza

Los individuos muy ansiosos mostrarán un sesgo atencional automático y selectivo hacia los estímulos negativos que son relevantes para las amenazas de preocupaciones vitales particulares. Este sesgo atencional automático y selectivo hacia la amenaza no estará presente en los estados no-ansiosos.

Tras veinte años de investigación experimental en la actualidad es obvio que los trastornos de ansiedad se caracterizan por un sesgo atencional selectivo automático y preconsciente hacia la información emocionalmente amenazante (para revisiones, véanse D.M. Clark, 1999; MacLeod, 1999; Mogg & Bradley, 1999a, 2004; Wells & Mathews, 1994; Williams et al., 1997). Como la capacidad de atención humana es limitada, algunos estímulos capturan todos los recursos atencionales, en consecuencia, otros son ignorados. Se presupone que la presencia de un sesgo atencional hacia la amenaza origina una mayor propensión a la experiencia de ansiedad (McNally, 1999). A continuación organizamos nuestra revisión relativa a la investigación sobre la atención en torno a tres tipos de experimentación: Stroop emocional, tareas *dot probe* e identificación de estímulos.

Stroop emocional

A fin de investigar experimentalmente el sesgo atencional en la ansiedad, los investigadores clínicos han recurrido y posteriormente adaptado varias tareas de procesamiento de información originarias de la psicología cognitiva experimental. Uno de los paradigmas experimentales más populares ha sido la tarea emocional de Stroop. Basada en el paradigma clásico de denominación de color de Stroop (Stroop, 1935), a los participantes se les pide que nominen con tanta rapidez como puedan el color de palabras amenazantes (p. ej., “enfermedad”, “cáncer”, “avergonzado”, “desastre”, “sucio”, “inferior”) y no-amenazantes (p. ej., “red”, “ocio”, “seguridad”) que se presentan impresas en colores azul, amarillo, verde o rojo independientemente del sentido de la palabra. Normalmente, los individuos ansiosos, en

comparación con los no-ansiosos, requieren más tiempo para denominar el color de impresión de las palabras amenazantes que para las palabras no-amenazantes (p. ej., Bradley, Mogg, White & Millar, 1995; Mathews & Klug, 1993; Mathews & MacLeod, 1985; Mogg, Mathews & Weinman, 1989; Mogg, Bradley, Williams & Mathews, 1993). Esta mayor latencia para denominar el color sugiere que los individuos ansiosos muestran una asignación preferencial de la atención al sentido amenazante de la palabra (Mogg & Bradley, 2004). En consecuencia, se asume que el grado de interferencia en la respuesta de denominación del color por efecto del significado de la palabra refleja el sesgo atencional hacia la amenaza.

El efecto de interferencia Stroop emocional de la amenaza ha sido observado en los cinco trastornos de ansiedad comentados en este libro: trastorno de angustia (p. ej., Buckley, Blanchard & Hickling, 2002; Lim & Kim, 2005; Lundh, Wikström, Westerlind & Öst, 1999; McNally, Riemann & Kim, 1990); TOC (p. ej., Kyrios & Iob, 1998; Lavy, van Oppen & Van den Hout, 1994); fobia social (p. ej., Becker, Inc., Margraf & Roth, 2001; Hope, Rapee, Heimberg & Dombek, 1990); TEPT (p. ej., J.G. Beck, Freeman, Shipherd, Hamblen & Lackner, 2001; Bryant & Harvey, 1995) y TAG (p. ej., Bradley et al., 1995; Mogg, Bradley, Millar & White, 1995). Además, los efectos de la interferencia de la amenaza correlacionan significativamente en el intervalo de bajo a moderado, con las medidas de ansiedad estado y síntomas (p. ej., MacLeod & Hagan, 1992; Mathews, Mogg, Kentish & Eysenck, 1995; Spector, Pecknold & Libman, 2003) y se hacen más aparentes a medida que aumenta la intensidad del estímulo de amenaza de medio a grave (Mogg & Bradley, 1998). Además, la mejor discriminación del sesgo atencional en individuos ansiosos no-clínicos y de rasgo alto frente a los individuos de ansiedad baja podría ser con señales amenazantes entre débiles y moderadas, en los que la persona no-ansiosa no mostraría ningún sesgo preferencial por la amenaza (Mathews & Mackintosh, 1998).

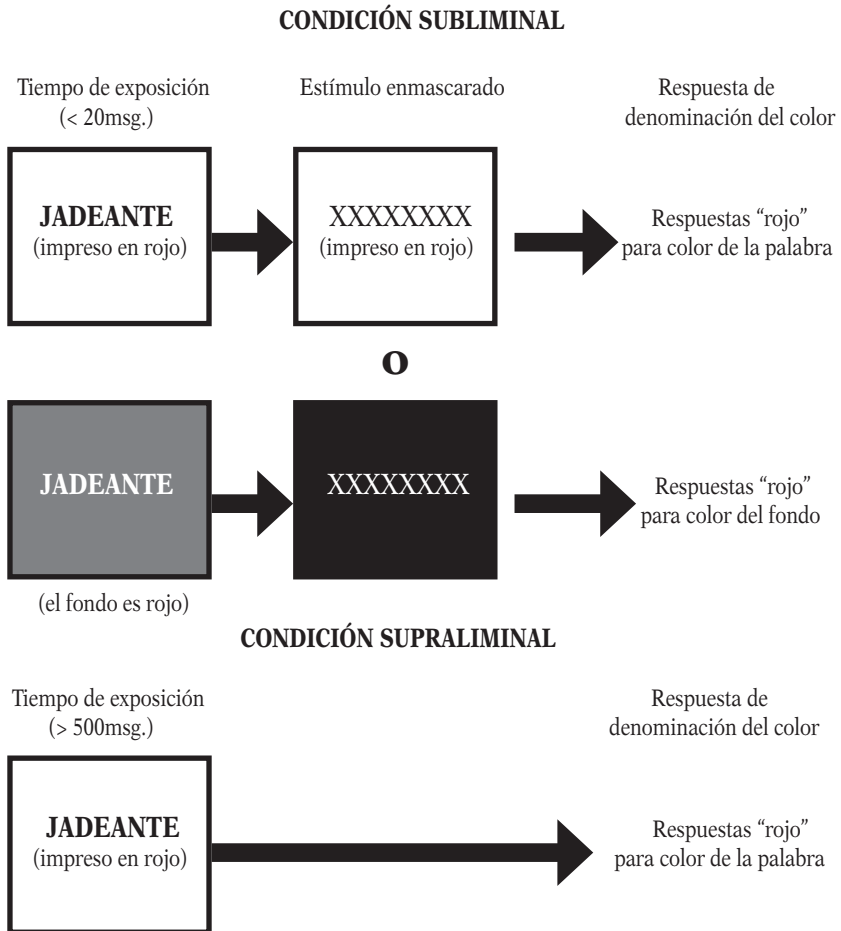
Los efectos de interferencia más coherentes y robustos se encuentran con palabras que están semánticamente vinculadas a las preocupaciones emocionales del momento de la persona ansiosa (Mathews & Klug, 1993); esta especificidad de contenido parece ser particular-

mente pronunciada en el TOC, en la fobia social y en el TEPT (J.G. Beck et al., 2001; Becker et al., 2001; Buckley et al., 2002; Foa, Ilai, McCarthy, Soller & Murdock, 1993; Hope et al., 1990; Kyrios & Iob, 1998; Lavy et al., 1994; Mattia, Heimberg & Hope, 1993; Spector et al., 2003). Sin embargo, el sesgo atencional en el TAG y, en menor medida, en la angustia puede presentar una orientación más emocional y, en consecuencia, ser provocada por estímulos emocionalmente negativos y, en algunos casos, incluso por información positiva (p. ej., Becker et al., 2001; Bradley, Mogg, White & Millar, 1995; Buckley et al., 2002; Lim & Kim, 2005; Lundh et al., 1999; Martin, Williams & Clark, 1991; McNally et al., 1994; Mogg et al., 1993; Mogg, Bradley, Millar & White, 1995).

A fin de investigar la automaticidad del sesgo atencional de la amenaza, los investigadores modificaron la tarea emocional de Stroop para incluir condiciones subliminales (por debajo del conocimiento consciente) y supraliminales (por encima del conocimiento consciente). En estos estudios cada palabra amenazante y no-amenazante se presenta brevemente (20 milisegundos o menos) seguida por una cubierta (máscara), que suele consistir en una serie de letras al azar presentadas en el mismo lugar que la palabra. En algunos estudios se pide a los participantes que señalen el color de la palabra mientras que en otros estudios se les pide que digan el color del fondo de la palabra. En la condición supraliminal las palabras permanecen al descubierto en la pantalla hasta que el participante responda a la tarea. La Figura 3.1 presenta una ilustración de la tarea emocional modificada de Stroop.

En diversos estudios los pacientes ansiosos mostraban latencias de denominación de color significativamente inferiores a las palabras amenazantes subliminales, sugiriendo que la atención selectiva a la amenaza ocurre a nivel automático preconscious (p. ej., Bradley et al., 1995; Kyrios & Iob, 1998; Lundh et al., 1999; Mogg et al., 1993). Como este efecto de interferencia de la amenaza se halló tanto en los ensayos subliminales como en los supraliminales dentro del mismo estudio, sugiere que el sesgo atencional hacia la amenaza conlleva procesos cognitivos automáticos y elaborativos (p. ej., Bradley et al., 1995; Lundh et al., 1999; Mogg et al., 1993).

Figura 3.1. Ilustración de las condiciones subliminal y supraliminal en la tarea emocional modificada de Stroop



Otra cuestión importante contemplada en las investigaciones de Stroop emocional es la relación del sesgo atencional hacia la amenaza con el estado y el rasgo de ansiedad. MacLeod y Rutherford (1992) hallaron que el sesgo atencional automático hacia la amenaza se ve más influido por la interacción entre la ansiedad de estado y de rasgo. Estos autores compararon estudiantes no-clínicos con índices alto y bajo de ansiedad rasgo en una tarea emocional modificada de Stroop y

comprobaron que los estudiantes con ansiedad rasgo alta en situaciones de estrés (tarea realizada una semana antes de los exámenes) mostraban mayor interferencia subliminal Stroop para la amenaza, mientras que el estrés no aumentaba la interferencia de la amenaza en los sujetos con baja ansiedad rasgo. En la condición supraliminal los estudiantes tanto con alta ansiedad rasgo como baja ansiedad rasgo mostraban evitación intencional de las palabras amenazantes. Otros estudios han observado también que el aumento de estrés y activación se asocian con un mayor sesgo atencional, especialmente en individuos con alta ansiedad rasgo o con miedo (Chen, Lewin & Craske, 1996; Mogg, Mathews, Bird & MacGregor-Morris, 1990; Richards, French, Jonson, Naparstek & Williams, 1992; véase McNally, Riemann, Louro, Lukach & Kim, 1992, para resultados opuestos a los anteriores). Sin embargo, los efectos de la ansiedad de estado y rasgo sobre el sesgo atencional pueden ser más complicados de lo que parecen a primera vista. Los individuos con alta ansiedad rasgo muestran un sesgo atencional automático, preconsciente, pero a diferencia de las muestras clínicas, este sesgo atencional puede ser sensible a la valencia negativa general y no al contenido específico de la amenaza (p. ej., Fox, 1993; Mogg & Marden, 1990). Adicionalmente, la ansiedad de estado elevada puede conducir a un mayor sesgo automático en individuos con alta ansiedad rasgo (efecto de interacción), pero a un nivel más estratégico y elaborativo el estrés puede presentar efectos independientes sobre el sesgo atencional hacia la amenaza. MacLeod y Hagan (1992) sugerían que los individuos no-clínicos pueden ser capaces de modificar estratégicamente su sesgo automático hacia la amenaza, eliminando cualquier efecto de interferencia diferencial en la condición supraliminar. Los pacientes ansiosos, por otra parte, pueden no ser capaces de modificar estratégicamente su sesgo atencional preconsciente hacia la amenaza, de modo que las diferencias ante la amenaza sigan apareciendo en el estadio elaborativo del procesamiento de información.

Por último, los resultados de un experimento emocional Stroop sobre el TEPT concluían que el aumento en el estrés o en la activación podría fortalecer el sesgo automático hacia la amenaza, mientras que la anticipación de una amenaza más potente podría suprimir el sesgo atencional (Constans, McCloskey, Vasterling, Brailey & Mathews, 2004).

Existe algunas pruebas relativas a que los pacientes que responden al tratamiento muestran una disminución significativa en los efectos de interferencia de palabras de amenaza específicas del trastorno mientras que los pacientes que no responden al tratamiento no muestran ninguna alteración en la interferencia Stroop (Mathews et al., 1995; Mattia, Heimberg & Hope, 1993; Mogg, Bradley, Millar & White, 1995). En resumen, hay pruebas sistemáticas favorables a que la localización preferencial hacia señales amenazantes se produce a nivel automático, preconsciente del procesamiento de información tanto en individuos clínicamente ansiosos como en individuos con alta ansiedad rasgo. Los hallazgos del Stroop emocional son menos sistemáticos en lo que se refiere a la demostración de los sesgos atencionales en el nivel más lento y elaborativo del procesamiento de información.

Desafortunadamente, la interpretación de los hallazgos Stroop se ve entorpecida por las limitaciones metodológicas que presenta. Es posible que la denominación más lenta del color se deba a la dispersión de la atención y no al aumento de la atención por el significado de las palabras (MacLeod, 1999). Los mayores tiempos de reacción ante las palabras amenazantes podrían deberse a los efectos de interferencia de una reacción emocional a la palabra (p. ej., respuesta de sorpresa) o a consecuencia de la preocupación mental por los temas relacionados con la palabra (Bögel & Mansell, 2004). Dados estos posibles sesgos de respuesta (véase Mogg & Bradley, 1999a) las tareas de *dot probe* que se describen a continuación se han impuesto a la tarea de Stroop como paradigma experimental preferente para investigar el sesgo atencional en la ansiedad.

Tareas de dot probe

El experimento mediante la tarea de *dot probe* es capaz de evaluar la hipervigilancia hacia la amenaza en términos tanto de facilitación como interferencia con la detección de los puntos (*dots*) sin los efectos de sesgo de respuesta (MacLeod, Mathews & Tata, 1986). En esta tarea se presenta una serie de palabras emparejadas de

modo que una de las palabras ocupa la mitad superior y la otra palabra la mitad inferior de la pantalla del ordenador. El ensayo comienza con una cruz de fijación central que se presenta durante aproximadamente 500 milisegundos, seguido por una breve presentación (500 milisegundos) de una pareja de palabras. En los ensayos críticos se presenta una palabra de amenaza y una neutra seguidas por la aparición de un punto en la localización previamente ocupada por una de las palabras. Se instruye a los individuos para que presionen una tecla con tanta rapidez como puedan cuando vean el punto. Normalmente se presentan cientos de ensayos de palabras emparejadas y muchas de ellas incluyen parejas de relleno con palabras neutral-neutral.

Múltiples experimentos con la tarea del *dot probe* han demostrado un sesgo atencional de amenaza en pacientes clínicamente ansiosos pero no así en controles no-ansiosos. Los pacientes ansiosos fundamentalmente con diagnóstico primario de TAG, muestran una detección más rápida tras palabras física o socialmente amenazantes (MacLeod et al., 1986; Mogg, Bradley & Williams, 1995; Mogg, Mathews & Eysenck, 1992). La vigilancia atencional hacia la amenaza también se ha observado en el trastorno de angustia para la detección de palabras físicamente amenazantes (Mathews, Ridgeway & Williamson, 1996), en el TOC para las palabras referidas a la contaminación (Tata, Leibowitz, Prunty, Cameron & Pickering, 1996) y en la fobia social para las señales de evolución social negativa (Asmundson & Stein, 1994). Vassilopoulos (2005), sin embargo, descubrió que los estudiantes socialmente ansiosos mostraban vigilancia ante todas las palabras emocionales (positivas y negativas) en intervalos de exposición breves (200 milisegundos) pero evitación de los estímulos de la misma palabra en intervalos más prolongados (500 milisegundos). Además, también se han publicado hallazgos negativos con pacientes TAG que no muestran vigilancia atencional ante palabras amenazantes o expresiones faciales airadas (Gotlib, Krasnoperova, Joormann & Yue, 2004; Mogg et al., 1991; véase también Leeds, Mogg & Bradley, 2005, para resultados negativos con estudiantes ansiosos ante temas de salud).

Los investigadores también han hecho uso de la tarea de *dot probe visual* para medir la detección de estímulos pictóricos emparejados en los que se incluyen expresiones faciales furiosas y neutras como una representación más válida de la amenaza social evaluadora (Mogg & Bradley, 1998). Sin embargo, la *dote probe* visual no ha producido resultados sistemáticos. Algunos investigadores han hallado una vigilancia inicial selectiva (detección más rápida de la prueba) ante expresiones faciales furiosas u hostiles sólo en intervalos cortos (p. ej., Mogg, Philippot & Bradley, 2004), otros investigadores no han observado vigilancia hacia rostros amenazantes o furiosos en grupos análogos o incluso en grupos con ansiedad social clínica (Gotlib, Kasch et al., 2004; Pineles & Mineka, 2005) y aún otros han hallado el resultado opuesto, donde la ansiedad alta se caracteriza por la evitación significativa de rostros emocionales (Chen, Ehlers, Clark & Mansell, 2002; Mansell, Clark, Ehlers & Chen, 1999). Una posibilidad es que la fobia social conlleve una vigilancia atencional inicial hacia la evaluación social seguida por una evitación de los estímulos socialmente amenazantes una vez que se produzca el procesamiento más elaborativo (Chen et al., 2002; véanse también los hallazgos de Mogg et al., 2004).

Los experimentos *dot probe* han sido usados para investigar la vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad y determinar si la ansiedad rasgo alta se caracteriza por la detección acelerada de estímulos de amenaza. El hallazgo más sistemático es que los individuos con ansiedad rasgo alta muestran una detección más rápida de las palabras o rostros amenazantes que los individuos con ansiedad rasgo baja, especialmente en intervalos de exposición breves (Bradley, Mogg, Falla & Dixon, 2004; Mogg et al., 2000, Experimento 2). Otros estudios, sin embargo, han obtenido resultados completamente opuestos con respecto a la ansiedad rasgo, concluyendo que la hipervigilancia hacia la amenaza se debía a la ansiedad de estado (o estrés inmediato) exclusivamente o a la interacción con la ansiedad rasgo (p. ej., Bradley, Mogg & Millar, 2000; Mogg et al., 1990).

Es probable que la incoherencia de estos resultados se deba a que el sesgo atencional en la ansiedad conlleva tanto la hipervigilancia como la evitación de los estímulos amenazantes (Mathews &

Mackintosh, 1998; Mogg & Bradley, 1998). En general la hipervigilancia hacia la amenaza ha sido más visible durante las exposiciones breves en las que predominan los procesos automáticos pre-conscientes y con altos niveles de intensidad de la amenaza. La evitación de los estímulos de amenaza suele ocurrir, sobre todo, con intervalos de exposición más prolongados, en los que participa el procesamiento más elaborativo y con estímulos medianamente amenazantes. Este patrón de vigilancia-evitación puede ser particularmente evidente en miedos específicos, con alta ansiedad rasgo caracterizada por la vigilancia inicial hacia la amenaza sin la subsiguiente evitación (Mogg et al., 2004; véase Rohner, 2002, para hallazgos opuestos). Sin embargo, Rohner (2002) no confirmó esta distinción entre ansiedad y miedo.

En un estudio que examinaba directamente los efectos de diferentes niveles de intensidad de amenaza, Wilson y MacLeod (2003) compararon los tiempos de detección de estudiantes con ansiedad rasgo alta y baja ante expresiones faciales de ira muy baja, baja, moderada, alta y muy alta emparejadas con expresiones neutras. Ninguno de los participantes mostró sesgo atencional a los estímulos de intensidad muy baja de amenaza, evitación atencional de los rostros moderadamente amenazantes ni vigilancia atencional hacia los estímulos con mayor intensidad de amenaza. Curiosamente, las diferencias grupales en el despliegue atencional sólo eran visibles con los rostros moderadamente amenazantes, donde sólo los grupos de ansiedad rasgo alta mostraron una detección más rápida de los rostros amenazantes que de los neutrales. Otros también han hallado que el sesgo atencional hacia la amenaza aumenta con el valor del estímulo amenazante (Mogg et al., 2004; Mogg et al., 2000). En un estudio más reciente los individuos con ansiedad rasgo alta daban claras muestras de facilitación de la atención y deterioro de la desvinculación de amenaza alta en 100 milisegundos, pero evitación atencional en 200 o 500 milisegundos (Koster, Crombez, Verschuere, Van Damme & Wiersema, 2006). Por último, en un experimento de entrenamiento atencional de MacLeod, Rutherford, Campbell, Ebsworthy y Holker (2002), los estudiantes que habían sido entrenados para no prestar atención a las palabras negativas habían reducido la respuesta emocional a una inducción de estrés en comparación

con los estudiantes entrenados para atender a las pruebas negativas. Esto indica que el sesgo atencional puede tener un impacto causal sobre la respuesta emocional.

En resumen, tanto la investigación *dote probe* semántica (con palabras) como visual (con rostros) presenta las pruebas experimentales más contundentes sobre la hipervigilancia automática y preconsciente hacia la amenaza. La hipervigilancia ante la amenaza es más probable cuando el procesamiento elaborativo consciente es restringido (exposiciones más breves con conciencia reducida), cuando los estímulos de amenaza coinciden con las preocupaciones y problemas presentes del paciente y cuando la intensidad de la amenaza es entre moderada y severa. Además la atención facilitada para la amenaza puede ser promovida mediante la incapacitación de la desvinculación de los estímulos altamente amenazantes en individuos ansiosos (p. ej., Koster et al., 2006). La evitación atencional de la amenaza influye visiblemente en la definición del sesgo perceptual en la ansiedad, pero puede ser menos prominente en la ansiedad rasgo alta (Mogg et al., 2004). Por último, probablemente, el sesgo atencional no es exclusivo de la ansiedad; la depresión, por ejemplo, se caracteriza por un sesgo atencional para la información negativa (p. ej., Gotlib, Krasnoperova, et al., 2004; Mathews et al., 1996).

Tareas de identificación de estímulos

Los paradigmas de identificación de estímulos conllevan la búsqueda de palabras amenazantes y no-amenazantes dentro de una matriz de palabras distribuidas al azar o la medición de la latencia para identificar palabras presentadas en el umbral de la conciencia del paciente. En diversos estudios se observa que los pacientes con trastorno de angustia presentaban una mayor identificación de los estímulos amenazantes (Lundh et al., 1999; Pauli et al., 1997; véase Lim & Kim, 2005, para hallazgos negativos) y los individuos con fobia social presentaban facilidad de identificación de rostros airados (Gilboa-Schechtman, Foa & Amir, 1999). Sin embargo, los estudios relativos a la ansiedad generalizada han sido más complicados,

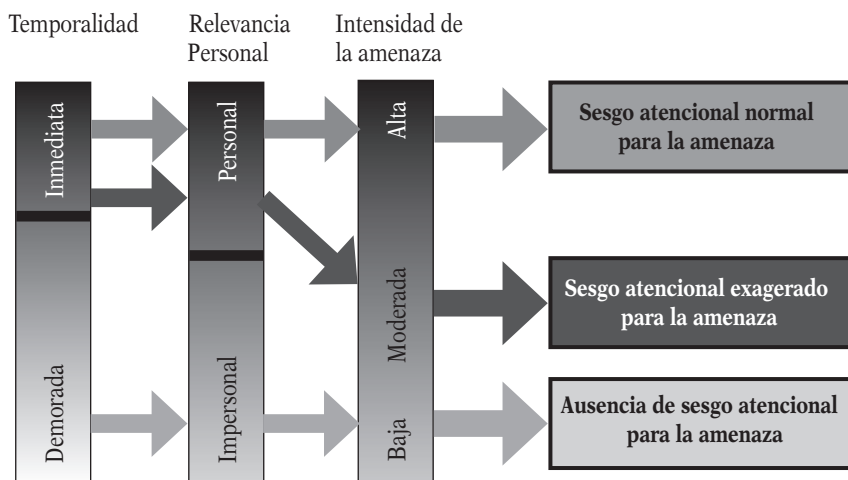
algunos muestran la facilidad en la detección de la amenaza (Mathews & MacLeod, 1986; Foa & McNally, 1986) y otros indican que el problema podría derivarse del aumento de distracción producida por los estímulos amenazantes (Mathews, May, Mogg & Eysenck, 1990; Rinck, Becker, Kellerman & Roth, 2003).

Resumen

Existe un importante corpus de pruebas empíricas que defienden la primera hipótesis del modelo cognitivo. A pesar de algunas incoherencias halladas entre los estudios, sigue habiendo muchas pruebas derivadas de diversas metodologías experimentales que sostienen que la ansiedad se caracteriza por la hipervigilancia hacia estímulos amenazantes y que este sesgo atencional no está presente en estados de baja ansiedad. Sin embargo, es inevitable añadir algunos comentarios a esta afirmación. El sesgo atencional hacia la amenaza es más evidente en los estadios inmediatos o iniciales del procesamiento cuando el conocimiento consciente es reducido, cuando los estímulos amenazantes coinciden con las preocupaciones relevantes a la ansiedad del individuo y cuando la intensidad de la amenaza ha alcanzado un nivel entre moderado y alto. En la Figura 3.2 se presenta una ilustración esquemática sobre el modo en que la duración de la exposición, el significado y el valor de la amenaza determina el rol del procesamiento atencional selectivo de la amenaza en la ansiedad (véase Mogg & Bradley, 1998, 2004, para profundizar sobre este particular).

La hipervigilancia hacia la amenaza suele estar ausente cuando se presentan estímulos impersonales y moderadamente amenazantes (p. ej., palabras generales de amenaza) durante intervalos prolongados de exposición. En el otro extremo, todos los individuos mostrarán una mayor vigilancia cuando los estímulos sean extremadamente amenazantes, altamente personales y preconscientes o automáticos. Es decir, cualquier persona prestará atención a estímulos que impliquen una amenaza significativa. Sin embargo, lo que caracteriza a los trastornos de ansiedad son los estímulos moderadamente amenazantes y personalmente específicos presentados en intervalos de exposición breves y preconscientes que derivan en un sesgo atencional exagerado hacia la amenaza. Los estímulos moderadamente ame-

Figura 3.2. Representación esquemática del gradiente de amenaza para el sesgo atencional.



nazantes son considerados como amenazantes por los individuos vulnerables pero como no-amenazantes por éstos con ansiedad baja (Mogg & Bradley, 1998). Sin embargo, la atención selectiva para la amenaza (es decir, efectos de facilitación) debe entenderse como una combinación con los procesos atencionales evitativos (es decir, inhibitorios), lo que a su vez depende de la evaluación del valor amenazante del estímulo (Mathews & Mackintosh, 1998). Una hipervigilancia aparente para la amenaza puede deberse a cualquier combinación de facilidad para la detección de la amenaza, incapacitación de la desvinculación de la amenaza o subsiguiente evitación de las señales de amenaza con la exposición prolongada. De este cuerpo de investigación se puede extraer la siguiente pauta clínica.

Pauta clínica 3.1

Los individuos clínicamente ansiosos y vulnerables se orientan automáticamente hacia la amenaza sin conocimiento consciente de esta tendencia. Alguna forma de entrenamiento atencional podría ayudarles a contrarrestar este sesgo de orientación.

Hipótesis 2: Reducción del procesamiento atencional de la seguridad

Los individuos ansiosos mostrarán un distanciamiento atencional automático de las señales de seguridad que sean incongruentes con sus preocupaciones dominantes de amenaza, mientras que los individuos no-ansiosos mostrarán una aproximación atencional automática hacia las señales de seguridad.

El sesgo atencional selectivo para la amenaza refleja un estrechamiento del foco de atención que acompaña a la activación emocional (Barlow, 2002). El “estrechamiento de la atención” se basa en la propuesta de Easterbrook (1959) según la cual el aumento de activación emocional generará una reducción de la gama de señales utilizadas (procesadas) por el organismo. Desde la perspectiva del procesamiento de información, esto implica que cuanto más alto sea el nivel de ansiedad, más estrechamente se focalizará la atención en una gama restringida de estímulos congruentes con el estado anímico causando, en consecuencia, la reducción en la amplitud del procesamiento de estímulos (Barlow, 2002; Wells & Mathews, 1994; véase también Mathews & Mackintosh, 1998). En el contexto presente esto implica que los sujetos altamente ansiosos deberían mostrar la mayor cantidad de estrechamiento atencional hacia los estímulos relevantes a la amenaza, quedándoles escasos recursos atencionales para procesar información que sea incongruente con su estado anímico, como es el caso de las claves de no-amenaza o de seguridad. Prevemos que la información que tiene un significado de seguridad o ausencia de amenaza sería una categoría de estímulos muy probablemente ignorada en los estados de ansiedad porque es altamente incongruente con este foco intenso en una banda estrecha de información amenazante.

Dos son las preguntas relevantes sobre esta segunda hipótesis. La primera, si los individuos altamente ansiosos muestran un procesamiento significativamente reducido de la información de seguridad. La segunda, si los individuos no-ansiosos muestran un sesgo de procesamiento aumentado hacia las claves de seguridad. Otros dos aspectos vinculados a esta hipótesis, aunque no tan centrales, son si

los individuos no-ansiosos alejan automáticamente su atención de la amenaza y si los individuos altamente ansiosos, en algún momento, evitan las señales amenazantes en un esfuerzo por compensar intencionadamente o suprimir la hipervigilancia automática previa para la amenaza y el peligro (Mathews & Mackintosh, 1998; Mogg & Bradley, 2004; Wells & Mathews, 1994).

Ansiedad alta: Procesamiento reducido de la señal de seguridad

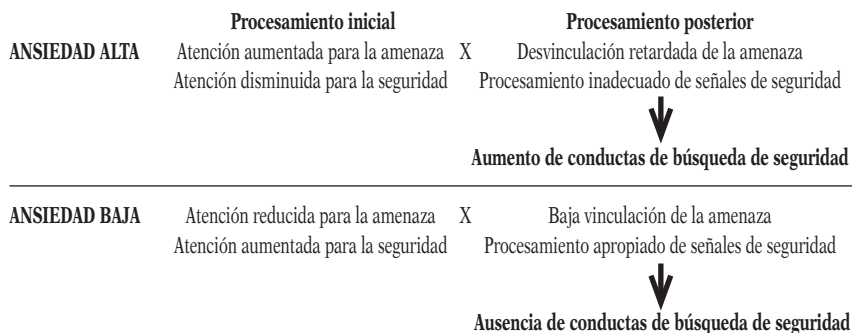
Como se señalaba en el Capítulo 2 la inhibición del procesamiento de la información de seguridad es un rasgo característico del procesamiento de información erróneo en la ansiedad. El procesamiento disminuido de la seguridad podría ser un factor cognitivo que subyace a la propensión de los individuos ansiosos a iniciar conductas de búsqueda de seguridad, un factor importante en la persistencia de la ansiedad (es decir, Rachman, 1984a; Salkovskis, 1996a, 1996b; Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells & Gelder, 1999). Esto se debe a que la evitación y otras conductas de seguridad (p. ej., aferrarse a objetos, atreverse a salir de casa sólo con compañía, comprobar) privan a los individuos de las oportunidades para desmentir sus creencias catastróficas. Por ejemplo, una persona con trastorno de angustia que sólo acuda a unos grandes almacenes con algún miembro de su familia no logra aprender que su dolor de pecho no derivará en un ataque al corazón (es decir, la creencia catastrófica de miedo) ni aunque sienta ansiedad muy intensa mientras esté sola en la tienda. La creencia catastrófica, por consiguiente, persiste a pesar de la no ocurrencia de ataques porque la persona inicia conductas de búsqueda de seguridad (evita tiendas o acude a ellas con un amigo) que desvía el resultado temido y reduce la ansiedad, pero que también impide que la persona compruebe que su creencia carece de fundamento (Salkovskis, Clark & Gelder, 1996).

La investigación ha mostrado la existencia de un vínculo entre las conductas de búsqueda de seguridad, las creencias catastróficas y la persistencia de ansiedad. En un estudio mediante cuestionarios relativos al trastorno de angustia (Salkovskis et al., 1996) se obtuvieron pruebas de las asociaciones previstas entre las creencias de amenaza y la conducta real de búsqueda de seguridad cuando se preguntó a

los individuos sobre sus respuestas durante los episodios ansiosos o más angustiosos. Además, en estudios análogos de tratamiento breve se ha observado que la reducción en las conductas de búsqueda de seguridad llevaba a mayores reducciones en las creencias catastróficas y en la ansiedad (Salkovskis et al., 1999; Sloan & Teach, 2002; Wells et al., 1995). Si los individuos ansiosos muestran un procesamiento menos rápido y efectivo de la información de seguridad, esto los dejaría con un foco de atención muy estrecho e intenso sobre los aspectos amenazantes de la situación. Esta hipervigilancia hacia la amenaza, combinada con la disminución del procesamiento de las señales de seguridad que sean incongruentes con el estado anímico, podría favorecer intentos más extremos y costosos para restablecer la sensación de seguridad mediante la conducta de búsqueda de seguridad (véase esquema de relaciones propuestas en la Figura 3.3).

Sólo unos pocos estudios han investigado el procesamiento de información de las señales de seguridad en la ansiedad. Mansell y D.M. Clark (1999) hallaron que los individuos con ansiedad social expuestos a una manipulación de amenaza social (presentar una breve conferencia) recordaban significativamente menos adjetivos positivos de rasgo auto-referente y Amir, Beard y Prezeworski (2005) hallaron que los individuos con fobia social generalizada presentaban dificultades para aprender interpretaciones no-amenazantes de información social ambigua. Además, en un estudio psicofisiológico

Figura 3.3. Relación propuesta sobre los sesgos de procesamiento de la amenaza y seguridad en la ansiedad alta y baja.



se observó que los veteranos de guerra con TEPT eran menos expresivos (es decir, menor respuesta EMG facial zigomática) a estímulos pictóricos estándar, emocionalmente positivos, tras ver una grabación de trauma de 10 minutos (Linz, Orsillo, Kaloupek & Weathers, 2000; véase Millar & Linz, 2004, para un intento fallido de réplica). Estos hallazgos sugieren que el procesamiento disminuido de información no-amenazante o de seguridad puede ser evidente en la ansiedad pero que esto podría ocurrir sólo en el estadio posterior del procesamiento estratégico (véase Derryberry & Reed, 2002). Además, la presentación de señales de seguridad puede no ser suficiente para contrarrestar el fuerte sesgo de procesamiento de información de la amenaza (es decir, Hayward, Ahmad & Wardle, 1994) y existen incluso pruebas de que los individuos con angustia muestran un sesgo de reconocimiento para las expresiones faciales “seguras” (Lundh, Thulin, Czyzykow & Öst, 1998).

En este punto son insuficientes los estudios que han investigado el procesamiento de las señales de seguridad en la ansiedad y, por consiguiente, no puede confirmarse aún el estado empírico de la Hipótesis 2. Se necesitan más estudios que comparen directamente el procesamiento automático y estratégico de información relevante a la amenaza e información relevante a la seguridad en sujetos clínicamente ansiosos y controles no-ansiosos. Además, sería importante establecer la función del procesamiento disminuido de señales de seguridad como mediador de la conducta de búsqueda de seguridad.

Ansiedad baja: Procesamiento aumentado de las señales de seguridad

Dos son los resultados posibles al investigar sobre el procesamiento de las señales de seguridad en ausencia de ansiedad. Es posible que la atención se dirija hacia los estímulos positivos o señales de seguridad de modo que sea evidente un sesgo de positividad en estados no-ansiosos. Un resultado alternativo es que no se produzca un sesgo atencional en la ansiedad baja de modo que prevalezca un procesamiento equitativo de las señales de amenaza y de seguridad.

En este punto sabemos muy poco sobre el procesamiento de información relevante para la seguridad en estados de ansiedad baja. En

el experimento original *dot probe* MacLeod et al. (1986) hallaron que el grupo control no-ansioso tendía a alejar su atención de las palabras amenazantes (véase también Mogg & Bradley, 2002). Sin embargo, este efecto no ha sido replicado en la mayoría de los subsiguientes estudios (p. ej., Mogg, Mathews & Eysenck, 1992; Mogg, Bradley, et al., 2004; Mogg et al., 2000). Por otra parte, MacLeod y Rutherford (1992) hallaron que los estudiantes con ansiedad rasgo baja evidenciaban una reducción significativa en la interferencia para la denominación del color de las palabras amenazantes a medida que su nivel de ansiedad estado aumentaba en la condición de estrés alto. En base a una tarea de percepción del color, Mogg et al. (1992, Experimento 3) hallaron que los individuos con ansiedad estado baja atendían con más frecuencia a las palabras maníacas que a las neutrales. Sin embargo, en la mayoría de los estudios el grupo no-ansioso mostraba escaso resultado diferencial entre estímulos, sugiriendo una atención equitativa hacia las señales de amenaza y no-amenaza. Aunque carezcamos de la investigación clave, en la Figura 3.3 se ilustra una posible interacción entre el procesamiento atencional de la amenaza y de la seguridad en la ansiedad alta y baja, y cómo estos efectos combinados pueden contribuir a la conducta de búsqueda de seguridad en individuos muy ansiosos.

Evitación de la amenaza: una perspectiva empírica

Tal y como se mencionaba previamente, existen cada vez más evidencias relativas a que los miedos específicos puedan caracterizarse por la vigilancia inicial hacia la amenaza (en exposiciones breves), seguida por una evitación atencional de la amenaza en intervalos más prolongados, mientras que la ansiedad rasgo alta muestra sólo la orientación inicial hacia la amenaza (Amir, Foa & Coles, 1998a; Mogg, Bradley, et al., 2004; Vassilopoulos, 2005). Sin embargo, otros han hallado un patrón de vigilancia-evitación del sesgo atencional para la ansiedad rasgo alta (Rohner, 2002) y distracción aumentada para la amenaza (Fox, 1994; Rinck et al., 2003). Por lo tanto, siguen existiendo dudas sobre la relación entre la orientación inicial para la amenaza y la subsiguiente desvinculación, seguidas por la atención sostenida alejada de las señales amenazantes. Es evidente que la

hipervigilancia hacia la amenaza puede contrarrestarse mediante las intervenciones de tratamiento, mediante los esfuerzos intencionados de supresión o mediante la creación de un estado de baja ansiedad (Mogg & Bradley, 2004). Sin embargo, se desconoce aún cómo esta desvinculación de la amenaza influye sobre el procesamiento de señales de seguridad.

Resumen

El apoyo empírico existente para la Hipótesis 2 es menor por la escasez de estudios relevantes. Se dispone de algunas pruebas preliminares que parecen indicar que los individuos muy ansiosos pueden presentar un procesamiento disminuido de la información de seguridad pero este sesgo de procesamiento puede ser evidente sólo en el nivel de procesamiento estratégico y no en el automático. La relación entre el procesamiento reducido de las señales de seguridad y la presencia de la conducta de búsqueda de seguridad no ha sido investigada y se sabe muy poco sobre el procesamiento de señales de seguridad en la ansiedad baja. Por último, se han publicado hallazgos contradictorios en los estudios sobre la desvinculación de la amenaza o evitación, y no existe investigación relativa a su relación con el procesamiento de las señales de seguridad.

Pauta clínica 3.2

El procesamiento disminuido de las señales de seguridad sugiere que el entrenamiento atencional intencionado hacia las claves de seguridad puede ser un componente útil del tratamiento de la ansiedad.

Hipótesis 3: Valoraciones exageradas de la amenaza

La ansiedad se caracteriza por un proceso evaluador automático que exagera la valencia amenazante de estímulos relevantes en comparación con la valencia real de amenaza de los estímulos. Los individuos no-ansiosos evaluarán automáticamente los estímulos relevantes de un modo menos amenazante que se aproxime al valor real de la amenaza de esa situación.

En la actualidad existen pruebas suficientes que confirman que el proceso automático de valoración de la amenaza participa en el sesgo preatencional de la amenaza en la ansiedad. Mathews y Mackintosh (1998) propusieron que la representación de la potencial amenaza depende de la activación de un *sistema de evaluación de la amenaza* (SEA). El SEA representa el valor de la amenaza de un estímulo previamente conocido y que se computa automáticamente en un estadio inicial del procesamiento de información. En situaciones de ansiedad alta, el output del SEA aumenta de modo que se requiere un umbral inferior de intensidad del estímulo para la valoración de la amenaza. En este sentido, Mathews y Mackintosh defienden que un sesgo atencional hipervigilante hacia la amenaza se produce en respuesta a una valoración automática preconsciente previa de la amenaza. Mogg y Bradley (1998, 1999a, 2004) proponían también que la evaluación del estímulo de amenaza es una parte crítica del procesamiento automático de información que ocurre en la ansiedad (véase también el modelo de la función ejecutiva auto-reguladora propuesta por Wells, 2000). Recientes explicaciones teóricas del miedo y de la ansiedad derivadas de la perspectiva del condicionamiento proponen que, en primer lugar, la información se analiza mediante detectores de rasgos y un “sistema de evaluación preconsciente del significado” que genera un juicio rápido de la relevancia amedrentadora del estímulo (Öhman, 2000). De ahí nuestra propuesta de que la valoración automática de la amenaza sea un componente crítico del modo de activación primal de la amenaza y coincida plenamente con otros modelos cognitivos y conductuales del miedo y la ansiedad.

Las tareas de memoria implícita ofrecen un excelente paradigma experimental para investigar la presencia de la evaluación automática de la amenaza en la ansiedad. Estas tareas conllevan la recuperación de memoria en la que alguna información previamente codificada es causa de una mejor ejecución en una tarea posterior, incluso aunque el individuo no sea consciente ni recuerde la relación entre la experiencia previa y la tarea que tiene entre manos (Schacter, 1990; Sternberg, 1996). En otras palabras, la exposición previa a un estímulo facilita pasivamente el procesamiento subsiguiente de los mismos estímulos y se cree que este “efecto de impronta” refleja el

grado de procesamiento integrador que se produce durante la codificación del estímulo (MacLeod & McLaughlin, 1995). La memoria implícita refleja probablemente el procesamiento automático de información, mientras que la memoria explícita, la rememoración intencionada y costosa de información almacenada, se vincula más estrechamente con los procesos estratégicos, controlados (Williams et al., 1997).

Completar la raíz de la palabra

Originalmente, la memoria implícita fue investigada mediante una tarea que consistía en completar palabras. En esta tarea, a los individuos se les presentaba un listado de palabras relevantes para la ansiedad (p. ej., *enfermedad, ataque, fatal*) y palabras neutrales (p. ej., *inflado, diario, almacenado*). Tras una tarea de relleno, los individuos reciben una serie de fragmentos de palabras, como podrían ser las tres primeras letras de una palabra, y se les pide que completen el fragmento con la primera palabra que les viene a la mente. La tendencia a completar el fragmento con una palabra menos común que había sido incluida en un listado previamente presentado sería un ejemplo de memoria implícita. En el siguiente ejemplo se evidenciaría un efecto de impronta de la amenaza si se completa el fragmento de la palabra con una palabra amenazante previamente presentada y no con una palabra neutra más común.

<i>Lista codificada</i>	<i>Fragmento de la palabra</i>	<i>Posible respuesta</i>
Coronario	Cor_____	Coronario vs. Corto
Ataque	Ata_____	Ataque vs. Atavío
Fatal	Fa_____	Fatal vs. Fagot

Los estudios que emplean tareas consistentes en completar la raíz de la palabra han producido resultados contradictorios que sólo pueden interpretarse como pruebas débiles de la memoria implícita en la ansiedad. En algunos estudios los sujetos clínicamente ansiosos o individuos con ansiedad rasgo alta han generado más palabras de amenaza, lo que sugiere una memoria implícita de la amenaza (p. ej., Cloutre, Shear, Cancienne & Zeitlin, 1994; Eysenck & Byrne, 1994; Mathews, Mogg, May & Eysenck, 1989; Richards & French, 1991).

Sin embargo, otros estudios no han logrado hallar un sesgo implícito hacia la amenaza (p. ej., Baños, Medina & Pascual, 2001; Lund & Öst, 1997; Rapee, McCalum, Melville, Ravenscroft & Rodney, 1994). McNally (1995) considera que las pruebas consistentes en completar la raíz de las palabras son un modo muy débil para evaluar la memoria implícita en la ansiedad porque están mucho más influidas por los atributos físicos de la palabra que por su significado.

Tareas de decisión léxica

En las tareas de decisión léxica a los individuos se les presenta un listado de palabras con valencias contradictorias, de las que algunas pueden ser relevantes para la ansiedad, algunas para la depresión y otras neutras. Tras una tarea de relleno, a los individuos se les presenta un segundo listado de palabras que contendrá algunas de las “viejas” palabras, algunas palabras “nuevas” y también algunos elementos de distracción que no son palabras (p. ej., *eupino*, *mard*, *blos-te*). A los participantes se les pide que indiquen, con tanta rapidez como puedan, si el estímulo es una “palabra” o es una “no-palabra”. La decisión léxica más rápida de las palabras previamente presentadas sugiere el efecto de impronta de la memoria implícita. En la ansiedad podríamos prever una decisión léxica más inmediata de las palabras amenazantes y no-amenazantes previamente presentadas. Mediante este paradigma experimental se pueden estudiar subliminalmente o supraliminalmente los efectos de impronta dependiendo de si la primera exposición se produce por encima o por debajo del umbral de la conciencia.

En dos experimentos de decisión léxica, Bradley y sus colaboradores (Bradley, Mogg & Williams, 1994, 1995) no lograron extraer pruebas del sesgo de memoria implícita congruente con la ansiedad ni en la condición de impronta subliminal ni supraliminal (véase también Foa, Amir, Gershuny, Molnar & Kozak, 1997, para resultados negativos). Amir y sus colaboradores emplearon una medida más sensible de codificación automática del significado de la información solicitando juicios perceptuales y no-léxicos ante estímulos más complejos. En dos estudios los individuos socialmente ansiosos mostraron una preferencia valorativa auditiva o visual significativa para estímu-

los de amenaza previamente presentados que fue interpretada como indicativa del efecto de impronta implícita para los estímulos de amenaza social (Amir, Cogger, Briks & Freshman, 2003; Amir, Foa & Coles, 2000). Sin embargo, Rinck y Becker (2005) no lograron hallar un sesgo de memoria implícita para las palabras socialmente amenazantes en una tarea de anagrama (es decir, identificar la palabra a partir de una sopa de letras). Por lo tanto, los hallazgos derivados de los experimentos estándar de decisión léxica o los más recientes estudios de impronta de orientación perceptual no han sido particularmente determinantes en lo que respecta a la evaluación implícita (automática) de la amenaza en la ansiedad.

Tareas de identificación de estímulos improntados

Son numerosos los estudios que han investigado el sesgo de memoria implícita tratando de determinar si los individuos ansiosos detectan con mayor exactitud palabras amenazantes previamente presentadas (estímulos) como resultado de una exposición previa a los estímulos de amenaza y no-amenaza. MacLeod y McLaughlin (1995) hallaron un sesgo de memoria implícita hacia la amenaza en pacientes TAG comparados con controles no-ansiosos sobre la base de una tarea de identificación taquitoscópica de palabras. El grupo TAG mostraba una mejor detección de las viejas palabras amenazantes que de las no-amenazantes, mientras que los controles no-ansiosos identificaban mejor los estímulos no-amenazantes que los amenazantes. Sin embargo, otros investigadores no han encontrado un efecto de detección acelerada de palabras amenazantes frente a no-amenazantes previamente presentadas ni en el trastorno de angustia ni en el TEPT (Lim & Kim, 2005; Lundh et al., 1999; McNally & Amir, 1996). Por consiguiente son escasas las pruebas relativas al sesgo de memoria implícita hacia la amenaza, derivadas de los estudios de identificación de estímulos improntados.

Otras pruebas de evaluación automática de la amenaza

Amir et al. (1998a) propusieron un paradigma homográfico para estudiar la activación e inhibición de información relevante a la ame-

naza en individuos con fobia social generalizada (FSG) y controles sanos. Los individuos leían frases breves que iban seguidas de una única palabra que coincidía o no coincidía con el significado de la frase. Los individuos debían decidir si la palabra clave se correspondía con el sentido de la frase. Como se preveía, sólo el grupo FSG mostró una respuesta más lenta a las palabras clave que seguían a los homogramas con un posible sentido social amenazante. Este efecto sólo estaba presente en intervalos breves de impronta de frases, lo que sugiere que los individuos FSG eran capaces de suprimir o inhibir la evaluación automática del sentido amenazante de la frase cuando se les permitía un procesamiento más elaborado.

Recurriendo a una tarea de memoria denominada *descarga de la interferencia preactiva* (DIP) que incide en la organización semántica de la memoria, Heinrichs y Hofmann (2004) no lograron obtener los efectos de memoria previstos para la información socialmente amenazante en estudiantes con alta ansiedad social. De hecho, se obtuvo el efecto contrario en el grupo de ansiedad social baja demostrando un efecto DIP para las palabras socialmente amenazantes. En un estudio que conllevaba el análisis de los movimientos oculares ante rostros furiosos, felices y neutrales, Rohner (2004) pudo demostrar que los individuos aprendían a desviar la atención de las expresiones faciales airadas. En este experimento, la ansiedad se relacionó con la memoria implícita para la evitación de la amenaza.

Por último, se ha empleado un paradigma experimental denominado Prueba de Asociación Implícita (PAI) para examinar las asociaciones automáticas basadas en la memoria entre dos conceptos (Greenwald, McGhee & Schwartz, 1998). Se considera como un índice de actitudes implícitas porque casi no se ve influido por los procesos conscientemente controlados (Teachman & Woody, 2004). En un estudio con individuos que sufrían fobia a las serpientes y a las arañas, Teachman, Gregg y Woody (2001) hallaron diferencias significativas en las asociaciones implícitas negativas para las actitudes hacia las serpientes versus las arañas en diferentes categorías semánticas que coincidían con los temores de los individuos (Teachman & Woody, 2003; véase de Jong, van den Hout, Rietbrock & Huijding, 2003, en referencia a resultados negativos sobre las asociaciones implícitas de

las señales de arañas en un grupo con aracnofobia). Además, se comprobó que las asociaciones implícitas relacionadas con el miedo cambiaban a lo largo del curso de un tratamiento para fobias de exposición grupal de tres sesiones (Teachman & Woody, 2003).

Dos estudios han comparado individuos con ansiedad social alta y baja sobre la base de la PAI. Tanner, Stopa y de Houwer (2006) hallaron que tanto el grupo de individuos con ansiedad social alta como baja presentaban una auto-estima implícita positiva como indicaban sus tiempos de reacción a la clasificación de palabras PAI. Sin embargo, la auto-estima implícita era significativamente menos positiva en el grupo de ansiedad social alta, sugiriendo que el efecto auto-favorecedor era más débil en los individuos que se habían auto-atribuido ansiedad social alta. De Jong (2002) concluía también que los individuos con ansiedad social alta presentaban un sesgo auto-favorecedor más débil, pero los resultados sugerían que esto se debía a asociaciones de estima significativamente más altas para los demás. Aunque hasta la fecha sólo se han publicado unos pocos estudios que han empleado la PAI, en cierta medida, confirman la asociación automática de la amenaza en la ansiedad. Sin embargo, la mayoría de los estudios han hecho uso de muestras análogas y, por lo tanto, es posible que en las muestras clínicas se hallaran resultados más contundentes (Tanner et al., 2006).

Resumen

A pesar del consenso entre los diferentes modelos respecto a la existencia de cierto nivel de evaluación automática de la amenaza en los estados de ansiedad, ha sido difícil demostrar experimentalmente tal efecto. Los escasos estudios que son relevantes para la Hipótesis 3 han generado resultados incoherentes. Coles y Heimberg (2002) concluían su revisión señalando que es modesta la confirmación de los sesgos de la memoria implícita en todos los trastornos de ansiedad. Es posible que los resultados fueran más concluyentes si las manipulaciones improntadas fueran más sensibles al significado semántico de los estímulos y no a sus propiedades perceptivas. Se observa también que las muestras del sesgo automático para la amenaza variarán dependiendo de la tarea experimental cognitiva empleada. Algunos

de los resultados iniciales de la PAI sugieren que las asociaciones implícitas para la amenaza pueden ser características de la ansiedad, pero los resultados son aún preliminares.

Pauta clínica 3.3

La presencia de la evaluación automática de la amenaza en la ansiedad indica que la identificación, el seguimiento y el cuestionamiento intencionado de la evaluación inicial de la amenaza podrían ser útiles para la disminución del impacto de las valoraciones automáticas de la amenaza.

Consecuencia de la activación del modo de amenaza***Hipótesis 4: Errores cognitivos sesgados por la amenaza***

Los individuos muy ansiosos cometerán más errores cognitivos mientras procesan estímulos amenazantes particulares como se refleja en las estimaciones sesgadas de proximidad, probabilidad y gravedad de la amenaza potencial. El patrón inverso se evidencia en estados no-ansiosos en los que está presente el sesgo del procesamiento cognitivo para las señales de seguridad y no-amenaza.

La cuarta hipótesis se refiere a los efectos cognitivos de la activación del miedo que conllevan la hipervigilancia preconsciente de la amenaza, la generación automática del sentido de amenaza y la reducción del acceso a las señales de seguridad. Esta selección automática de la amenaza generará un sesgo adicional en el procesamiento estratégico o intencionado. Prevemos que la activación del modo de amenaza conducirá a:

1. La sobrestimación de la probabilidad, gravedad y proximidad de señales relevantes de la amenaza.
2. La subestimación de la presencia y efectividad de señales relevantes para la seguridad.
3. La ejecución de errores de procesamiento cognitivo como la minimización, magnificación, abstracción selectiva y tendencia a catastrofizar.

Estimaciones sesgadas de amenaza

Uno de los hallazgos más sistemáticos de la investigación cognitiva sobre la ansiedad es que los individuos ansiosos tienden a sobrestimar la probabilidad de que se toparán con situaciones que provoquen su estado específico de ansiedad. En uno de sus estudios iniciales Butler y Mathews (1983) presentaron a individuos con ansiedad clínica, a individuos deprimidos y a controles no-clínicos 10 situaciones ambiguas. El grupo ansioso generó significativamente más interpretaciones amenazantes y valoró estos sucesos amenazantes negativos como significativamente más probables y graves (es decir, el coste subjetivo) que los controles no-clínicos, pero no así que el grupo depresivo. Este hallazgo fue posteriormente replicado con estudiantes que presentaban alta ansiedad rasgo (Butler & Mathews, 1987). Las estimaciones sesgadas de la probabilidad de amenaza han sido halladas en subsiguientes investigaciones en las que se ha observado que los individuos con fobia social sobrestiman la probabilidad de experimentar acontecimientos sociales negativos (Foa, Franklin, Perry & Herbert, 1996; Lucock & Salkovskis, 1988), los claustrofóbicos exageran la probabilidad de encontrarse en lugares cerrados (Öst & Csatlos, 2000), los individuos con trastorno de angustia interpretan los escenarios relacionados con la activación y los resultados físicos negativos con mayor frecuencia y como más costosos (McNally & Foa, 1987; Uren, Szabó & Lovibond, 2004) y los rumiadores generan mayores probabilidades subjetivas de sucesos futuros negativos (p. ej., MacLeod, Williams & Bekerian, 1991). En este último estudio el mayor acceso a las razones por las que ocurriría el suceso negativo y el menor acceso a las razones para que no ocurriera (es decir, señales de seguridad) predecía la probabilidad de los juicios.

El sesgo cognitivo es, sobre todo, evidente durante la activación del miedo. La correlación positiva entre la mayor probabilidad o gravedad (es decir, coste) de las estimaciones de amenaza y la intensidad de los síntomas de ansiedad es coherente con esta predicción (p. ej., Foa et al., 1996; Lucock & Salkovskis, 1988; Muris & van der Heiden, 2006; Öst & Csatlos, 2000; Woods, Frost & Steketee, 2002). Además, se han encontrado relaciones causales entre la ansiedad y la percepción de amenaza en experimentos que provocan miedo. En varios

estudios individuos ansiosos y fóbicos predecían que experimentarían más miedo y ataques de angustia de lo que realmente ocurrió cuando fueron expuestos a la situación temida (p. ej., Rachman, Levitt & Lopatka, 1988b; Rachman & Lopatka, 1986; Rachman, Lopatka & Levitt, 1988). Esta tendencia a sobrestimar la probabilidad de la amenaza también se ha observado en las preocupaciones constantes de los rumiadores (Vasey & Borkovec, 1992) y en las exageradas valoraciones negativas de ejecución social generadas por individuos socialmente ansiosos (Mellings & Alden, 2000; Stopa & Clark, 1993). Sin embargo, con la experiencia repetida, los individuos muestran un descenso en sus sobrepredicciones de miedo, de modo que sus estimaciones son más próximas al nivel real de miedo.

Efecto maladaptativo inminente

Juntamente con las estimaciones exageradas de probabilidad y gravedad de la amenaza, las valoraciones inexactas de proximidad del peligro constituyen también un aspecto del procesamiento cognitivo sesgado de la ansiedad. Riskind y Williams (2006) subrayan que “las representaciones mentales del peligro que se intensifica dinámicamente y del riesgo que aumenta rápidamente” (pp- 178-179), denominado *estilo maladaptativo inminente*, son un componente clave de la valoración de la amenaza en la ansiedad. Según Riskind y sus colaboradores, un rasgo crítico de cualquier estímulo amenazante es la percepción de la amenaza como si estuviera en movimiento y fuera intensificándose en relación al self en términos de proximidad física y temporal de los acontecimientos reales, pero también en términos del ensayo mental del curso temporal potencial de los acontecimientos futuros (Riskind, 1997; Riskind, Williams, Gessner, Chrosniak & Cortina, 2000). La amenaza exagerada de la ansiedad debería entenderse en términos de este contenido de peligro dinámico que se caracteriza por rasgos como el de la velocidad (aceleración direccional), el momento de aceleración (ritmo de aumento) y la dirección (aproximándose a la persona) de la amenaza (Riskind, 1997; Riskind & Williams, 1999, 2005, 2006). En consecuencia, el modelo de vulnerabilidad inminente defiende que la ansiedad se produce cuando se valora que la amenaza se aproxima o desarrolla rápidamente como ocurre

cuando se acerca una serpiente, una fecha límite, una enfermedad o un fracaso social (Riskind, 1997). Se considera como una característica clave del esquema del peligro activado en la ansiedad y, por lo tanto, es un constructo específico que es aplicable a todos los estados de ansiedad, desde las fobias simples hasta los fenómenos más abstractos como la preocupación o el TAG (Riskind & Williams, 1999).

Riskind y Williams (2006) revisaron un cuerpo creciente de investigación que defiende el rol del peligro percibido como intensificante y el riesgo rápidamente creciente (es decir, inminente) al predecir otras características de la fenomenología ansiosa. Los estudios experimentales indican que los estímulos temidos en movimiento (p. ej., una grabación de tarántulas) provocan más miedo y más cogniciones relacionadas con la amenaza que los estímulos temidos estacionarios o neutrales (Dorfan & Woody, 2006; Riskind, Nelly, Harman, Moore & Gaines, 1992) y la ansiedad fóbica se asocia con una mayor tendencia a percibir un estímulo temido (p. ej., una araña) como cambiante o que se aproxima rápidamente hacia uno mismo (p. ej., Riskind et al., 1992; Riskind, Moore & Bowley, 1995; Riskind & Maddux, 1993). Además el Cuestionario de Estilo Maladaptativo Inminente [LMSQ: *Looming Maladaptive Style Questionnaire*], que evalúa la tendencia a generar escenarios mentales que conllevan movimiento hacia algún resultado temido, se asocia únicamente con diversas características de la fenomenología ansiosa (Riskind et al., 2000) y puede ser un factor común latente que subyace al TOC, TEPT, TAG, fobia social y fobias específicas (Williams, Shahar, Riskind & Joiner, 2005). En general estos hallazgos son coherentes con la observación de que los individuos malinterpretan la naturaleza inmediata de los estímulos amenazantes, llevándoles a la errónea conclusión de que el peligro es más próximo o más inmediato de lo que realmente es. La investigación de Riskind indica que esta hipersensibilidad a las cualidades cinéticas del peligro es un aspecto importante de las valoraciones sesgadas de la amenaza en la ansiedad.

Errores cognitivos

Sorprendentemente es escaso el volumen de estudios que ha investigado la relevancia de los errores cognitivos depresivos (p. ej., pensamiento dicotómico, sobregeneralización, abstracción selectiva) para

la ansiedad. En un estudio relativo al contenido del pensamiento, los individuos con TAG generaban más imperativos (“tener que/debería”) y términos de catastrofización que los estudiantes disfóricos y no-ansiosos, y todos los participantes generaban más errores cognitivos durante la condición de preocupación que durante la condición neutral (Molina, Borkovec, Peasley & Person, 1998). A pesar de la insuficiente investigación, es probable que los individuos ansiosos muestren muchos de los mismos errores cognitivos hallados en la depresión, especialmente al gestionar información relevante a sus temores. Sin embargo, se requiere investigación para determinar el rol de los errores cognitivos inferenciales en los trastornos de ansiedad.

Resumen

Hemos iniciado la revisión de la Hipótesis 4 con tres previsiones relativas al rol de los errores cognitivos en la activación del miedo. Desafortunadamente, sólo una de estas predicciones ha sido demostrada empíricamente. Las pruebas empíricas son sistemáticas al mostrar que los individuos ansiosos exageran la probabilidad y la gravedad de las situaciones negativas relacionadas con sus preocupaciones ansiosas. Este sesgo cognitivo para la estimación de la amenaza parece relevante a la mayoría de los trastornos de ansiedad, aunque aún sea debatible si es o no específico de la ansiedad. La investigación sobre el estilo cognitivo inminente indica claramente que la sobrestimación de proximidad o naturaleza inminente del peligro es un aspecto crítico de la evaluación sesgada de la amenaza que potencia el estado de ansiedad.

Es probable que los individuos muy ansiosos generen los mismos tipos de errores cognitivos que hemos observado en la depresión. La tendencia a catastrofizar ha sido bien reconocida en el trastorno de angustia, pero es probable que el pensamiento dicotómico, la abstracción selectiva, la magnificación/minimización, la sobregeneralización y otras formas de pensamiento rígido y absolutista sean prominentes en todos los trastornos de ansiedad. Se necesita investigación adicional para determinar si algunos de estos errores cognitivos son o no específicos de las preocupaciones relevantes a la ansiedad y el rol que desempeñan en la persistencia de la activación del miedo.

También sería útil ir más allá de las mediciones estáticas con papel y lápiz de los errores cognitivos para acceder a la “evaluación *online*” del contenido del pensamiento durante la provocación del miedo.

En este momento no disponemos de información sobre el rol que desempeñan los errores cognitivos en la disminución del procesamiento de las señales de seguridad, lo que se considera un rasgo importante de la activación del miedo. Suponemos que si los errores de procesamiento cognitivo pueden conducir a los individuos a una sobrestimación de la amenaza, entonces este mismo estilo de procesamiento cognitivo podría llevarlos a la subestimación de la seguridad. Esta última proposición, sin embargo, requiere aún confirmación empírica.

Pauta clínica 3.4

Las repetidas experiencias con situaciones que conlleven diferentes niveles de amenaza inminente y que desmientan las expectativas de amenaza exageradas de los individuos ansiosos son críticas para modificar el estilo de pensamiento erróneo que contribuye a la persistencia del estado de ansiedad.

Hipótesis 5: Interpretación negativa de la ansiedad

Los individuos muy ansiosos generarán más interpretaciones negativas y amenazantes de sus sentimientos y síntomas ansiosos subjetivos que los individuos que experimenten bajos niveles de ansiedad.

En el modelo cognitivo (véase Figura 2.1) el aumento de activación autónoma o fisiológica constituye otra de las características prominentes de la activación del modo de amenaza. Sin embargo, la Hipótesis 5 se refiere a los procesos cognitivos asociados con la activación fisiológica. Se propone que los individuos muy ansiosos percibirán su aumento de activación, sentimientos de ansiedad y otros síntomas somáticos de la ansiedad de un modo más amenazante e inaceptable que los individuos con ansiedad baja. Se supone también que este “miedo al miedo” (Chambless & Gracely, 1989) será más evidente durante los estados de ansiedad alta y motivará a los individuos a terminar con el programa del miedo.

Beck et al. (1985, 2005) identificaban otro aspecto de esta interpretación negativa de la ansiedad, “*razonamiento emocional*” en el que el estado de sentirse ansioso es interpretado, en sí mismo, como evidencia de que el peligro ha de estar presente. Posteriormente Arntz, Rauer y van den Hout (1995) se refirieron a éste como “*razonamiento exconsequentia*” que conlleva la falaz proposición “Si me siento ansioso, debe haber peligro” (p. 917). Estos autores comprobaron que pacientes con aracnofobia, angustia, fobia social y otros trastornos de ansiedad, pero no los controles no-clínicos, estaban significativamente influenciados en sus valoraciones del peligro de guiones hipotéticos de la ansiedad por la presencia de información derivada de la respuesta de ansiedad.

Se sugiere que los diferentes aspectos de la experiencia subjetiva de la ansiedad serán percibidos como amenazantes dependiendo de la naturaleza del trastorno de ansiedad. En algunos casos serán los síntomas fisiológicos los que serán considerados como más inaceptables, mientras que en otros trastornos serán los fenómenos cognitivos (es decir, preocupación o pensamientos intrusos indeseados) o incluso será el aumento de la sensación generalizada de ansiedad lo que se perciba como más perturbador. Sea cual sea el foco real, es el estado de sentir ansiedad lo que la persona considera como amenazante e intolerable. En la Tabla 3.1 se presentan las interpretaciones negativas específicas de la ansiedad asociadas con cada uno de los trastornos de ansiedad que se comentarán en el presente volumen.

Tabla 3.1. Interpretaciones negativas específicas de la ansiedad, asociadas a cada uno de los trastornos de ansiedad.

Trastorno de ansiedad	Foco de la interpretación negativa de la ansiedad
Trastorno de angustia	Activación fisiológica, sensaciones corporales específicas
Trastorno de ansiedad generalizada	Experiencia subjetiva de la preocupación (“preocupación sobre la preocupación”)
Fobia social	Indicadores somáticos y conductuales de estar ansioso en contextos sociales
Trastorno obsesivo-compulsivo	Sentimiento de ansiedad asociado con ciertos pensamientos, imágenes o impulsos indeseados
Trastorno por estrés postraumático	Síntomas específicos de activación fisiológica y emocional asociados a las intrusiones mentales relacionadas con el trauma.

Evidencias empíricas

La interpretación negativa de la activación psicológica es un proceso central en el modelo cognitivo del trastorno de angustia (véase Capítulo 8 para más información). Los estudios de cuestionarios indican que los individuos con trastorno de angustia son más propensos a malinterpretar negativamente (incluso catastróficamente) las sensaciones corporales asociadas con la ansiedad y a manifestar más angustia cuando experimentan estos síntomas que los individuos no-clínicos o esos con otros tipos de trastornos de ansiedad (p. ej., D.M. Clark et al., 1997; Harvey, Richards, Dziadosz & Swindell, 1993; Hoehn-Saric, McLeod, Funderburk & Kowalski, 2004; Kamieniecki, Wade & Tsourtos, 1997; McNally & Foa, 1987; Rapee, Ancis & Barlow, 1988). La investigación experimental indica también que los pacientes con angustia son más tendientes a sentir ansiedad o incluso pánico cuando centran su atención en las sensaciones corporales que ocurren de forma natural o son inducidas (Anthony, Ledley, Liss & Swinson, 2006; Pauli, Marquardt, Hartl, Nutzinger, Hölzl & Strain, 1991; Rachman, Lopatka & Levitt, 1988; Rachman, Levitt & Lopatka, 1988; Hoch-Saric et al., 2004). En conjunto, estos estudios proporcionan una base empírica firme sobre la predominancia de la malinterpretación de la activación fisiológica como proceso clave en la angustia.

En los individuos con TAG, la focalización en los síntomas más cognitivos de la ansiedad se caracterizará por la interpretación negativa de su estado ansioso. Adrian Wells fue el primero en mencionar que la “preocupación sobre la preocupación” (es decir, la meta-preocupación) era un rasgo prominente del TAG que distingue a los rumiadores de los no-rumiadores (Wells, 1997; Wells & Butler, 1997; Wells & Mathews, 1994). La meta-preocupación conlleva una valoración subjetiva negativa del significado, mayor incidencia y dificultades percibidas asociadas con la incontrolabilidad de la preocupación (Wells & Mathews, 1994). Las pruebas que indican que el TAG está asociado con el aumento de meta-preocupación confirmarían la Hipótesis 5 e indicarían que, en la ansiedad generalizada, la interpretación negativa del hecho de preocuparse (p. ej., “Si no dejo de preocuparme, acabaré sufriendo una crisis emocional”) contribuye a la intensificación y persistencia del estado ansioso. De hecho, varios estudios han

observado que los pacientes TAG se distinguían de los pacientes con otros trastornos de ansiedad (especialmente la fobia social) por unas puntuaciones más altas en meta-preocupación (Wells & Carter, 2001) y existe una relación intensa entre la meta-preocupación y la mayor tendencia a experimentar preocupación patológica (Wells & Carter, 1999; Wells & Papageorgiou, 1998a; véase también Rassin, Merckelback, Muris & Spaan, 1999). En un estudio inicial de Ingram (1990) se observó que la ansiedad generalizada y la depresión se caracterizaban por el mayor foco de atención en los propios pensamientos, sensaciones y sentimientos tal y como indicaban en la Escala de Auto-Conciencia (SCS: *Self-Conscious Scale*) de Fenigstein, Scheier y Buss (1975). Estos estudios son coherentes con la Hipótesis 5, indicando que el aumento de atención sobre las características negativas de la preocupación exacerbará el estado general de ansiedad.

En la fobia social la interpretación negativa de los síntomas ansiosos en las situaciones sociales, por temor a que los demás perciban negativamente la ansiedad, es un rasgo central del trastorno (véase D.M. Clark & Wells, 1995; Wells & Clark, 1997). Varios estudios han hallado que la fobia social se caracteriza por la valoración negativa de las señales interoceptivas relacionadas con la ansiedad que conduce a inferencias erróneas sobre la imagen que uno ofrece a los demás y, consiguientemente, al aumento de ansiedad subjetiva (para una revisión, véanse D.M. Clark, 1998; Bögels & Mansell, 2004). La auto-atención elevada es característica de la ansiedad social (p. ej., Daly, Vangelisti & Lawrence, 1989; Hackman, Surawy & Clark, 1998; Mellings & Alden, 2000). Además, el foco específico en los síntomas ansiosos (p. ej., enrojecimiento) intensifica la ansiedad en la ansiedad social alta pero no en la ansiedad social baja (Bögels & Lamers, 2002; véase Bögels, Rijsemus & De Jong, 2002, para resultados contrarios).

La investigación experimental defiende también el modelo cognitivo. Mansell y D.M. Clark (1999) hallaron una asociación significativa en la ansiedad social alta y no en la baja entre la percepción de las sensaciones corporales y las valoraciones relativas a cómo pensaban los individuos ansiosos que aparecían ante los ojos ajenos. Gauss, Wilhelm y Gross (2004) compararon a estudiantes con ansiedad

social alta y baja antes, durante y 3 minutos después de un discurso espontáneo y hallaron que el grupo de ansiedad social alta percibía un mayor nivel de activación fisiológica, se sentía más ansioso y mostraba una conducta más ansiosa que el grupo de ansiedad baja, incluso aunque no hubiera diferencias grupales significativas en la activación fisiológica real. Además, la ansiedad auto-revelada correlacionaba con la activación percibida pero no con la fisiológica real de toda la muestra. Estos hallazgos son coherentes con la Hipótesis 5. La fobia social se caracteriza por un aumento del foco de atención en los síntomas ansiosos que claramente intensifica el estado ansioso.

En las explicaciones cognitivas del TOC el problema central es la valoración errónea de los pensamientos, imágenes o impulsos intrusos e indeseados de suciedad, contaminación, duda, sexo, haber causado daño ajeno y similares (D.A. Clark, 2004; Salkovskis, 1989, 1999; Rachman, 1997, 1998, 2003). Por lo tanto, el pensamiento obsesivo se desarrolla cuando un pensamiento, imagen o impulso intruso se malinterpreta como si representara una amenaza potencial importante para uno mismo o para los demás y la persona percibe una mayor sensación de responsabilidad personal para impedir esta amenaza anticipada. Rachman (1998) sugería que “el razonamiento emocional” podría desempeñar un rol importante en la valoración errónea de las intrusiones obsesivas. Cualquier ansiedad asociada con una intrusión podría malinterpretarse como confirmatoria de la importancia y peligrosidad potencial del pensamiento. Esto sería un ejemplo del “razonamiento *ex-consequentia*” (Arntz et al., 1995) que contribuye a la falsa valoración y a la escalada de la intrusión (p. ej., “Si me siento ansioso por el pensamiento de estar sucio y por contaminar posiblemente a los demás, entonces debo estar en peligro de contagiar a los demás”).

Existe una asociación firme entre la ansiedad subjetiva o angustia emocional de un pensamiento intruso y su frecuencia, incontrolabilidad y obsesionabilidad (p. ej., Freeston, Ladouceur, Thibodeau & Gagnon, 1992; Parkinson & Rachman, 1981a; Purdon & Clark, 1993, 1994b; Salkovskis & Harrison, 1984). Además, los individuos con TOC valoran sus obsesiones y otras intrusiones indeseadas como más provocadoras de ansiedad que los controles no-obsesivos (Cala-

mari & Janeck, 1997; Janeck & Calamari, 1999; Rachman & Silva, 1978). En un estudio con diarios de 28 pacientes con TOC la obsesión más molesta de los individuos fue valorada como más frecuente y más significativa en términos de importancia y control del pensamiento que las obsesiones menos molestas (Rowa, Purdon, Summerfeldy & Anthony, 2005). Estos hallazgos son coherentes con el punto de vista según el cual el TOC se caracteriza por una hipersensibilidad a ciertas intrusiones mentales relacionadas con el TOC que, en parte, puede deberse a las propiedades provocadoras de ansiedad de la obsesión. Sin embargo, se necesita investigación que estudie específicamente si el TOC se caracteriza por una malinterpretación de los sentimientos de ansiedad asociados con las intrusiones obsesivas y esto, a su vez, contribuye a un mayor estado de ansiedad general.

La interpretación negativa de los síntomas ansiosos asociados con las intrusiones relacionadas con el trauma es un proceso central subrayado en las teorías cognitivas del TEPT (Brewin & Colmes, 2003; Ehlers & Clark, 2000; Wells, 2000). Muchos estudios han demostrado ahora que la interpretación negativa de los síntomas TEPT iniciales desempeña un rol causal en la persistencia del TEPT (véase revisión de Brewin & Colmes, 2003). Además, la valoración negativa de los pensamientos o imágenes intrusas relevantes al trauma e indeseadas predice la gravedad y persistencia del TEPT (Halligan, Michael, Clark & Ehlers, 2003; Steil & Ehlers, 2000; Mayou, Bryant & Ehlers, 2001). En consecuencia, estos hallazgos son plenamente coherentes con la Hipótesis 5, indicando que las interpretaciones negativas y amenazantes de los síntomas ansiosos relacionados con el trauma contribuyen significativamente a la persistencia del TEPT.

Resumen

Esta breve revisión de la investigación empírica sobre el sesgo negativo aumentado en las interpretaciones de los síntomas ansiosos es indicativa del apoyo empírico que ha recibido la Hipótesis 5. La investigación que abarca los cinco trastornos de ansiedad ha hallado pruebas que confirman que la interpretación negativa aumentada de la ansiedad o el “miedo al miedo” era un factor contribuyente a la persistencia de la ansiedad (véase también Capítulo 4 sobre el con-

cepto de la sensibilidad a la ansiedad). El trastorno de angustia se caracteriza por malinterpretaciones de amenaza ante los síntomas físicos de la ansiedad, el TAG por la meta-preocupación, la fobia social por el aumento de la atención auto-focalizada en los estados internos de ansiedad, el TOC por las propiedades activadoras de ansiedad de las intrusiones mentales y el TEPT por la activación fisiológica provocada por los estímulos internos y externos relacionados con el trauma. En cada caso la tendencia a percibir la ansiedad misma de una manera amenazante contribuye a la persistencia del estado emocional indeseado.

Pauta clínica 3.5

El sentido idiosincrásico de los síntomas ansiosos (es decir, el significado del aumento de ansiedad) debe evaluarse y tratarse con la reestructuración cognitiva como parte de la intervención para reducir el modo de activación primal de la amenaza.

Hipótesis 6: Elevada frecuencia de cogniciones de amenaza específicas del trastorno

La ansiedad se caracterizará por una elevada frecuencia, intensidad y duración de pensamientos e imágenes automáticas negativas de amenaza y peligro selectivo en comparación con los estados no-ansiosos u otros tipos de afecto negativo. Adicionalmente, cada uno de los trastornos de ansiedad se caracteriza por un contenido particular de pensamiento relevante a su amenaza específica.

Una de las manifestaciones fenoménicas conscientes del modo de activación primal de la amenaza es la intrusión frecuente y repetida en la conciencia de pensamientos e imágenes automáticos relacionados con las preocupaciones de miedo específicas del individuo. De hecho, existe un amplio cuerpo de literatura empírica que ha demostrado la preponderancia de las cogniciones e imágenes del daño, amenaza y peligro en el trastorno de angustia (Argyle, 1988; McNally, Hornig & Donnell, 1995; Ottaviani & Beck, 1987); en el TAG (Beck, laude & Bohnert, 1974; Hibbert, 1984); en la fobia social (Beidel,

Turner & Dancu, 1985; Hackman et al., 1998; Turner, Beidel & Larkin, 1986); y en el TOC (Calamari & Janeck, 1997; Janeck & Calamari, 1999; Rachman & de Silkva, 1978; Rowa et al., 2005); así como las intrusiones amenazantes relevantes al trauma en el TEPT (Dunmore, Clark & Ehlers, 1999; Mayou et al., 2001; Qin et al., 2003; Steil & Ehlers, 2000). Esta “versión más débil” de la Hipótesis 6 está bien documentada en la literatura empírica.

El aspecto más controvertido de la Hipótesis 6 es la “versión fuerte” con capacidad para predecir que cada trastorno de ansiedad mostrará un perfil cognitivo específico y que este perfil distinguirá la ansiedad de otros estados emocionales negativos. En la Tabla 3.2 se presenta el contenido de los pensamientos automáticos que caracterizan a cada uno de los trastornos de ansiedad.

Convendría mencionar dos cuestiones relativas a la “especificidad” de esta hipótesis. La primera, en qué medida se distingue la ansiedad de la depresión, caracterizándose la primera por los pensamientos de daño y peligro, y la última por los pensamientos de pérdida y fracaso. Y la segunda, si existe un perfil cognitivo específico que caracterice a cada uno de los subtipos de trastorno de ansiedad.

Tabla 3.2. Tipos de pensamientos e imágenes automáticos que caracterizan a los trastornos específicos de ansiedad

Trastorno de ansiedad	Contenido temático del pensamiento/imagen automático
Angustia con/sin evitación agorafóbica	... de catástrofe física (p. ej., desmayarse, ataque al corazón, morir, volverse loco)
Trastorno de ansiedad generalizada	... de posible pérdida y fracaso futuro en dominios valiosos de la vida, así como miedo a perder el control o incapacidad para soportarlo
Fobia social	... de la evaluación negativa de los demás, humillación, ejecución social pobre
Trastorno obsesivo-compulsivo	... de perder el control mental o conductual que derivará en daño grave para uno mismo o para los demás
Trastorno por estrés postraumático	... del trauma pasado y sus secuelas

Especificidad cognitiva: distinguir la ansiedad de la depresión

La hipótesis de la especificidad de contenido sostiene que “cada trastorno psicológico presenta un perfil cognitivo distinto que se evidencia en el contenido y orientación de las cogniciones negativas y del sesgo de procesamiento asociado con el trastorno” (Clark et al., 1999, p. 115). El contenido o la orientación de los pensamientos automáticos y el sesgo de procesamiento que caracteriza a los estados de ansiedad se centran en la posibilidad de amenaza/peligro físico o psicológico futuro y en la sensación de aumento de la vulnerabilidad personal o falta de seguridad. En la depresión el tema cognitivo predominante se refiere a la pérdida o privación personal del pasado. De hecho, la indefensión global así como la indefensión sobre problemas específicos de la vida es significativamente mayor en la depresión que en el TAG (Beck, Wenzel, Riskind, Brown & Steer, 2006). El modelo cognitivo, por lo tanto, asevera que la ansiedad y la depresión pueden distinguirse por el contenido (y orientación temporal) de los pensamientos negativos automáticos y por las interpretaciones generadas por el individuo.

En nuestros propios estudios las cogniciones relacionadas con la amenaza y orientadas al futuro distinguían la angustia y el TAG de la depresión mayor/distimia (Clark, Beck & Beck, 1994) y las cogniciones relacionadas con la amenaza mostraban una relación más próxima y específica con la ansiedad que con la dimensión de síntomas de la depresión (Clark, Beck & Stewart, 1990; Clark, Steer, Beck & Snow, 1996). Estos hallazgos se han visto respaldados en otros estudios, aunque las cogniciones ansiosas parecen presentar un grado de inespecificidad mayor que las cogniciones depresivas (p. ej., Beck, Brown, Steer, Eidelson & Riskind, 1987; Ingram, Kendall, Smith, Donnell & Ronan, 1987; Jolly & Dykman, 1994; Jolly & Kramer, 1994; Jolly, Dyck, Kramer & Wherry, 1994; Schniering & Rapee, 2004). En un meta-análisis de 13 estudios, R. Beck y Perkins (2001) sólo hallaron respaldo parcial para la hipótesis de la especificidad del contenido. Las mediciones de las cogniciones ansiosas y depresivas correlacionaban significativamente tanto con sus correspondientes como no correspondientes medidas de estado de ánimo/síntoma y las medidas de cognición mostraban una correlación media de 0.66 entre sí. Sin

embargo, las comparaciones cuantitativas revelaban que las medidas de cogniciones depresivas presentaban correlaciones significativamente más altas con los síntomas de depresión que con los síntomas de ansiedad, pero las cogniciones ansiosas correlacionaban igualmente con la depresión y con la ansiedad. Los autores concluían que las cogniciones relacionadas con la amenaza pueden no tener el mismo grado de especificidad que las cogniciones depresivas (R. Beck & Perkins, 2001; véase una conclusión similar alcanzada tras revisión realizada por Clark et al., 1999), aunque ciertas poblaciones clínicas o niveles de gravedad de síntomas puedan mostrar mayor o menor especificidad (Clark et al., 1996; Ambrose & Rholes, 1993).

La aparente falta de especificidad de las cogniciones ansiosas puede reflejar un mayor grado de heterogeneidad para las cogniciones ansiosas que para las depresivas. R. Beck y Perkins (2001) sugieren dos posibilidades para la falta de especificidad de las cogniciones ansiosas. ¿Sería posible identificar una subserie de pensamientos ansiosos que sea específica para los trastornos particulares de ansiedad, mientras otros tipos de pensamiento ansioso se relacionen de un modo más general con la ansiedad y la depresión? Acaso las cogniciones depresivas muestran una mayor especificidad porque se relacionan con bajo afecto positivo, que es un constructo específico del estado anímico-personalidad de la depresión, y la cognición ansiosa es menos específica porque constituye la presentación cognitiva de alto afecto negativo, que es una dimensión del estado anímico-personalidad común a todos los trastornos emocionales.

Existen pruebas según las cuales la especificidad puede ser sólo aplicable a una subserie de cogniciones ansiosas. Jolly y Dykman (1994) señalaban que algunas cogniciones de amenaza se relacionaban más con un factor de negatividad general, mientras que otras cogniciones relacionadas con amenazas físicas o con la salud eran más específicas para la ansiedad. En otras investigaciones la preocupación excesiva brotaba como rasgo común a todos los trastornos de ansiedad, mientras que la evaluación negativa de los demás y la amenaza social evidenciarían más un subtipo de especificidad (Becker, Namour, Zayfert & Hegel, 2001; Mizes, Landolf-Fritsche & Grossman-McKee, 1987). Por último, Riskind (1997) ha defendido que la vulne-

rabilidad inminente y la percepción del movimiento de la amenaza, pueden ser más idóneas para distinguir la ansiedad de la depresión, porque incorporan el tiempo y el índice de cambio en su conceptualización de la valoración de la amenaza. Aunque sea aún una propuesta, parece que sólo ciertos tipos de cogniciones relacionadas con la amenaza, como las preocupaciones relativas a los síntomas físicos, la salud, la evaluación social y el peligro inminente, son específicas de la ansiedad, mientras que la aprensión ansiosa y la preocupación suelen ser más evidentes tanto en la ansiedad como en la depresión.

Especificidad cognitiva y subtipos de trastornos de ansiedad

Es menor la cantidad de investigación disponible que haya estudiado si un contenido cognitivo específico se asocia con los subtipos de trastornos de ansiedad. En dos estudios R. Beck y sus colaboradores comprobaron que la preocupación era común a la ansiedad y a la depresión y un predictor potente del afecto negativo, la indefensión era predictiva del bajo afecto positivo y las cogniciones relacionadas con el pánico eran claramente específicas de los estados de ansiedad (R. Beck, Benedict & Winkler, 2003; R. Beck et al., 2001). En un análisis factorial confirmatorio de auto-informes de ansiedad y auto-revelaciones depresivas, las auto-revelaciones que reflejaban depresión/indefensión y los auto-informes que reflejaban ansiedad/incertidumbre sobre el futuro presentaban pesos importantes y significativos sobre el factor de negatividad general (Safren et al., 2000).

Una de las pruebas más directas sobre la especificidad del contenido cognitivo entre los subtipos de trastornos de ansiedad fue la publicada por Word, Taylor, Malean y Koch (1998). Estos autores observaron que los pacientes con trastorno de angustia puntuaban significativamente más alto en una medida de cogniciones relacionadas con la amenaza (es decir, el Inventario Cognitivo del UBC – Subescala de angustia) que los pacientes con trastorno depresivo mayor. Sin embargo, los dos grupos no diferían en el Listado de Cogniciones –Subescala de ansiedad, la cual evalúa concepciones más generales de las cogniciones ansiosas según señalan los autores.

Resumen

Con el paso de los años numerosos estudios han mostrado que los pensamientos e imágenes automáticos de la amenaza, peligro y daño se producen con mayor frecuencia e intensidad en los trastornos de ansiedad cuando está activado el miedo. En consecuencia, existen múltiples muestras que confirman la afirmación de la Hipótesis 6. Es más escasa la investigación empírica relativa a si los pensamientos de amenaza y peligro son o no un indicador específico de la ansiedad, y si cada trastorno de ansiedad dispone o no de su propio contenido único que lo distinga de otros estados emocionales. Con todo, pueden extraerse algunas conclusiones provisionales sobre la especificidad del contenido cognitivo en la ansiedad. Es probable que sólo algunas formas de pensamiento ansioso muestren el nivel de especificidad previsto por la Hipótesis 6. La especificidad es más probable cuando los investigadores se centran en el contenido del pensamiento característico de cada uno de los subtipos de trastorno (véase Tabla 3.2), que en formas más generales de pensamiento aprensivo. Además, la especificidad del contenido cognitivo puede ser más visible con mayores niveles de gravedad del síntoma o en grupos clínicos que presenten una mayor homogeneidad diagnóstica (p. ej., grupos con trastornos de ansiedad puros). El hecho de no haber hallado especificidad en los trastornos de ansiedad podría reflejar la inadecuación de las medidas empleadas, especialmente si los cuestionarios de auto-informe se emplean de un modo que no representen debidamente las formas más específicas de la cognición asociadas a los subtipos de ansiedad. Además, el alto índice de comorbilidad entre la ansiedad y la depresión ha complicado los esfuerzos por investigar el nivel de especificidad de los procesos patognomónicos. La investigación sobre la especificidad cognitiva progresaría si los científicos compararan grupos de ansiedad y depresión “puros” (diagnóstico único) usando instrumentos especializados en el contenido del pensamiento negativo. Hasta ese momento muchos aspectos relativos a los parámetros de la especificidad del contenido cognitivo en la ansiedad siguen siendo desconocidos.

Pauta clínica 3.6

Los terapeutas deberían hacer uso de registros de pensamientos, diarios y otras formas de auto-monitoreo para obtener una evaluación en “tiempo real” del contenido de pensamientos e imágenes automáticos que se inmiscuyen en el conocimiento consciente durante la activación del miedo. Los temas específicos de la amenaza o peligro proporcionarán una información diagnóstica y evaluativa muy valiosa para la elaboración de la formulación del caso del trastorno de ansiedad.

Hipótesis 7: Estrategias defensivas inefectivas

Los individuos muy ansiosos mostrarán menos estrategias defensivas inmediatas que sean efectivas para reducir la ansiedad y garantizar una sensación de seguridad relativa, que los individuos que experimentan bajos niveles de ansiedad. Además los individuos muy ansiosos evaluarán sus capacidades defensivas en las situaciones amenazantes como menos efectivas que los individuos no-ansiosos.

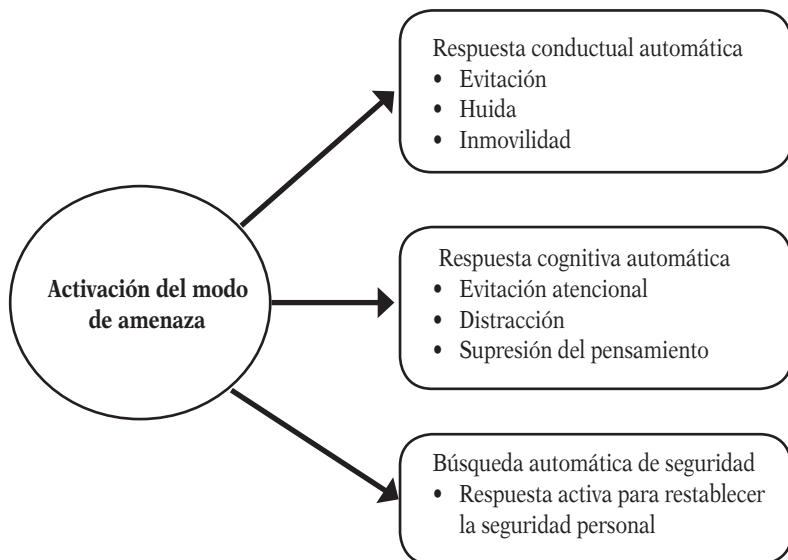
La Hipótesis 7 se centra en la consecuencia final del modo de activación de amenaza (véase Figura 2.1). Se propone que la activación del miedo conlleva una respuesta defensiva automática dirigida a la reducción inmediata o a la evitación del miedo y al restablecimiento de la seguridad. Este sistema de respuesta rápida no implica un respuesta de afrontamiento intencionada y costosa sino un sistema adaptativo de base fundamentalmente biológica que se dispara cuando el organismo halla una situación potencialmente mortal (Öhman & Mineka, 2001). El valor adaptativo del miedo se debe, en parte, a su capacidad para iniciar una respuesta defensiva inmediata.

El miedo ha evolucionado para afrontar situaciones que conlleven peligro físico, que son potencialmente mortales; estas reacciones de alarma tan primitivas pueden ser efectivas para peligros externos. Sin embargo, son menos útiles o incluso contraproducentes, para las amenazas más abstractas o de orientación interna que caracterizan a

los trastornos de ansiedad. Beck et al., (1985, 2005) proponían que la amenaza puede poner en marcha dos tipos de sistemas defensivos conductuales automáticos. El primero es un sistema enérgico, activo, que conlleva la movilización (p. ej., lucha, huida) en respuesta al peligro. El segundo es un sistema más pasivo y anérgico que conlleva una respuesta estereotípica de inmovilidad (p. ej., desmayo). Craske (2003) presentó un modelo de inminencia de la amenaza según el cual el aumento de proximidad y detección de una amenaza se asocia con el correspondiente estado de activación automática en preparación para la lucha o huida.

En la Figura 3.4 se resumen los procesos conductuales, cognitivos y de búsqueda de seguridad elicitados por la activación del modo de amenaza y que participan en la reacción defensiva automática.

Figura 3.4. El sistema defensivo automático de respuesta asociado a la activación del modo de amenaza.



Huida y evitación conductual

La conducta de huida y evitación es tan prominente en los estados de ansiedad que se incluye como uno de los rasgos diagnósticos DSM-IV cardinales de la fobia social, el TEPT, la fobia específica y el trastorno de angustia (APA, 2000). Además, los esfuerzos por ignorar, suprimir o neutralizar las obsesiones en el TOC y el control inefectivo de la preocupación en el TAG pueden considerarse como ejemplos de respuestas de huida en estos trastornos. Las respuestas de huida y evitación se asocian tan próximamente con el miedo subjetivo que su ocurrencia se considera como un rasgo importante de la expresión del miedo (Barlow, 2002).

Las teorías conductuales, biológicas y emocionales del miedo coinciden casi de forma universal en que la respuesta automática de huida y evitación es parte de la activación del miedo (Barlow, 2002). Varias reacciones defensivas como el alejamiento (huida, escape, evitación), la cortés (congelación) o la inmovilidad tónica (sin respuesta), la defensa agresiva y la desviación del ataque (apaciguamiento o sumisión) se asocian con la activación del miedo en todos los animales, incluidos los humanos, como medio para protegerse del peligro (Marks, 1987). Se sabe que la evitación activa de los estímulos de miedo, que se ha comprobado en muchos experimentos de condicionamiento aversivo humano y animal, refuerza los efectos porque se asocia con la evitación del castigo (Gray, 1987; Seligman & Johnston, 1973). El aprendizaje de la evitación, por lo tanto, es resistente a la extinción porque conlleva la finalización de la exposición al castigo (el estímulo aversivo) y engendra una sensación de control sobre la situación; esta última aumenta la reducción del miedo (para una revisión y comentarios, véanse Mineka, 1979, 2004). No es de sorprender que las respuestas de huida y evitación hayan desempeñado un papel prominente en las teorías del aprendizaje sobre la adquisición y persistencia del miedo (para más información, véanse Barlow, 2002; Craske, 2003; Öhman & Mineka, 2001; LeDoux, 1996; Marks, 1987).

Los estudios fenomenológicos de los trastornos de ansiedad han descubierto que alguna forma de huida o evitación inmediata es evidente en la mayoría de los estados de ansiedad. La huida y evitación

son más prevalentes con niveles altos de ansiedad de estado y rasgo (Genest, Bowen, Dudley & Keegan, 1990). La mayoría de los individuos (es decir, el 90%) con trastorno de angustia muestran como mínimo niveles entre suaves y moderados de evitación agorafóbica (Brown & Barlow, 2002; Craske & Barlow, 1988). En la fobia social los individuos son más propensos a ejecutar conductas sutiles de evitación, como evitar el contacto ocular o distanciar la mirada en situaciones sociales evaluativas (Beidel et al., 1985; Bögels & Mansell, 2004; Wells et al., 1995), mientras que la insensibilidad emocional, la evitación de las señales relacionadas con el trauma o el futuro esbozado son respuestas de evitación activas y pasivas propias del TEPT que reflejan los esfuerzos por reducir la aversividad que conlleva reexperimentar el trauma (p. ej., Feeny & Foa, 2006; Wilson, 2004). Entre el 75 y el 91% de los individuos con TOC presenta obsesiones y compulsiones, siendo éstas últimas respuestas activas de evitación o huida (Akhtar, Wig, Varma, Peershad & Verma, 1975; Foa & Kozak, 1995). Para la gran mayoría de los pacientes ansiosos, la evitación conductual desempeña un rol importante en su experiencia diaria de este estado emocional negativo.

Evitación cognitiva: una reacción defensiva automática

Se han identificado varios procesos cognitivos como parte de la respuesta de evitación automática para la amenaza. Alejar la atención de los estímulos temidos, distraerse, suprimir pensamientos y dar inicio a la preocupación son todos procesos cognitivos protectores destinados a finalizar o prevenir la exposición a la amenaza (Craske, 2003). Irónicamente, estas respuestas inmediatas, de hecho, pueden aumentar la accesibilidad a los mismos esquemas que representan la amenaza (Wells & Matthews, 2006). Además, todos estos procesos conllevan una mezcla de procesamiento automático y más consciente e intencionado. En este apartado consideraremos las pruebas de la evitación cognitiva automática, mientras que los aspectos más elaborativos de distracción, preocupación y supresión del pensamiento se contarán en el apartado correspondiente a la Hipótesis 10, como estrategias intencionadas de afrontamiento evitativa.

La evitación automática de la amenaza se ha observado más sistemáticamente en las fobias sociales y específicas que en el TAG y en otros trastornos de ansiedad (véanse revisiones de Bögels & Mansell, 2004; Mogg & Bradley, 2004; p. ej., experimentos de Mogg, Bradley, Miles & Dixon, 2004). En consecuencia, aún se desconoce si la evitación atencional automática de la amenaza es un rasgo universal de todos los estados de ansiedad alta.

Si en los diferentes trastornos de ansiedad apareciera más sistemáticamente una evitación atencional automática retardada de la amenaza, entonces este proceso podría ser el elemento clave para generar las respuestas más conscientes y estratégicas de evitación cognitiva como la distracción, la supresión del pensamiento o la preocupación (véase también Mathews & Mackintosh, 1998, para una revisión similar). Borkovec y sus colaboradores presentan pruebas convincentes de que la preocupación funciona como una reacción cognitiva de evitación ante la información amenazante (Borkovec, 1994; Borkovec, Alcaine & Behar, 2004; véase también Mathews, 1990) que es instigada por los sesgos atencionales automáticos hacia la amenaza. Aunque la preocupación es predominantemente una estrategia de afrontamiento consciente e intencionada con una función evitativa, el inicio del proceso de preocupación puede ser un producto de la vigilancia automática hacia la amenaza.

Búsqueda automática de la seguridad

La conducta de búsqueda de seguridad constituye un tipo de respuesta de huida y evitación importante que es evidente en la persistencia de la agorafobia (Rachman, 1984a), el trastorno de angustia (D.M. Clark, 1997; Salkovskis, 1996a), la fobia social (Rapee & Heimberg, 1997; Wells & Clark, 1997) y el TEPT (Ehlers & Clark, 2000). Varios estudios han demostrado que el aumento en el uso de conductas de búsqueda de seguridad se relaciona con la persistencia de ansiedad y evitación (p. ej., Dunmore et al., 1999; Dunmore, Clark & Ehlers, 2001; Salkovskis et al., 1999; Sloan & Telch, 2002; Wells et al., 1995). White y Barlow (2002) hallaron que el 74% de sus pacientes con trastorno de angustia con agorafobia ejecutaban una o más respuestas de seguridad, como llevar a cuestas un bote de medicamen-

tos, alimentos/bebida, bolsas, brazaletes u otros objetos. En otro estudio los individuos con fobia social mostraban más conductas de seguridad asociadas con el aumento de ansiedad y eso mediaba los auténticos déficits en la ejecución social (Stangier, Heidenreich & Schermelleh-Engel, 2006).

Los modelos cognitivos de los trastornos específicos de ansiedad y los escasos estudios que se han centrado en la búsqueda de seguridad sugieren que esta forma de respuesta puede ser importante en la patogénesis de la ansiedad. Sin embargo, esta investigación es de limitada relevancia para la Hipótesis 7 porque se centra en la búsqueda de la seguridad como estrategia evitativa e intencionada de afrontamiento. Por el momento desconocemos si existen aspectos automáticos más inmediatos en la búsqueda de seguridad que la convertirían en parte de la respuesta defensiva inmediata.

Resumen

Existe una gran cantidad de pruebas clínicas y de laboratorio relativas a la respuesta exclusivamente automática de huida y evitación en la ansiedad alta, y esta respuesta es parte de un patrón defensivo automático característico, destinado a proteger al organismo de la amenaza y del peligro. Lo que no se conoce tan bien es si se necesita la eliminación de las respuestas de huida y evitación para que los tratamientos de los estados de ansiedad sean satisfactorios. Aún se sabe menos sobre los rasgos más automáticos de las conductas de evitación cognitiva y búsqueda de seguridad. La investigación ha examinado estos temas en términos de estrategias conscientes e intencionadas de afrontamiento destinadas a reducir la ansiedad. Por lo tanto, se requiere más investigación que compare directamente la respuesta defensiva automática de los individuos con ansiedad alta y baja en términos de su impacto inmediato sobre el nivel de ansiedad y efectividad percibida como prueba directa de la Hipótesis 7. Hasta que se efectúe tal investigación, desconocemos el estatus empírico de los aspectos cognitivos y de búsqueda de seguridad de la Hipótesis 7.

Pauta clínica 3.7

Se deben identificar y especificar como objetivos de cambio las respuestas cognitivas, conductuales y de búsqueda de seguridad que sean defensivas, relativamente automáticas e idiosincrásicas. Es fundamental una perspectiva amplia sobre la evitación, un punto de vista que reconozca sus características cognitivas y de búsqueda de seguridad como parte de un sistema de respuesta automático y rápido ante la amenaza.

Revaloración elaborativa secundaria: el estado de ansiedad***Hipótesis 8: Facilidad para la elaboración de la amenaza***

A diferencia de los individuos no-ansiosos, los ansiosos mostrarán un sesgo selectivo hacia la amenaza en procesos cognitivos explícitos y elaborados como en el de la recuperación del recuerdo de la ansiedad, en las expectativas de resultados y en las interferencias con los estímulos ambiguos.

Como se ha comentado en el Capítulo 2, el modelo cognitivo de la ansiedad postula que se produce un segundo nivel compensatorio de procesamiento de información en respuesta al modo de activación de amenaza (es decir, la respuesta inmediata de miedo). Mientras que los primeros momentos de la ansiedad están dominados por los procesos automáticos que caracterizan al modo de activación primal de la amenaza, la fase secundaria posterior conlleva fundamentalmente el procesamiento intencionado que refleja un enfoque estratégico consciente de reducción de la ansiedad.

Esta fase elaborativa secundaria desempeña un rol básico en la persistencia de la ansiedad. De hecho, la mayoría de las intervenciones cognitivo-conductuales de la ansiedad se centran en el cambio de esta fase elaborativa. La modificación del procesamiento cognitivo intencionado puede conducir a una reducción significativa incluso de los aspectos más automáticos de la activación del miedo. En su revisión Mansell (2000) presentó pruebas clínicas y experimentales según las cuales las interpretaciones conscientes podrían tener un

impacto positivo o negativo sobre los procesos automáticos implicados en la ansiedad. Se ha comprobado que la intervención psicológica que reduce con efectividad los síntomas ansiosos disminuye también el sesgo atencional automático hacia la amenaza (véase MacLeod, Campbell, Rutherford & Wilson, 2004). A pesar de todo, consideramos que el procesamiento consciente e intencionado de información que conlleva el establecimiento de juicios, la generación de expectativas, la evaluación o valoración de la información, el razonamiento y adopción de decisiones y la recuperación de la memoria explícita son aspectos importantes de la arquitectura cognitiva de la ansiedad sesgada por la amenaza. Como se observará en la revisión que se presenta a continuación, en la literatura científica ha sido amplio el debate sobre el rol que desempeña el procesamiento estratégico, elaborativo, en la ansiedad.

Interpretaciones sesgadas por la amenaza

Se han utilizado diferentes tareas experimentales para determinar si los individuos ansiosos muestran una mayor tendencia que los individuos no-ansiosos a establecer juicios sesgados relacionados con la amenaza. En algunos estudios se presentaban palabras amenazantes y no-amenazantes pero las pruebas relativas a una preferencia clara hacia la amenaza eran mixtas (p. ej., Gotlib et al., 2004; Greenberg & Alloy, 1989). Los experimentos de impronta emocional, donde a los participantes se les presentan adjetivos de rasgo positivo y negativo precedidos por una frase de impronta positiva o negativa, han producido resultados más coherentes. En estos estudios los pacientes TAG y con trastorno de angustia exhibían una respuesta preferente hacia los estímulos de amenaza improntados (p. ej., D.M. Clark et al., 1988; Dalgleish, Cameron, Power & Bond, 1995).

El juicio sesgado se estudia con más precisión mediante los paradigmas experimentales que presentan estímulos ambiguos amenazantes y no-amenazantes, prediciendo que los individuos ansiosos ratificarán la interpretación más amenazante. Las tareas ambiguas son más sensibles a los sesgos de evaluación porque permiten la posibilidad de generar interpretaciones alternativas que varían en su aversividad (McLeod, 1999). Un paradigma experimental usado para

investigar el sesgo de interpretación ha consistido en la presentación auditiva de homófonos, que son palabras con pronunciación idéntica pero diferente ortografía, y significado amenazante y no amenazante (p. ej., *die/dye* [morir/tinte]; *weak/week* [débil/semana]; *flu/flew* [gripe/evadido]). A los individuos se les pide que escriban la palabra que han escuchado. En un estudio inicial Mathews, Richards y Eysenck (1989) encontraron que los pacientes ansiosos escribían significativamente más palabras amenazantes que los no ansiosos. Este hallazgo se ha replicado en otros estudios (p. ej., Mogg, Bradley, Miller, et al., 1994, Experimento 2 y 3).

Se podría decir que la presentación de frases ambiguas y otras formas de comprensión de textos proporciona una representación más precisa de las complejas preocupaciones que encontramos en los trastornos de ansiedad, que los estímulos de una única palabra. En estos estudios los pacientes con trastornos de ansiedad son propensos a generar o atribuir interpretaciones más amenazantes que no-amenazantes de las frases (p. ej., Amir, Foa & Coles, 1998b; D.M. Clark et al., 1997; Eysenck, Mogg, May, Richards & Mathews, 1991; Harvey et al., 1993; Stopa & Clark, 2000; Voncken, Bögels & de Vries, 2003). Por el contrario, Constans, Penn, Ilen y Hope (1999) hallaron que los individuos socialmente no-ansiosos presentaban un sesgo de interpretación positiva para la información socialmente ambigua, mientras que los individuos socialmente ansiosos eran más equilibrados en sus interpretaciones (véase también Hirsch & Mathews, 1997). Bredle y Wenzel (2004) hallaron que los estudiantes socialmente ansiosos presentaban un sesgo particularmente pronunciado de interpretación negativa hacia pasajes positivos no-ambiguos auto-relevantes y una interpretación positiva reducida de los mismos pasajes 48 horas más tarde. Por lo tanto, es posible que el sesgo de interpretación aumentada de la amenaza y el de positividad reducida operen de modo diferente, especialmente en la fobia social, pero ambos son importantes para caracterizar el sesgo de interpretación en la ansiedad.

Un problema derivado de los homófonos y de los pasajes ambiguos (o no-ambiguos) es que las producciones amenazantes de los ansiosos pueden reflejar un sesgo de respuesta (es decir, tendencia a emitir una respuesta particular) y no un sesgo de interpretación (es

decir, tendencia a codificar o interpretar estímulos de ciertos modos amenazantes; véase MacLeod, 1999). MacLeod y Cohen (1993) emplearon una tarea de comprensión de textos para mostrar que sólo los estudiantes con ansiedad rasgo alta mostraban una latencia de comprensión más rápida para las frases ambiguas que iban seguidas por una frase de continuación amenazante. Este efecto de impronta indica que los estudiantes con ansiedad rasgo alta, pero no baja, se inclinaban más a atribuir un sentido amenazante a las afirmaciones ambiguas. Un estudio más reciente con pares de homófonos sugiere que, al improntar significados amenazantes en la fobia social generalizada, este sesgo interpretativo activado puede persistir durante más tiempo que en los individuos socialmente no-ansiosos (Amir et al., 2005). Además, estudios recientes que emplean entrenamiento en sesgo interpretativo sugieren una posible relación causal entre las interpretaciones de amenaza y la ansiedad. Los individuos no-ansiosos entrenados para efectuar interpretaciones negativas o amenazantes de frases ambiguas experimentaron aumentos subsiguientes en su ansiedad de estado o reactividad a la ansiedad (Mathews & Mackintosh, 2000; Salemink, van den Hout & Kindt, 2007a; Wilson, MacLeod, Mathews & Rutherford, 2006). Sin embargo, el efecto del entrenamiento podría ser más pronunciado para las interpretaciones positivas (p. ej., Mathews, Ridgeway, Cook & Yiend, 2007; Salemink et al., 2007a), y algunos estudios han hallado, incluso, efectos débiles o insignificantes del entrenamiento interpretativo negativo sobre los niveles de ansiedad (Salemink, van den Hout & Kindt, 2007b).

En resumen, hay pruebas considerables favorables a que los trastornos de ansiedad se caracterizan por un sesgo de interpretación estratégica, consciente hacia la amenaza que es particularmente evidente al procesar información ambigua relevante a las preocupaciones específicas de la ansiedad del individuo. El hecho de que este efecto haya sido observado en los estudios de impronta no indica que pueda ser descartado como sesgo de respuesta. Los sesgos interpretativos han sido demostrados en el trastorno de angustia para la información relativa a las sensaciones corporales y en la fobia social para los escenarios sociales ambiguos (véase Hirsch & Clark, 2004). Además, los estudios sobre entrenamiento en sesgo interpretativo ofrecen pruebas de un posible rol causal en la ansiedad (véase tam-

bién Capítulo 4). Aunque aún nos quede mucho que estudiar y entender sobre la especificidad del sesgo interpretativo, creemos que los hallazgos son suficientemente firmes como para concluir que desempeña un rol contribuyente en la ansiedad y, consecuentemente, está justificada la designación de “intensamente confirmada”.

Expectancias relacionadas con la amenaza

Si la ansiedad se caracteriza por un sesgo de amenaza en el proceso elaborativo, entonces los individuos ansiosos deberían ser más propensos a sostener altas expectativas de amenaza o peligro futuro que son relevantes para sus preocupaciones ansiosas. MacLeod y Byrne (1996) señalaban que los estudiantes ansiosos anticipaban significativamente más experiencias de futuro personal negativo que los controles no-ansiosos. En un seguimiento realizado 6 meses después de los ataques terroristas del 9/11 a los trabajadores de la ciudad de Nueva York, los individuos que manifestaban más síntomas TEPT también valoraban como mucho más probable la amenaza de futuros ataques terroristas (Piotrkowski & Brannen, 2002).

La investigación sobre el sesgo de covariación indica que las expectativas altas de experiencias negativas pueden sesgar las percepciones de las contingencias ambientales (MacLeod, 1999). En este paradigma experimental, a los individuos se les presentan o diapositivas relevantes a la amenaza o diapositivas neutrales que se asocian al azar con una descarga suave (respuesta aversiva), un tono (respuesta neutra) o con nada. Se pide a los participantes que presten atención a las asociaciones estímulo-respuesta y determinen si existe o no alguna relación particular entre el tipo de estímulo y la respuesta. Tomarken, Mineka y Cook (1989) hallaron que las mujeres muy miedosas sobrestimaban sistemáticamente el porcentaje de veces que las diapositivas de miedo estaban asociadas con una descarga eléctrica, lo que refleja un sesgo de procesamiento hacia la amenaza. Esta sobrestimación de la amenaza, reflejada en los valoraciones exageradas de las asociaciones entre los estímulos de miedo y las descargas, fue replicada con individuos que sufrían aracnofobia (de Jong et al., 1995), aunque el miedo previo puede tener un efecto mayor sobre las expectancias de covariación futura que las estimaciones *post hoc*

de la covariación pasada (de Jong & Merckelbach, 2000). El sesgo de covariación para la amenaza también ha sido demostrado en individuos propensos al pánico expuestos a diapositivas de situaciones de emergencia (Pauli, Montoya & Martz, 1996) y, más recientemente, en la fobia social generalizada al estimar la contingencia entre los resultados negativos y los acontecimientos sociales ambiguos (Hermann, Oler & Flor, 2004; véase Garner, Mogg & Bradley, 2006, para resultados contrarios). Aunque se desconoce si el sesgo de covariación es tan prominente en los trastornos de ansiedad como en los estados de fobias específicas, es evidente que las expectativas negativas pueden sesgar los juicios de las contingencias que caracterizan a las situaciones relevantes a la ansiedad.

Sesgo de la memoria explícita

La investigación sobre el procesamiento de información ha estudiado también si la ansiedad se caracteriza por el recuerdo sesgado de la información congruente a la amenaza. Si los esquemas relevantes a la amenaza se activan en la ansiedad, se podría prever un mayor acceso a los recuerdos congruentes con los esquemas. Sin embargo, no hay pruebas determinantes que indiquen que los individuos ansiosos presenten ventajas mnemónicas para la información relevante a la amenaza (Mathews & MacLeod, 1994; MacLeod, 1999). Williams et al. (1997) concluyeron que la memoria implícita sesgada para la amenaza se encuentra con más frecuencia en la ansiedad, mientras que un sesgo negativo en la memoria explícita se encontraría más probablemente en la depresión. Además, MacLeod (1999) concluía que la vulnerabilidad hacia la ansiedad se caracteriza por el sesgo de la memoria implícita pero no de la memoria explícita para la amenaza.

La presencia de un sesgo de memoria explícita para la amenaza es indicativa de sesgo en la fase estratégica, elaborativa del procesamiento de información. En oposición a las afirmaciones anteriores, Coles y Heimberg (2002) concluían que los sesgos en la memoria explícita para la información relevante a la amenaza son evidentes en el trastorno de angustia y, en menor grado, en el TEPT y el TOC. Sin embargo, el sesgo en la memoria explícita es menos visible en la fobia social y en el TAG.

La tarea de codificación auto-referente (SRET [*self-referent encoding task*]) ha sido empleada con mucha frecuencia para evaluar el sesgo de memoria explícita en la ansiedad y en la depresión. A los individuos se les presenta un listado de palabras auto-relevantes positivas, negativas (o amenazantes) y neutras y se les pide que señalen qué palabras son auto-descriptivas. Tras la tarea de atribución, a los individuos se les presenta un ejercicio de recuerdo incidental en el que escriben tantas palabras como puedan recordar. Sobre la base de este paradigma experimental o varias modificaciones del mismo, se ha descubierto un sesgo de recuerdo negativo o de amenaza para la fobia social (Gotlib et al., 2004); para el trastorno de angustia (Becker, Rinck & Margraf, 1994; Cloitre et al., 1994; Lim & Kim, 2005; Nunn, Stevenson & Whalan, 1984); para el TEPT (Vrana, Roodman & Beckham, 1995) y para el TAG o la ansiedad rasgo alta (Mogg & Mathews, 1990). Sin embargo, otros estudios no han logrado encontrar un sesgo de clave negativa o recuerdo (o reconocimiento) libre para el TAG o la alta ansiedad rasgo (Bradley, Mogg & Williams, 1995; MacLeod & McLaughlin, 1995; Mathews, Mogg et al., 1989; Mogg et al., 1987, 1989; Richards & French, 1991); para la fobia social (Cloitre, Cancienne, Heimberg, Holt & Liebowitz, 1995; Lundh & Öst, 1997; Rapee et al., 1994, Experimentos 1 y 2; Rinck & Becker, 2005); para el TOC (Foa, Amir, Gershunsky, et al., 1997); ni para el trastorno de angustia (Baños et al., 2001).

Coles y Heimberg (2002) señalaban que el sesgo de memoria explícita para la amenaza era más visible cuando se requería un procesamiento conceptual o “profundo” de la información durante el estadio de codificación, cuando los individuos no debían producir los estímulos que temían en el estadio de recuperación del recuerdo, cuando se examinaba el recuerdo y no el reconocimiento y cuando se emplean experiencias externamente válidas que se relacionan directamente con el foco de miedo del individuo. A este fin, algunos investigadores han estudiado la memoria relativa a las experiencias amenazantes exponiendo a los individuos a situaciones imaginarias o de la vida real. En la mayoría de estos estudios han participado individuos socialmente ansiosos que fueron expuestos a encuentros sociales reales o hipotéticos y que posteriormente fueron evaluados en relación a la codificación y recuerdo de varios elementos de la experiencia. En

la mayoría de los casos el grupo con ansiedad social alta no mostraba un sesgo de recuerdo explícito de la amenaza (p. ej., Brendle & Wenzel, 2004; Rapee et al., 1994, Experimento 3; Stopa & Clark, 1993; Wenzel, Finstrom, Jordan & Breadle, 2005; Wenzel & Holt, 2002). Radomsky y Rachman (1999) hallaron pruebas de aumento de recuerdo del contacto previo con los objetos de contaminación percibidos (véase también Radomsky, Rachman & Hammond, 2001), pero este efecto no fue replicado en un estudio posterior con pacientes TOC que se lavaban las manos compulsivamente (Ceschi, van der Linden, Dunker, Perroud & Brédart, 2003).

Es suficiente el número de estudios que ha confirmado el sesgo de memoria explícita para la amenaza, especialmente cuando se evalúa el recuerdo más que el reconocimiento, para poder concluir que este cuerpo de investigación proporciona un nivel modesto de respaldo empírico para la Hipótesis 8. Podría decirse que el procesamiento consciente elaborativo implicado en la codificación y recuperación de la información está sesgado hacia la amenaza en la ansiedad. Sin embargo, el sesgo de memoria explícita para la amenaza ha sido muy visible en el trastorno de angustia y menos evidente en el TAG y en la fobia social. De hecho, la mayoría de los estudios han sido incapaces de hallar pruebas del sesgo de memoria explícita para la amenaza en la fobia social incluso con manipulaciones del procesamiento de información que se adecuan estrechamente a las experiencias sociales de la vida real. No son suficientes los estudios de memoria que se han realizado en relación al TOC y al TEPT para poder extraer conclusiones, aunque Muller y Roberts (2005) concluían en su revisión que el TOC se caracteriza por un sesgo de memoria positiva para los estímulos amenazantes. La investigación general sobre el sesgo de memoria explícita sólo ofrece un modesto apoyo para la Hipótesis 8.

Memoria autobiográfica

Si la ansiedad se caracteriza por el procesamiento elaborativo sesgado por la amenaza, entonces sería de esperar que los individuos ansiosos muestren una elevada tendencia a recordar experiencias personales pasadas de amenaza o peligro. La recuperación selectiva de las memorias autobiográficas se ha demostrado con plena claridad en la

depresión; el efecto de congruencia con el estado anímico negativo se ha observado en numerosos estudios (para una revisión, véase D.A. Clark et al., 1999; Williams et al., 1997). En el estudio autobiográfico típico se pide a los individuos que manifiesten el primer recuerdo que atravesase su cabeza en respuesta a palabras claves neutras o con alguna valencia. La tarea de la memoria autobiográfica presenta una buena validez ecológica porque evalúa los recuerdos y las experiencias personales de los individuos, aunque en las vidas de los individuos ansiosos el recuerdo sesgado podría estar causado por un mayor número de experiencias pasadas amenazantes (MacLeod, 1999). Estas diferencias de recuperación de los recuerdos quizá no reflejen diferencias de memoria sino, más bien, diferencias en las experiencias vitales.

Sólo unos pocos estudios han investigado la memoria autobiográfica en la ansiedad. Rapee et al. (1994, Experimento 4) no hallaron diferencias entre los grupos de ansiedad social y de no-ansiosos en el número de recuerdos positivos o negativos recuperados durante la presentación de palabras estímulo neutrales o sociales, aunque Burke y Mathews (1992) produjeron resultados más positivos indicativos de un sesgo de memoria autobiográfica en el TAG. Mayo (1989) comprobó que la ansiedad rasgo alta se asociaba con el recuerdo de menos memorias personales felices y más infelices. Wenzel, Jackson y Holt (2002) señalaban que los individuos con fobia social recordaban más memorias personales que conllevaban afecto negativo en respuesta a claves de amenaza social pero este efecto era débil, explicando sólo el 10% de los recuerdos recuperados mediante los estímulos de amenaza. A pesar de la escasez de estudios publicados relativos a la memoria autobiográfica en la ansiedad, es posible que este tipo de sesgo de memoria sea específico para ciertos trastornos de ansiedad como el TAG, pero no para otros como la fobia social.

Resumen

En general existe considerable cantidad de confirmación empírica para la Hipótesis 8, según la cual la ansiedad se caracteriza por la facilitación de la amenaza en el estadio estratégico, elaborativo del procesamiento de información. El respaldo empírico más firme se deriva de la investigación sobre el sesgo interpretativo. El hallazgo

más frecuente son los juicios sesgados relacionados con la amenaza en la ansiedad alta. Esto se hace particularmente visible cuando se presenta información ambigua que es específica para los miedos del individuo (p. ej., sensaciones corporales en el trastorno de angustia y evaluación social negativa para la fobia social). En algunos casos parece observarse que el sesgo de interpretación en la ansiedad es persistente, se focaliza en la gravedad de la amenaza y tiene un impacto causal sobre la ansiedad. Todavía permanecen las dudas relativas a si el sesgo de interpretación conlleva fundamentalmente la exageración de la amenaza o la disminución de un sesgo de positividad que caracteriza a los estados no-ansiosos.

Existen algunas muestras relativas a que el procesamiento estratégico consciente de la amenaza es evidente en forma de aumento de expectativas negativas. Los individuos ansiosos pueden ser más propensos a esperar que a ellos les ocurran sucesos futuros negativos o amenazantes, aunque se requiera aún más investigación para confirmar este hallazgo. Los experimentos sobre el sesgo de covariación indican que las expectativas relacionadas con el miedo en los estados fóbicos pueden generar percepciones sesgadas de contingencias ambientales (MacLeod, 1999). Se requiere investigación adicional para comprobar si los sesgos de covariación operan también en los trastornos de ansiedad. Sin embargo, en este nivel existe, como mínimo, cierto respaldo empírico para la perspectiva según la cual la ansiedad conlleva una expectativa sesgada para los acontecimientos personales futuros negativos o amenazantes.

Por último, la considerable cantidad de literatura científica sobre el sesgo de memoria explícita en la ansiedad ha determinado que es evidente la recuperación sesgada de información relevante a la amenaza en el trastorno de angustia pero no en la fobia social o en el TAG. No son suficientes los estudios de memoria realizados con individuos que sufren TOC o TEPT para poder obtener conclusiones firmes. Además, los individuos ansiosos pueden tender a recordar memorias personalmente amenazantes y esto podría contribuir a otros procesos elaborativos como la rumiación ansiosa o el procesamiento posterior al suceso (véase Hirsch & Clark, 2004). Sin embargo, por el momento sólo son provisionales las pruebas relativas a la memoria autobiográfica selectiva para la amenaza.

Pauta clínica 3.8

Existen suficientes pruebas empíricas que defienden las intervenciones que tratan de modificar el procesamiento estratégico y consciente de información que es la base de la revaloración exagerada de la amenaza. La modificación de las evaluaciones, expectativas y recuerdos intencionados de la amenaza, con la finalidad de establecer una revaloración más equilibrada de la amenaza inmediata, puede tener un impacto positivo sobre los procesos automáticos de activación del miedo.

Hipótesis 9: Elaboración inhibida de la seguridad

Los procesos cognitivos explícitos y controlados de la ansiedad se caracterizarán por un sesgo inhibitorio de la información relativa a la seguridad y que sea relevante para las amenazas selectivas como el observado en la recuperación de la memoria, las expectativas de resultados y los juicios de estímulos ambiguos; los sujetos ansiosos presentarán menos temas de seguridad que los no-ansiosos.

Si los individuos ansiosos presentan un sesgo hacia el procesamiento consciente e intencionado de la información relevante a la amenaza, ¿no es posible que estos mismos procesos estratégicos puedan estar sesgados para desatender las claves relacionadas con la seguridad? Desafortunadamente es muy escasa la investigación experimental que ha contemplado esta posibilidad. Algunos pocos estudios sobre el despliegue atencional han observado que los individuos ansiosos muestran evitación atencional ante los estímulos amenazantes en intervalos de presentación prolongados (véanse comentarios de las Hipótesis 1 y 2), pero prácticamente carecemos de investigación relativa a si las personas ansiosas muestran más inhibición intencionada del procesamiento de información de seguridad. Otros investigadores, como D.M. Clark (1999), han subrayado que las conductas de seguridad desempeñan un rol importante en la persistencia de la ansiedad, pero no consideran si los individuos altamente ansiosos podrían inhibir activamente el procesamiento del material de seguridad.

En una serie de experimentos Hirsch y Mathews (1997) investigaron las inferencias emocionales que producían individuos con ansiedad alta y baja cuando se les improntaba con frases ambiguas después de que hubieran leído e imaginado que iban a ser entrevistados. La principal diferencia entre grupos se produjo con el grupo no-ansioso, que mostró una latencia más rápida a producir inferencias tras una impronta positiva. El grupo de ansiedad alta no mostró este sesgo de positividad en sus inferencias. Los autores concluían que los juicios sesgados de la ansiedad pueden describirse mejor en términos de ausencia de un sesgo positivo protector que caracteriza a los individuos sanos (véase también Hirsch & Mathews, 2000). Si ampliamos este déficit inferencial del procesamiento de información positiva para que incluya el material de seguridad, entonces estos resultados podrían sugerir que los individuos no-ansiosos son propensos a elaborar la información relevante a la seguridad mientras que los individuos con ansiedad social pueden carecer de tal sesgo de procesamiento estratégico e intencionado.

Las medidas de auto-informe también se usan para evaluar si los individuos ansiosos son menos propensos a procesar intencionadamente la información correctiva o de seguridad. Los investigadores del Centro de Terapia Cognitiva de Filadelfia elaboraron el AFQ (*Attentional Fixation Questionnaire*), un cuestionario de 16 ítems, para evaluar si los individuos con trastorno de angustia se fijan en los síntomas físicos angustiosos e ignoran la información correctiva durante las crisis de angustia (Beck, 1988; Wenzel, Sharp, Sokol & Beck, 2005). Parte de los ítems del AFQ se refieren a cuestiones de seguridad como “Soy capaz de centrarme en los hechos”, “Puedo distraerme”, “Puedo pensar en diversas soluciones” o “Recuerdo los consejos de los demás y los aplico”. Cincuenta y cinco pacientes con trastorno de angustia cumplieron el cuestionario en cuatro intervalos de tiempo: pretratamiento, 4 semanas, 8 semanas y finalización. Los pacientes que seguían teniendo problemas con crisis de angustia presentaban puntuaciones más altas en el AFQ que los individuos con trastorno de angustia que ya no sufrían crisis, y la mejoría del tratamiento se asoció con las diferencias pre-postratamiento importantes en el AFQ. Aunque estos resultados sólo sean incidentales, coinciden con la afirmación de Beck (1988) según la cual durante la crisis de

angustia los individuos son menos capaces de procesar conscientemente la información correctiva o de seguridad.

Resumen

Por el momento se desconoce si el sesgo de interpretación de amenaza en la ansiedad afecta también al procesamiento de las claves de seguridad. Podríamos pensar que la información de seguridad no se codificaría con la misma profundidad si el aparato de procesamiento de información está orientado hacia la amenaza. Sin embargo, hasta la fecha sólo existen pruebas que sugieren la posible interferencia del procesamiento elaborativo de la información de seguridad en la ansiedad, pero se carece aún de investigación crítica sobre este particular.

Pauta clínica 3.9

El tratamiento de la ansiedad podría beneficiarse del entrenamiento que mejore el procesamiento intencionado y trabajado de la información correctiva y de seguridad durante períodos de ansiedad anticipatoria y aguda.

Hipótesis 10: Estrategias compensatorias cognitivas perjudiciales

En estados de ansiedad la preocupación tiene un mayor efecto adverso intensificando la saliencia de la amenaza, mientras que la preocupación en estados de baja ansiedad suele estar asociada con efectos positivos como el inicio de la resolución efectiva de problemas. Otras estrategias cognitivas adicionales dirigidas a reducir los pensamientos amenazantes, como la supresión del pensamiento, la distracción y la sustitución de pensamientos, suelen mostrar más efectos paradójicos (es decir, rebotes, aumento del afecto negativo, menor control percibido) en los estados ansiosos.

Preocupación: una estrategia maladaptativa de afrontamiento

Como producto de la activación del modo de amenaza, la preocupación tiene un impacto nocivo sobre la persistencia de la ansiedad

fortaleciendo la probabilidad y la gravedad percibida de la amenaza así como la propia sensación de vulnerabilidad personal y capacidad de afrontamiento. En consecuencia, la preocupación desempeña una función dual, por una parte como la consecuencia “a favor de la corriente” de los procesos automáticos de amenaza y, por otra, como el “feedback” contribuyente a la persistencia de la ansiedad. Esto conduce a tres predicciones específicas sobre la preocupación en los trastornos de ansiedad:

- Los individuos muy ansiosos presentarán más preocupación excesiva, exagerada e incontrolable que los individuos con ansiedad baja.
- La preocupación en la ansiedad alta tendrá una consecuencia más negativa, generando una mayor revaloración de la amenaza y el aumento de la ansiedad subjetiva.
- El proceso de preocupación en la ansiedad baja se caracteriza por una resolución más adaptativa y efectiva de los problemas, mientras que la preocupación en la ansiedad alta es contraproducente.

- *Preocupación excesiva, incontrolable*

Existen pruebas suficientes para demostrar que la preocupación es un rasgo prominente de todos los trastornos de ansiedad y cuando ocurre en estos estados clínicos, es mucho más excesiva, exagerada e incontrolable que la preocupación manifestada por los individuos no-clínicos. En una reciente revisión de la especificidad cognitiva de los trastornos de ansiedad, se concluía que la preocupación patológica no es sólo evidente en el TAG (Starcevic & Berle, 2006). La preocupación es un rasgo prominente de constructos de síntomas que se consideran comunes a todos los trastornos de ansiedad como la aprensión ansiosa (Barlow, 2002), el afecto negativo (Barlow, 2000; Watson & Clark, 1984) y la ansiedad rasgo (Spielberger, 1985). Aunque la mayoría de los estudios hallaron que la preocupación es significativamente más frecuente, grave e incontrolable en el TAG (Chelminski & Zimmermann, 2003; Dupuy et al., 2001; Hoyer, Becker & Roth, 2001), los índices elevados también están presentes en el trastorno de angustia, en el TOC, en la fobia social, en el TEPT e incluso

en la depresión, así como en estados subsindromales de ansiedad alta (Chelminski & Zimmerman, 2003; Gladstone et al., 2005; Wetherell, Roux & Gatz, 2003). Naturalmente, el contenido real de la preocupación variará; en la fobia social estará asociada a las inquietudes evaluativas sociales, en la angustia a la aparición de trastornos de angustia o de consecuencias físicas temidas, en el TEPT al trauma pasado o al impacto negativo del trastorno y en el TOC a la variedad de miedos obsesivos. En este mismo orden, la preocupación en el TAG se distingue por las inquietudes relativas a pequeños problemas cotidianos, acontecimientos futuros remotos o enfermedad/salud/accidente (Craske, Rapee, Jackel & Barlow, 1989; Dugas, Freeston et al., 1998; Hoyer et al., 2001). En general, la investigación indica que la preocupación excesiva y maladaptativa se asocia comúnmente a los estados de ansiedad alta.

- *Efectos negativos de la preocupación patológica*

Los individuos ansiosos se preocupan a fin de evitar la ansiedad somática desagradable u otras emociones negativas, y a modo de estrategia de resolución de problemas que trata de evitar o, como mínimo, prepararse para los acontecimientos negativos futuros anticipados (Borkovec et al., 2004; Wells, 2004). En su modelo cognitivo del TAG, Wells (1999, 2004) subrayaba que las creencias positivas sobre los beneficios percibidos de la preocupación son un factor importante en la persistencia de la preocupación y del estado ansioso. Sin embargo, la preocupación es una estrategia de afrontamiento problemática que, al fin, contribuye a la escalada de la ansiedad intensificando la amenaza percibida. Para los individuos clínicamente ansiosos, la preocupación excesiva contribuirá a que revaloren la amenaza como más peligrosa e inminente y sus recursos de afrontamiento como más inapropiados para el suceso anticipado. Por lo tanto, la preocupación genera la intensificación de la ansiedad a través de su efecto negativo sobre la respuesta emocional, la cognición y la resolución inefectiva de problemas.

Wells (1999) defendía que el proceso de la preocupación es problemático porque (1) conlleva la generación de numerosos escena-

rios negativos que originan una mayor sensación de amenaza y vulnerabilidad personal, (2) aumenta la sensibilidad a la información relacionada con la amenaza, (3) aumenta la aparición de pensamientos intrusos indeseados y (4) conduce a elaborar atribuciones incorrectas sobre las causas para que no ocurra la catástrofe, fortaleciendo así las creencias positivas sobre la preocupación (p. ej., “No haré bien el examen si no me preocupo”).

Existen abundantes pruebas que confirman que la preocupación genera un aumento de la ansiedad subjetiva. Tanto los estudios interseccionales como los longitudinales indican que el aumento de la preocupación se asocia con elevaciones tanto de la ansiedad como de la depresión (Constans, 2001; Segerstrom, Tsao, Alden & Craske, 2000). La estrecha asociación entre los pensamientos ansiosos repetidos o preocupación y la emoción subjetiva negativa se ha observado en los estudios de diarios (Papageorgiou & Wells, 1999) así como en la investigación basada en pruebas de laboratorio en las que a los individuos no-clínicos se les asigna a una condición de preocupación instruida (p. ej., Andrews & Borkovec, 1988; Borkovec & Hu, 1990; York, Borkovec, Vasey & Stern, 1987).

Otra consecuencia negativa de la preocupación es el aumento de pensamientos intrusos negativos no deseados. En varios estudios en los que a los individuos propensos a la preocupación se les asignaba a una condición de inducción de preocupación manifestaban posteriormente un aumento de ansiedad indeseada y pensamientos depresivos intrusos (Borkovec, Robinson, et al., 1983; York et al., 1987). Pruzinsky y Borkovec (1990) hallaron que los sujetos que se auto-revelaban como preocupadores presentaban significativamente más intrusiones de pensamiento negativo que los no-preocupadores, incluso sin la manipulación de la inducción de preocupación, y Ruscio y Borkovec (2004) señalaban que los preocupadores TAG tenían mayor dificultad para controlar las intrusiones de pensamiento negativo tras la inducción de la preocupación que los preocupadores no-TAG, aunque las intrusiones negativas causadas por la preocupación fueran de duración breve. También se ha demostrado una relación causal entre la preocupación y los pensamientos intrusos indeseados tras la exposición a un estímulo estresante en el que las instrucciones

para preocuparse tras ver una película generaban un mayor número de intrusiones indeseadas relativas a la misma (véase Butler, Wells & Dewick, 1995; Wells & Papageorgiou, 1995).

- *Preocupación patológica, evitación y resolución de problemas*

La persistencia de la preocupación es una paradoja. Por una parte, es un estado aversivo asociado a mucha ansiedad y angustia, y, sin embargo, nos sumergimos en ella en los momentos de ansiedad. Una explicación es que la preocupación persiste debido a que no ocurre eso que tememos (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 2004). Además, se mantiene porque creemos que favorece la preparación de resultados futuros anticipados (Borkovec & Roemer, 1995). Wells (1994b, 1997) ha defendido que las creencias positivas sobre la efectividad de la preocupación en la reducción de la amenaza contribuyen a su persistencia. Sin embargo, la efectividad de la preocupación se invalida fácilmente por el hecho de que la mayoría de las cosas por las que nos preocupamos las personas nunca ocurren (Borkovec et al., 2004). Bajo estas condiciones se pone en marcha un poderoso esquema de refuerzo negativo mediante el cual las creencias positivas sobre la efectividad de la preocupación para evitar o prevenir los acontecimientos negativos se fortalecen porque los acontecimientos adversos no ocurren. En consecuencia, nos preocupamos no para lograr una ventaja particular sino para prevenir o evitar la adversidad anticipada.

Incluso aunque la preocupación pueda ser una actividad cognitiva superflua, su efecto negativo se observa en que su aparición perjudica la resolución efectiva de problemas. Las medidas de preocupación correlacionan negativamente con ciertos aspectos de las medidas de resolución de problemas sociales tanto en las muestras clínicas como no-clínicas (Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston & Ladouceur, 1995; Dugas, Merchant & Ladouceur, 2005). La preocupación crónica no se relaciona con la capacidad para la resolución de problemas sociales, está más directamente asociada con la baja confianza en la resolución de problemas, menor control percibido y reducción de la motivación para iniciar la resolución de problemas (Davey, 1994; Davey, Hampton, Farrell & Davidson, 1992; Dugas et al., 1995).

En suma, este cuerpo de investigación sugiere que, aunque la preocupación patológica no se caracterice por la resolución deficitaria de problemas sociales, probablemente interfiere con la capacidad de la persona para implementar soluciones efectivas (Davey, 1994). Por contraste, los fenómenos de la preocupación en poblaciones no-clínicas pueden asociarse con una implementación más efectiva de las respuestas de resolución de problemas (Davey et al., 1992; Langlois, Freeston & Ladouceur, 2000b).

- *Preocupación excesiva y sesgo de interpretación de la amenaza*

Una consecuencia negativa final de la preocupación es que lleva a la persona a revalorar el estímulo temido de una manera aún más amenazante. En un estudio de auto-informes de niños preocupados y no-preocupados de educación primaria, Suarez y Bell-Dolan (2001) hallaron que los niños preocupados generaban más interpretaciones negativas ante situaciones hipotéticas ambiguas y amenazantes que los niños no propensos a preocuparse. Constans (2001) observó también que la propensión a preocuparse 6 semanas antes de un examen se asociaba con el aumento de la estimación del riesgo a suspenderlo. Estos hallazgos, por consiguiente, son coherentes con nuestra propuesta de que la preocupación contribuye a una revaloración de la amenaza como incidente más grave y probable.

Impacto negativo sobre la búsqueda de seguridad

En apartados anteriores se han comentado varios aspectos relativos a la búsqueda de seguridad, pero este proceso también puede considerarse como una estrategia compensatoria maladaptativa de afrontamiento. La confianza excesiva en la conducta de búsqueda de seguridad se ha vinculado con la persistencia de la ansiedad y de las creencias relacionadas con la amenaza (véase apartado correspondiente a la Hipótesis 2). En este mismo orden, existen pruebas de un procesamiento automático más débil de la información de seguridad y una evitación atencional posterior de la amenaza. Si la experimentación más directa demostrara la idea de que el procesamiento auto-

mático de la información de seguridad es menos eficiente en los estados de ansiedad alta, entonces esto nos ayudaría a explicar por qué la persona ansiosa necesita destinar más recursos elaborativos para el logro de la seguridad.

Los individuos ansiosos son más propensos que los individuos no ansiosos a recurrir a conductas de búsqueda de seguridad como medio para afrontar la ansiedad (véase apartado correspondiente a la Hipótesis 2). A corto plazo, el afrontamiento orientado a la seguridad puede generar cierto alivio inmediato de la ansiedad, pero a largo plazo, de hecho, mantiene las interpretaciones amenazantes impidiendo su desconfirmación (Salkovskis, 1996b). De este modo, la excesiva confianza en la búsqueda de seguridad contribuye a la persistencia de la ansiedad. La importancia de la búsqueda de seguridad como respuesta maladaptativa de afrontamiento estratégico que contribuye a la patogénesis de la ansiedad ha sido reconocida como proceso importante en la mayoría de los trastornos de ansiedad como el TAG (Woody & Rachman, 1994), el trastorno de angustia (D.M. Clark, 1999), la fobia social (D.M. Clark & Wells, 1995) y el TEPT (Ehlers & Clark, 2000). Al igual que la preocupación, el uso excesivo de la búsqueda de seguridad es una estrategia de afrontamiento perjudicial que contribuye a la persistencia de la ansiedad.

Supresión del pensamiento y de la emoción

La supresión intencionada de los pensamientos y emociones indeseados son otras dos estrategias de afrontamiento que pueden contribuir a la persistencia de la ansiedad. Wegner y sus colaboradores fueron los primeros en demostrar que la supresión intencionada incluso de cogniciones neutras, como el pensamiento de un oso blanco, generará un rebote paradójico en la frecuencia del pensamiento diana una vez que cesen los esfuerzos de supresión (Wegner, Schneier, Carter & White, 1987). En el experimento típico de supresión de pensamiento, los individuos se asignan al azar a una de tres condiciones: un intervalo breve (p. ej., 5 minutos) durante el que los individuos pueden pensar en cualquier cosa salvo en el pensamiento diana (condición de supresión), una condición expresa (pensar intencionadamente en el pensamiento diana) o una condición de sólo-monitoreo (pensar en

cualquier cosa incluido el pensamiento diana). Esto va seguido de un segundo intervalo de la misma duración en el que todos los participantes reciben una condición expresa o de sólo-monitoreo. En ambos intervalos los participantes informan si el pensamiento diana se inmiscuye en su conciencia. Las pruebas sobre el rebote postsupresión son visibles en que el grupo de la condición de supresión manifiesta un índice mayor de intrusiones del pensamiento diana durante el siguiente período expreso o de sólo-monitoreo que el grupo que inicialmente expresó o monitoreó sus pensamientos. El fenómeno del rebote se atribuye a los efectos de prolongación de la supresión intencionada del pensamiento que se hacen más visibles cuando se relaja el control mental (Wenzlaff & Wegner, 2000). Es obvia la relevancia de esta investigación para los trastornos emocionales (para revisiones críticas, véanse Abramowitz, Tolin & Street, 2001; D.A. Clark, 2004; Purdon, 1999; Purdon & Clark, 2000; Rassin, Merckelbach & Muris, 2000); Wegner, 1994; Wenzlaff & Wegner, 2000). Si los pensamientos indeseados se aceleraran realmente como resultado de los esfuerzos previos de supresión intencionada, entonces el control mental deliberado de los pensamientos angustiosos sería una estrategia cognitiva maladaptativa de afrontamiento que contribuye a aumentar los índices de cognición amenazante y molesta observados en la ansiedad. En este caso la supresión del pensamiento sería un elemento que contribuye de forma importante a la persistencia de la ansiedad. Sin embargo, dos aspectos deben ser adicionalmente contemplados. El primero, ¿con qué frecuencia recurren los individuos ansiosos a la supresión intencionada del pensamiento como estrategia de afrontamiento? Y el segundo, ¿se produce una reaparición del pensamiento y emoción cuando los individuos ansiosos suprimen sus pensamientos indeseados amenazantes y preocupantes?

- *Prevalencia de la supresión del pensamiento*

La tendencia a utilizar la supresión del pensamiento ha sido medida mediante cuestionarios de auto-informe como el Inventario de Supresión del Oso Blanco (WBSI, [*White Bear Suppression Inventory*]; Wegner & Zanakos, 1994). El WBSI es un cuestionario de 15 ítems que evalúa las diferencias individuales en la tendencia a ejecu-

tar el control mental intencionado de pensamientos indeseados. Se han hallado correlaciones positivas entre el WBSI y varias medidas de auto-informe de la ansiedad, así como medidas de obsesionabilidad (p. ej., Rassin & Diepstraten, 2003; Wegner & Zanakos, 1994). Además, las puntuaciones en el WBSI son significativamente elevadas en todos los trastornos de ansiedad pero se reducen en respuesta al tratamiento efectivo (Rassin, Diepstraten, Merckelbach & Muris, 2001). En un estudio factorial de la WBSI, sin embargo, se observó que el factor de pensamientos intrusos indeseados y no el de supresión del pensamiento correlacionaba con la ansiedad y con los síntomas TOC (Höping & de Jong-Meyer, 2003). Otros estudios clínicos, por su parte, han indicado que la supresión del pensamiento es evidente en los trastornos de ansiedad. Harvey y Bryant (1998a) hallaron que los supervivientes de accidentes de vehículos de motor con trastorno de estrés agudo (TEA) presentaban índices más altos de supresión natural del pensamiento que los supervivientes sin TEA. Un estudio con mujeres que habían sufrido la pérdida del embarazo revelaban que la tendencia a proceder con la supresión del pensamiento predecía los síntomas TEPT 1 mes y 4 meses después de la pérdida (Engelhard, van den Hout, Kindt, Arntz & Schouten, 2003). En general, estos hallazgos indican que la supresión del pensamiento es una estrategia de afrontamiento frecuentemente empleada por las personas que sufren ansiedad.

- *Efectos negativos de la supresión del pensamiento*

Parece que los individuos con un trastorno de ansiedad son tan efectivos como los no-clínicos o los individuos con ansiedad baja en la supresión de determinados pensamientos ansiosos, como mínimo a corto plazo (Harvey & Bryant, 1999; Purdon, Rowa & Anthony, 2005; Shipherd & Beck, 1999), aunque hay otros estudios que indican una supresión menos eficiente en individuos con ansiedad diagnosticada (Harvey & Bryant, 1998a; Janeck & Calamari, 1999; Tolin, Abramowitz, Przeworski & Foa, 2000a). Además, las pruebas experimentales son incoherentes con respecto a si la supresión de los pensamientos ansiosos como las preocupaciones, los pensamientos obsesivos intrusos o las intrusiones relacionadas con el trauma son

más propensos a generar el rebote post-supresión. Algunos estudios han hallado efectos de rebote con pensamientos ansiosos y obsesivos (Davies & Clark, 1998a; Harvey & Bryant, 1998a, 1999; Koster, Rassin, Crombez & Näring, 2003; Shipherd & Beck, 1999), mientras que otros no han logrado encontrar los mencionados efectos de rebote por supresión (Belloch, Morillo & Giménez, 2004a; Gaskell, Wells & Calam, 2001; Hardy & Brewin, 2005; Janeck & Calamari, 1999; Nelly & Kahn, 1994; Muris, Merckelbach, van den Hout & de Jong, 1992; Purdon, 2001; Purdon & Clark, 2001; Purdon et al., 2005; Roemer & Borkovec, 1994; Rutledge, Hollenberg & Hancock, 1993, Experimento 1). En general, parece que el rebote post-supresión de los pensamientos ansiosos no es ni más ni menos probable en muestras clínicamente ansiosas que en los individuos no-clínicos (véase Shipherd & Beck, 1999, para acceder a observaciones opuestas).

Incluso aunque la reaparición inmediatamente posterior a la supresión de intrusiones de pensamientos indeseados no haya sido sistemáticamente confirmada, existen pruebas favorables a que la supresión de los pensamientos ansiosos puede tener otros efectos negativos que son importantes para la persistencia de la ansiedad. En primer lugar, parece que durante un período de tiempo largo, en un intervalo de entre 4 y 7 días, la supresión previa de objetivos que producen ansiedad generará una reaparición significativa de pensamientos indeseados (Geraerts, Merckelbach, Jelicic & Smeets, 2006; Trinker & Salkovskis, 1994). Abramowitz et al. (2001) sugerían que los individuos pueden suprimir satisfactoriamente pensamientos indeseados en períodos de tiempo breves, pero a medida que transcurra el tiempo y el individuo relaje sus esfuerzos de control, es más probable la reaparición de la frecuencia del pensamiento diana. En segundo lugar, la supresión parece tener un efecto negativo directo sobre el estado anímico, causando la intensificación de los síntomas ansiosos y depresivos (Gaskell et al., 2001; Koster et al., 2003; Purdon & Clark, 2001; Roemer & Borkovec, 1994; Markowitz & Bordon, 2002; Trinder & Salkovskis, 1994). En tercer lugar, estudios más recientes han hallado que la supresión de intrusiones ansiosas u obsesivas puede mantener e incluso modificar la propia valoración negativa de sus intrusiones recurrentes y, de este modo, contribuir a la escalada del estado anímico ansioso (Nelly & Kahn, 1994; Purdon, 2001; Purdon

et al., 2005; Tolin, Abramowitz, Halim, Foa & Synodi, 2002b). Por último, es evidente que ciertos parámetros pueden acelerar los efectos negativos de la supresión y/o reducir su efectividad inmediata como la imposición de una carga cognitiva (véase Wenzlaff & Wegner, 2000, para una revisión) o la presencia de un estado anímico disfórico (Conway, Howell & Giannopoulos, 1991; Howell & Conway, 1992; Wenzlaff, Wegner & Roper, 1988). Además, algunos investigadores han sugerido que las variables relativas a las diferencias individuales podrían influir sobre los efectos de la supresión (Geraerts et al., 2006; Renaud & McConnell, 2002). Por ejemplo, los individuos altamente obsesivos pueden ser más propensos que los individuos con baja obsesionabilidad a experimentar efectos negativos persistentes de la supresión (Hardy & Brewin, 2005; Smári, Birgisdóttir & Brynjólfssdóttir, 1995; para hallazgos opuestos véanse, Rutledge, 1998; Rutledge, Hancock & Rutledge, 1996).

La naturaleza de la supresión intencionada de pensamientos y su rol en la psicopatología es, en la actualidad, objeto de intensa investigación empírica. Es obvio que el proceso es complejo y que los puntos de vista iniciales de que la supresión causa un rebote post-supresión en la frecuencia del pensamiento indeseado que refuerza el trastorno emocional persistente son excesivamente simplistas.

Simultáneamente, la investigación es suficientemente clara con respecto a que la supresión de pensamientos ansiosos, especialmente la preocupación, de intrusiones relacionadas con el trauma y de obsesiones, no es una estrategia de afrontamiento sana para reducir los pensamientos angustiosos y la ansiedad. Por ejemplo, en un estudio con individuos que padecían trastorno de angustia y que experimentaron un reto de 15 minutos de CO₂ se les asignó al azar a aceptar o a suprimir cualquier emoción o pensamiento durante la prueba de reto (Levitt, Brown, Orsillo & Barlow, 2004). Los análisis revelaron que el grupo de aceptación manifestaba menor ansiedad subjetiva y menor evitación en respuesta al reto del 5,5% de CO₂ que el grupo de supresión, aunque no hubiera diferencias evidentes ni en los síntomas subjetivos de angustia ni en la activación fisiológica. En este punto, probablemente es seguro concluir que la supresión intencionada y trabajada de pensamientos ansiosos no es una estrategia

de afrontamiento que debiera promoverse para la gestión de la ansiedad. De hecho, la expresión y aceptación de los pensamientos e imágenes angustiosas, sin duda, despliega beneficios terapéuticos que acabamos de comenzar a comprender.

- *Supresión de la emoción*

El interés relativo al rol que desempeña la regulación de la emoción o la reactividad al estrés en tipos específicos de psicopatología así como en el bienestar psicológico en general ha aumentado considerablemente (p. ej., S.J. Bradley, 2000). Un tipo de regulación emocional que es de particular relevancia para los trastornos de ansiedad es la *inhibición emocional*. Gross y Levenson (1997) definían la inhibición de la emoción como el alistamiento de procesos inhibitorios que sirven para suprimir o prevenir la conducta expresiva de la emoción positiva o negativa continua. En su estudio de 180 mujeres a quienes se les habían presentado secuencias divertidas, tristes y neutrales de películas, la supresión de la emoción positiva o negativa se asociaba con el aumento de la activación simpática del sistema cardiovascular, con la reducida reactividad somática y con un modesto declive de la emoción positiva auto-valorada.

Los investigadores han comenzado a estudiar la inhibición emocional en relación al constructo de la *evitación experiencial* en los trastornos de ansiedad. Este último constructo se refiere a una evaluación excesivamente negativa de los pensamientos, sentimientos y sensaciones indeseadas así como a la desgana para experimentar estos acontecimientos privados, generando consecuentemente esfuerzos intencionados para controlarlos o huir de ellos (Hayes, Strosahl, Wilson, et al., 2004b). En un estudio que comparaba a combatientes veteranos del Vietnam con y sin TEPT, los veteranos con TEPT manifestaban una retención más frecuente e intensa de las emociones positivas y negativas y esta tendencia a suprimir las emociones se asociaba específicamente con la sintomatología TEPT (Roemer, Litz, Orsillo & Wagner, 2001; véase también Levitt et al., 2004, para el trastorno de angustia). La evitación experiencial se correlaciona significativamente con varias características relevantes a la ansiedad como la sensibilidad a la ansiedad, el miedo a las sensacio-

nes corporales y a la asfixia y la ansiedad rasgo, y anticipaba ansiedad social cotidiana y angustia emocional durante un período de 3 semanas (Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger, 2006). Aunque estos hallazgos sean sólo preliminares, podría pensarse que la supresión de la emoción puede equipararse a la supresión de los pensamientos indeseados como estrategia maladaptativa de afrontamiento que inadvertidamente alimenta los estados emocionales angustiosos como la ansiedad.

Pauta clínica 3.10

Los individuos ansiosos confían en ciertas estrategias de afrontamiento intencionadas y complejas como compensación inmediata para sus estados subjetivos altamente aversivos. Desafortunadamente, cualquier alivio inmediato de la ansiedad derivado de la preocupación, evitación, conductas de búsqueda de seguridad o supresión cognitiva/experiencial es temporal. Evidentemente, estas estrategias desempeñan una función prominente en la persistencia aún mayor de los estados de ansiedad. En consecuencia, la intervención efectiva debe remediar el impacto nocivo que estas estrategias maladaptativas de afrontamiento tengan sobre la ansiedad.

Resumen y conclusión

La revisión de la literatura científica relevante al modelo cognitivo de la ansiedad (véase Figura 2.1) nos permite observar que cada vez es mayor la confirmación empírica sobre el rol de los procesos cognitivos automáticos en la activación inmediata del miedo. Esto es evidente para la Hipótesis 1, para la que existen datos experimentales sistemáticos que indican que el miedo se caracteriza por un sesgo de amenaza atencional, automático y preconsciente hacia los estímulos de amenaza personal moderadamente intensos durante intervalos de exposición breves. Es escasa la investigación acumulada sobre la posibilidad del procesamiento atencional automático desfavorable a la información de seguridad (es decir, Hipótesis 2), aunque haya una cantidad moderada de estudios que defiendan el proceso de evaluación automática de la amenaza en estados de ansiedad alta (es decir, Hipótesis 3).

Las Hipótesis 4 a 7 se centran en varias consecuencias cognitivas, conductuales y emocionales elicítadas por la activación del modo de amenaza inmediata. Existen pruebas suficientes relativas a que los individuos ansiosos sobrestiman la probabilidad, la proximidad y, en menor medida, la gravedad de la información relevante a la amenaza (es decir, Hipótesis 4). Existen pruebas empíricas sistemáticas que muestran que los individuos altamente ansiosos malinterpretan sus síntomas de ansiedad de un modo negativo o amenazante (es decir, Hipótesis 5) y que los pensamientos e imágenes negativos automáticos de amenaza, peligro y vulnerabilidad personal o indefensión caracterizan a los estados de ansiedad (es decir, Hipótesis 6). Sin embargo, la investigación sobre la especificidad de contenido cognitivo es mucho menos sistemática al demostrar que el contenido del pensamiento amenazante es específico de la ansiedad. Quizá la especificidad cognitiva fuera más visible si los investigadores se concentraran en cogniciones específicas para cada trastorno y no en formas generales de pensamiento aprensivo.

La Hipótesis 7, que propone que la respuesta defensiva automática es generada por la activación inmediata del modo de amenaza, ha acumulado resultados mixtos. Aunque exista un cuerpo de literatura bien establecido que demuestra la prominencia de la huida conductual como respuesta defensiva automática en la ansiedad, son escasos los estudios sobre la evitación cognitiva automática y sobre la respuesta defensiva de búsqueda de seguridad.

Las tres últimas hipótesis revisadas en este capítulo se refieren a la fase elaborativa secundaria de la ansiedad. Este componente del programa de ansiedad será de gran interés para los profesionales porque los procesos participantes en la elaboración de la ansiedad tienen un impacto directo sobre su persistencia. Ésta es también la fase que se trata específicamente en la terapia cognitiva de la ansiedad. El apoyo empírico obtenido para la Hipótesis 8 ha sido muy importante; numerosos estudios demuestran que los individuos ansiosos muestran un sesgo interpretativo intencionado de la amenaza hacia los estímulos ambiguos, que es indicativo de un sesgo consciente y estratégico del procesamiento de información. Sin embargo, se desconoce aún si en la ansiedad se produce un procesamiento ela-

borativo disminuido de la información de seguridad (es decir, Hipótesis 9) porque prácticamente no existe investigación sobre este tema. Las pruebas empíricas sobre las estrategias cognitivas maladaptativas de afrontamiento en la ansiedad son muy determinantes (es decir, Hipótesis 10); son numerosos los estudios que demuestran los efectos perjudiciales de la preocupación, la conducta excesiva de búsqueda de seguridad, la supresión del pensamiento y, más recientemente, la evitación experiencial. Esta investigación subraya la importancia de contemplar estas estrategias de respuesta en la terapia cognitiva para la ansiedad.

Esta amplia revisión de la investigación empírica existente confirma la base cognitiva de la ansiedad. Las estructuras, procesos y productos cognitivos específicos son claves en la activación y persistencia de la ansiedad. Aunque esta investigación proporcione la base para defender el enfoque cognitivo para el tratamiento de la ansiedad, no contempla la cuestión de la etiología. En el siguiente capítulo consideraremos la posible existencia de un rol causal de la cognición en la etiología de la ansiedad.

4

Vulnerabilidad a la ansiedad

Nos movemos en círculos tan limitados por nuestras propias ansiedades que ya no distinguimos entre lo verdadero y lo falso, entre el capricho del gángster y el ideal más puro.

INGRID BERGMAN (Actriz, 1915-1982)

Las personas que sufren durante años un trastorno de ansiedad, a menudo, se sorprenden con los orígenes de su trastorno. Los clientes suelen preguntar “¿Por qué a mí?”, “¿Cómo he llegado yo a desarrollar este problema de ansiedad?”, “¿He heredado esta condición, tengo algún tipo de desequilibrio químico en el cerebro?”, “¿He hecho yo algo para padecer esto?”, “¿Tengo alguna imperfección en mi personalidad o alguna debilidad en mi constitución psicológica?”. Desafortunadamente, a los terapeutas que se enfrentan a las preguntas sobre la etiología de la ansiedad les cuesta dar respuestas satisfactorias dado que nuestro conocimiento actual sobre la vulnerabilidad a la ansiedad es relativamente limitado (McNally, 2001).

Incluso aunque la investigación relativa a la vulnerabilidad vaya por detrás de nuestro conocimiento sobre la psicopatología y el tratamiento de la ansiedad, la mayoría coincidiríamos en que la suscep-

tibilidad a desarrollar un trastorno de ansiedad varía mucho en la población general. Esta afirmación se ilustra en los siguientes ejemplos. Cynthia, una trabajadora de 29 años, que se describe a sí misma como muy ansiosa, con mucha tendencia a preocuparse y sin confianza en sí misma desde la más temprana infancia, desarrolló dudas moderadamente graves y compulsiones de comprobación tras abandonar la escuela secundaria, asumir más responsabilidades laborales y vivir de forma independiente. Andy, un contable de 41 años de edad, se presentó con el primer brote grave de trastorno de angustia y evitación agorafóbica tras su promoción a un puesto directivo, muy estresante y demandante que lo había llevado a sufrir varios síntomas físicos, como presión y dolor en el pecho, palpitaciones, aturdimiento, sudores, mareos y tensión en el estómago. Tenía una ansiedad comórbida de salud que se intensificó tras recibir tratamiento para la hernia de hiato, colesterol alto y reflujo ácido. Ann Marie, una funcionaria de 35 años de edad, llevaba años sufriendo fobia social que no había sido tratada hasta que experimentó su primera crisis plena de angustia que se produjo cuando el ascenso a otro puesto de trabajo supuso un aumento significativo de su estrés laboral. Ann Marie afirmaba que siempre había sido una persona ansiosa y agobiada con preocupaciones desde la escuela secundaria, pero ahora lo más amenazante para ella eran las interacciones sociales.

En cada uno de estos casos la aparición de un trastorno de ansiedad se produjo dentro de un contexto de factores predisponentes y circunstancias precipitantes. Frecuentemente, los individuos con trastornos de ansiedad manifiestan una predisposición hacia la ansiedad alta, el nerviosismo o la preocupación, así como acontecimientos precipitantes que aumentan su estrés cotidiano. Como tanto las características de predisposición biológica o psicológica como los factores ambientales participan ambos en la etiología de la ansiedad clínica, suelen proponerse modelos de diátesis-estrés para explicar las diferencias individuales en el riesgo a generar ansiedad (Store, Zucker & Craske, 2004). En muchos casos los acontecimientos vitales importantes, los traumas y las adversidades continuas participan en la ansiedad; en otros, los elementos precipitantes no son tan dramáticos, y caen dentro del reino de los hechos vitales normales (p. ej.,

aumento del estrés laboral, una prueba médica incierta, una experiencia embarazosa). Estas diferencias en las presentaciones clínicas han llevado a los investigadores a estudiar la vulnerabilidad y los factores de riesgo que podrían predecir si la persona desarrollará o no un trastorno de ansiedad.

En este capítulo presentamos el modelo cognitivo de *vulnerabilidad* a la ansiedad. Comenzamos por definir algunos conceptos claves empleados en los modelos etiológicos del trastorno. Esto va seguido por una revisión del papel que desempeña la heredabilidad, la neurofisiología, la personalidad y los acontecimientos vitales en los orígenes de los trastornos de ansiedad. A continuación presentamos el modelo cognitivo de vulnerabilidad a la ansiedad que fue inicialmente articulado en Beck et al. (1985). El capítulo concluye con un comentario sobre el respaldo empírico que reciben las dos últimas hipótesis del modelo cognitivo, la elevada vulnerabilidad personal y las continuas creencias relacionadas con la amenaza, que se relacionan directamente con la cuestión de la etiología.

Vulnerabilidad: definiciones y características cardinales

Los términos “vulnerabilidad” y “riesgo”, aunque con frecuencia se empleen de forma intercambiable tienen significados muy distintos (véase Ingram, Miranda & Segal, 1988; Ingram & Price, 2001). El *riesgo* es un término descriptivo o estadístico que se refiere a cualquier variable cuya asociación con un trastorno aumenta la probabilidad de su aparición (p. ej., género, pobreza, estado relacional) sin que añada información sobre los mecanismos causales reales. La *vulnerabilidad*, por el contrario, es un factor de riesgo que tiene un estatus causal en el trastorno en cuestión. La vulnerabilidad puede definirse como una característica endógena, estable que permanece latente hasta ser activada por un suceso precipitante. Esta activación puede conducir a la ocurrencia de los síntomas que definen un trastorno (Ingram & Price, 2001). El conocimiento relativo a los factores de vulnerabilidad tiene influencia sobre el tratamiento porque elucidará los mecanismos reales de la etiología (Ingram et al., 1998).

Sin embargo, la vulnerabilidad no conduce directamente a la aparición del trastorno, ésta está mediada por la aparición de los sucesos precipitantes.

Los factores de vulnerabilidad son internos, estables y latentes o no-observables hasta que se activan mediante un suceso precipitante (Ingram et al., 1998; Ingram & Price, 2001). Esta naturaleza privada e inobservable de la vulnerabilidad en individuos asintomáticos ha supuesto un reto importante para los investigadores que tratan de buscar métodos fiables y válidos para detectar la vulnerabilidad (Ingram & Price, 2001). Además, los constructos de vulnerabilidad deben tener alta sensibilidad (es decir, deben estar presentes en los individuos con trastornos), un moderado nivel de especificidad (es decir, más prevalentes en el trastorno diana que en los controles) y distinguirse del acontecimiento vital precipitante (Ingram et al., 1998). En el modelo cognitivo de Beck los constructos de vulnerabilidad no son necesarios ni suficientes, sino causas contribuyentes a la psicopatología que pueden interactuar o combinarse con otras vías etiológicas que están presentes en los niveles genético, biológico y evolutivo (véase Abramson, Alloy & Metalsky, 1988; D.A. Clark et al., 1999).

El modelo cognitivo de la ansiedad presentado en el Capítulo 2 (véase Figura 2.1) describe las estructuras cognitivas proximales y los procesos implicados en la persistencia de la ansiedad; este capítulo se centrará en las variables cognitivas distales que predisponen a la ansiedad. Estos factores de vulnerabilidad cognitiva distal son *moderadores* (es decir, afectan sobre la dirección y/o fuerza de la asociación entre el estrés y la aparición de los síntomas), mientras que las variables cognitivas proximales son *mediadoras* (es decir, explican la relación entre vulnerabilidad, estrés y aparición del trastorno) (véase Baron & Kenny, 1986; Riskind & Alloy, 2006). En el modelo cognitivo están presentes múltiples vulnerabilidades distales de los niveles biológico, cognitivo y evolutivo de modo que algunos individuos pueden presentar vulnerabilidades múltiples. Dichas *vulnerabilidades compuestas* suelen estar asociadas con un mayor riesgo de aparición del trastorno, una presentación más grave de los síntomas o condiciones emocionales comórbidas (Riskind & Alloy, 2006).

Determinantes biológicos

Las diferencias individuales en cuestiones genéticas, neurofisiológicas y temperamentales interactuarán con la vulnerabilidad cognitiva predisponente para aumentar o reducir la tendencia propia a la ansiedad en respuesta a una adversidad o amenaza vital. Barlow (2002) defendió convincentemente la vulnerabilidad biológica generalizada en los trastornos de ansiedad, donde la heredabilidad, un factor inespecífico de vulnerabilidad, explica entre el 30 y el 40% de la variabilidad en todos los trastornos de ansiedad. Esta vulnerabilidad genética suele expresarse mediante elevaciones en rasgos globales o temperamentos como el neuroticismo, ansiedad rasgo o afectividad negativa. La activación crónica, las estructuras neuroanatómicas prepotentes (p. ej., amígdala, locus cerúleo, BNST, córtex prefrontal derecho) y las anormalidades de los neurotransmisores en serotonina, GABA y CRH son otras vulnerabilidades biológicas a la ansiedad que tienen importancia etiológica, en parte, mediante la interacción de modo sinérgico con la vulnerabilidad cognitiva (véase Capítulo 1 para información adicional).

Vulnerabilidad de la personalidad

Neuroticismo y afectividad negativa

Eysenck y Eysenck (1975) describieron el neuroticismo (N) como una predisposición hacia la emocionalidad en la que el individuo altamente neurótico es excesivamente emocional, ansioso, agobiado por preocupaciones, con estados anímicos cambiantes y tendencia a reaccionar excesivamente ante una gama de estímulos. Los individuos con N alta y baja E (extraversión) –o los individuos introvertidos– eran considerados como más propensos a desarrollar ansiedad porque tienen un sistema límbico sobre-reactivo que les lleva a adquirir más fácilmente respuestas emocionales condicionadas ante los estímulos activadores. Aunque existan muchas pruebas confirmatorias del N alto en la patogénesis de la ansiedad (p. ej., véase revisión de Watson & Clark, 1984), las pruebas empíricas relativas a otras características del N, como su base neurológica, no son determinantes (Eysenck, 1992).

Watson y Clark (1984) proponen una dimensión anímico-disposicional denominada *afectividad negativa* (AN). La AN refleja una “diferencia individual general en la emocionalidad negativa y en el auto-concepto” (p. 465), y los individuos con alta AN son más tendentes a experimentar elevados niveles de emociones negativas, incluidos los sentimientos subjetivos de nerviosismo, tensión y preocupación, así como la tendencia a presentar una auto-estima baja y a rumiar sobre errores pasados, frustraciones y amenazas (Watson & Clark, 1984). La investigación correspondiente a la tradición de personalidad de los Cinco Grandes ha incorporado la idea del N y de la AN al constructo superordinado, de orden superior denominado “emocionalidad negativa” de la personalidad (p. ej., Watson, Clark & Harkness, 1994).

Disponemos de una amplia investigación correlacional y factorial que muestra una asociación entre la emocionalidad negativa y la ansiedad en muestras clínicas y no-clínicas (es decir, Longley, Watson, Noyes & Morder, 2006). En todos los trastornos de ansiedad y en la depresión es evidente la mayor emocionalidad (p. ej., Bienvenu et al., 2004; Cox, Enns, Walter, Kjernisted & Pidlubny, 2001; Trull & Sher, 1994; Watson, Clark & Carey, 1988) y predice síntomas ansiosos futuros (Gershuny & Sher, 1998; Levenson, Aldwin, Bossé & Spiro, 1988). Por consiguiente, la alta AN o emocionalidad es un factor distal, inespecífico, global de vulnerabilidad para la ansiedad y sus trastornos que constituye una característica temperamental de la tendencia al nerviosismo, la tensión y la preocupación sin raíces genéticas ni experiencias infantiles (es decir, Barlow, 2002).

Ansiedad rasgo

Otro constructo de personalidad tan estrechamente vinculado a la emocionalidad negativa (es decir, N o AN) que ambos son considerados como sinónimos es la *ansiedad rasgo* (Eysenck, 1992). Spielberg, el principal promotor de la distinción entre la ansiedad de estado y de rasgo, definía la *ansiedad estado* como “un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión,

aprensión y actividad aumentada del sistema nervioso autónomo. Los estados-A varían en intensidad y fluctúan a lo largo del tiempo” (Spielberg, Gorsuch & Lushene, 1970, p. 3).

La ansiedad rasgo, por otra parte, se considera como “diferencias individuales relativamente estables en la tendencia a la ansiedad” (Spielberg et al., 1970, p. 3). Los individuos con ansiedad rasgo alta son más propensos a responder a las situaciones de amenaza percibida con elevaciones en la ansiedad estado y a evaluar una mayor gama de estímulos como amenazantes, presentan un umbral más bajo de activación de la ansiedad y sienten estados de ansiedad más intensos (Rachman, 2004; Spielberg, 1985). Aunque existen suficientes pruebas de que el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg es muy relevante para el estrés y la ansiedad (Roemer, 2001), la ansiedad rasgo alta es un constructo problemático de vulnerabilidad porque (1) su estabilidad temporal no ha sido sistemáticamente confirmada, (2) su estructura unidimensional ha sido criticada, (3) se correlaciona en exceso con la ansiedad estado, (4) puede carecer de especificidad para la ansiedad e (5) incluye una vaga idea de vulnerabilidad que se asemeja mucho al concepto freudiano de ansiedad neurótica (Eysenck, 1992; Rachman, 2004; Reiss, 1997; Roemer, 2001). Por estas razones los investigadores han tratado de buscar en otras direcciones los predictores específicos de personalidad de los trastornos de ansiedad.

Sensibilidad a la ansiedad

Estos últimos años la sensibilidad a la ansiedad, es decir el miedo o la sensibilidad a experimentar ansiedad, ha surgido como constructo prometedor de vulnerabilidad de la personalidad que adopta una perspectiva más cognitiva con mayor especificidad para la ansiedad y los trastornos de ansiedad. La *sensibilidad a la ansiedad* (SA) es el miedo a las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad, basado en creencias duraderas de que de estos síntomas ansiosos se pueden derivar consecuencias físicas, sociales o psicológicas negativas (Reiss, 1991; Reiss & McNally, 1985; Taylor, 1995a; Taylor & Cox, 1998). Por ejemplo, una persona con SA alta podría interpretar el dolor de pecho como señal de ataque inminente al corazón y, conse-

cuentemente, sentirse muy ansioso al experimentar esta sensación corporal, mientras que una persona con baja SA podría interpretar el dolor de pecho como tensión muscular debida al ejercicio físico y, por lo tanto, no experimentar ansiedad derivada de esa sensación.

La propensión a sentir ansiedad relativa a algunos síntomas corporales está presente en la SA alta porque los individuos creen que la ansiedad y sus síntomas físicos pueden ocasionarles graves consecuencias como ataques cardíacos, enfermedad mental o ansiedad intolerable (Reiss, 1991). De este modo, la SA es una variable de personalidad que amplifica el miedo cuando se experimentan sensaciones y conductas de ansiedad (Reiss, 1997); por ello, se cree que desempeña un papel tanto etiológico como de mantenimiento en todos los trastornos de ansiedad, pero particularmente en el trastorno de angustia y en la agorafobia (Reiss, 1991; Taylor & Cox, 1998).

Validación psicométrica

El Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI; *Anxiety Sensitivity Index*) de 16 ítems es la principal medida para evaluar las diferencias individuales en la SA (Reiss, Peterson, Gursky & McNally, 1986; Reiss & McNally, 1985). A pesar del considerable debate sobre su estructura factorial, ahora parece que el ASI es un constructo multidimensional jerárquico con dos o tres factores de orden inferior correlacionados (es decir, Miedo a la Catástrofe Mental vs. Miedo a las Sensaciones Cardiopulmonarias o Preocupaciones Físicas, Incapacitación Mental y Preocupaciones Sociales relativas a Estar Ansioso) vinculados a un factor general de orden superior de SA (Mohlman & Zinbarg, 2000; Schmidt & Joiner, 2002; Zinbarg, Barlow & Brown, 1997). También es controvertida la cuestión relativa a las dimensiones que mejor describen la SA. Sobre la base de un ASI-R de 36 ítems, sólo se logró replicar dos factores correlacionados en diferentes muestras de datos de seis países: Miedo a los Síntomas Somáticos y Preocupaciones Sociales-Cognitivas (Zvolensky et al., 2003).

La revisión más reciente del ASI, el ASI-3 de 18 ítems, puede ofrecer la mejor evaluación de tres dimensiones ASI; preocupaciones físicas, cognitivas y sociales (Taylor, Zvolensky, et al., 2007). Las subes-

calas del ASI-3 han mejorado la coherencia interna y la validez relacionada con el criterio es buena, aunque las tres subescalas correlacionaban mucho entre sí ($rs > .83$). Sin embargo, los hallazgos extraídos de varias versiones de ASI indican que para evaluar el nivel de SA podrían usarse las subescalas en lugar de la puntuación total.

Las mediciones ASI presentan una buena coherencia interna, fiabilidad test-retest y una potente validez convergente con otras medidas de ansiedad (Mohlman & Zinbarg, 2000; Reiss et al., 1986; Taylor & Cox, 1998; Zvolensky et al., 2003). Además, las dimensiones de orden inferior de la SA son generalmente coincidentes en diferentes países (Bernstein et al., 2006; Zvolensky et al., 2003), aunque existen pruebas de que las puntuaciones SA altas pueden reducirse con el paso del tiempo en ausencia de una intervención específica (Garden-swartz & Craske, 2001; Maltby, 2001; Maltby, Mayers, Allen & Tolin, 2005). El debate con respecto a si la SA se distingue o no de la ansiedad rasgo ha estado servido (para acceder a él, véanse Lilienfeld, 1996; Lilienfeld, Jacob & Turner, 1989; McNally, 1994). En la actualidad se cree que la SA es un constructo distinto de orden inferior jerárquicamente vinculado a una disposición de personalidad más amplia de la ansiedad rasgo (Reiss, 1997; Taylor, 1995a).

Validación experimental

Si la SA amplifica las reacciones de miedo, entonces la alta SA debería conducir a una ansiedad más intensa en respuesta a una gama más amplia de estímulos (Reiss & McNally, 1985; véase Taylor, 2000). Esto debería ser particularmente evidente con los desafíos biológicos que provocan crisis de angustia bajo condiciones controladas de laboratorio u otras manipulaciones experimentales que eliciten los síntomas físicos de la ansiedad (McNally, 1996). De hecho, existen suficientes pruebas empíricas que confirman que la línea base de SA predice los síntomas de ansiedad y las crisis de angustia post-desafío en personas con y sin trastorno de angustia diagnosticable (para revisiones, véanse McNally, 2002; Zvolensky, Schmit, Bernstein & Keough, 2006). La SA alta predice una respuesta de miedo y síntomas de angustia ante la inhalación de dióxido de carbono (CO₂) (p. ej., Rapee, Brown, Anthony & Barlow, 1992; Rassovsky, Kushner,

Schwartz & Wangensteen, 2000; Schmidt & McNally, 1987; McNally & Eke, 1996; Rapee & Medoro, 1994), y tras la ingestión de cafeína (Telch, Silverman & Schmidt, 1996). Aunque las Preocupaciones Físicas del ASI pueda ser la única dimensión de SA que predice la respuesta de miedo ante un desafío físico (Brown, Smits, Powers & Telch, 2003; Carter et al., 2001; Zvolensky, Feldner, Eifert & Stewart, 2001), estos hallazgos experimentales confirman la validez predictiva del ASI y su especial relevancia para la psicopatología del espectro de la angustia (Zvolensky et al., 2006).

Especificidad diagnóstica

Si la SA es un factor específico cognitivo-de personalidad de vulnerabilidad hacia la ansiedad, entonces debería ser significativamente más alto en la ansiedad, especialmente en el trastorno de angustia, que en otras muestras clínicas y no-clínicas (McNally, 1994, 1996). Los individuos con trastorno de angustia o agorafobia puntúan, una media de dos desviaciones estándar por encima de la media normativa en el ASI (McNally, 1994, 1996; Reiss, 1991; Taylor, 1995a, 2000) y las muestras de trastorno de ansiedad (con excepción de las fobias simples) puntúan significativamente más alto que la depresión o las comparaciones no-clínicas (Taylor & Cox, 1998; Taylor, Koch & McNally, 1992). Entre los trastornos de ansiedad, las personas con TEPT, TAG, TOC y fobia social presentan puntuaciones significativamente más altas que los grupos de comparación no-clínicos (Deacon & Abramowitz, 2006a; Taylor, Koch & McNally, 1992a). En el nivel sintomático, el ASI presenta una asociación específica con los autoinformes de las crisis de angustia en poblaciones infantiles y adultas no-clínicas (p. ej., Calamari et al., 2001; Cox, Endler, Norton & Swinson, 1991; Longley et al., 2006), aunque algunos estudios han comprobado que la SA se relaciona también con los síntomas depresivos (Reardon & Williams, 2007).

Las subescalas del ASI parecen tener una especificidad diferencial para la ansiedad y la angustia. Las Preocupaciones Físicas ASI es la única dimensión específica para el trastorno de angustia mientras que la dimensión de Preocupaciones Sociales puede ser más relevante para la fobia social (p. ej., Deacon & Abramowitz, 2006a;

Zinbarg et al., 1997) y el Descontrol Cognitivo puede relacionarse con la depresión (Cox et al., 2001; Rector, Szacun-Shimizu & Leybman, 2007). Sin embargo, al utilizar el ASI para detectar la ansiedad o la angustia debe procederse con cautela. Hoyer y sus colaboradores examinaron la precisión predictiva del ASI, BAI y muchas otras medidas de ansiedad en una muestra epidemiológica amplia de 1.877 mujeres jóvenes en Dresden, Alemania (Hoyer, Becker, Neumer, Soeder & Margraf, 2002). Ninguna de las medidas, a solas, era capaz de diagnosticar con precisión los trastornos de ansiedad, aunque la mejor precisión predictiva se obtenía cuando un trastorno de ansiedad específico se contemplaba mediante cuestionarios de síntomas más específicos (p. ej., detectar la agorafobia con el Inventario de Movilidad). Por lo tanto, sería visiblemente incorrecto asumir la presencia o ausencia de la angustia solamente sobre la base de una puntuación ASI del individuo.

Estudios prospectivos

La confirmación empírica más firme de que la SA es un factor cognitivo-de personalidad para el trastorno de angustia se deriva de los estudios longitudinales. Maller y Reiss (1992) señalaban que las puntuaciones ASI predecían la frecuencia y la intensidad de las crisis de angustia 3 años más tarde. En dos muestras diferentes de cadetes de las Fuerzas Aéreas estadounidenses, evaluados antes y después de un entrenamiento estresante básico de 5 semanas de duración, el ASI predecía las crisis de angustia espontáneas que se producían en el 6% de los cadetes durante el período de 5 semanas (Schmidt, Lerew & Jackson, 1997, 1999). Análisis adicionales revelaron que la SA sólo predecía cambios en los síntomas de ansiedad (es decir, puntuaciones BAI) al controlar la estrecha asociación entre la ansiedad y la depresión. Inesperadamente, los análisis de los subfactores ASI revelaron que eran las ASI-Preocupaciones Mentales y no las Preocupaciones Físicas las que predecían las crisis de angustia espontáneas y los cambios en las puntuaciones BAI.

En un estudio longitudinal de base comunitaria de 4 años de duración, los adolescentes que obtuvieron puntuaciones ASI altas estables o puntuaciones escalantes eran significativamente más propensos

a experimentar una crisis de angustia que aquellos con puntuaciones bajas estables (Weens, Hayward, Pillen & Taylor, 2002). Sin embargo, había pocas pruebas relativas a que experimentar angustia condujera a aumentos consiguientes en la SA (véase Schmidt, Lerew & Joiner, 2000, para hallazgos contrarios). Plehn y Peterson (2002) dirigieron un estudio de seguimiento de 11 años, por correo, con estudiantes universitarios del primer curso inicialmente diagnosticados con el ASI y ansiedad rasgo. Tras controlar el historial de síntomas de angustia, sólo el ASI del Tiempo 1 era un predictor significativo de los síntomas de angustia y de las crisis de angustia durante el intervalo de 11 años. Sorprendentemente, la ansiedad rasgo y no la SA era el único predictor significativo del trastorno de angustia. En un estudio retrospectivo de diferentes secciones las Preocupaciones Físicas ASI y la exposición a circunstancias vitales aversivas predecían las crisis de angustia y la evitación agorafóbica durante la semana anterior (Zvolensky, Kotov, Antipova & Schmidt, 2005). Todos estos hallazgos indican que la SA alta constituye una predisposición cognitiva-de personalidad significativa para los trastornos de angustia. Sin embargo, no se sabe con certeza cuál de los subfactores ASI es el predictor más potente de la angustia y si el sufrir angustia causa un “efecto de cicatrización” en la SA (es decir, produce un consiguiente aumento en la SA). McNally (2002) nos recuerda también que la cantidad de varianza explicada por la SA es modesta, sugiriendo que otros factores son más importantes en la etiología del pánico.

Efectos del tratamiento

Existen pruebas suficientes de que la SA es responsiva a las intervenciones (para revisiones, véase McNally, 2002; Zvolensky et al., 2006). Por ejemplo, un programa preventivo primario haciendo uso de la SA produjo reducciones significativas en las puntuaciones SA que se convertían en una menor respuesta subjetiva de miedo a un reto biológico y en una disminución significativa en la psicopatología del Eje I durante un período de seguimiento de 2 años (Schmidt, Eggleston, et al., 2007). Así pues, contemplar la SA en la terapia cognitiva debería producir beneficios inmediatos y a largo plazo en la reducción de la ansiedad.

Sensibilidad a la Ansiedad y Modelo Cognitivo

Las pruebas empíricas favorables a que la SA es un factor predisponente a la ansiedad, especialmente a la angustia, coinciden con el modelo de vulnerabilidad cognitiva de la ansiedad. La SA es un constructo cognitivo que describe diferencias individuales en la tendencia a malinterpretar las sensaciones corporales de ansiedad de un modo amenazante. Es un constructo cognitivo de vulnerabilidad cuya relevancia podría ir incluso más allá de la angustia porque la interpretación subjetiva negativa de la ansiedad y de sus síntomas es una consecuencia de la activación automática del modo de amenaza (véase Capítulo 2). En el Capítulo 3 hemos descrito las pruebas empíricas que confirman que el razonamiento emocional o la tendencia a interpretar los síntomas ansiosos de un modo negativo o amenazador es un fenómeno cognitivo importante en la ansiedad. Esperamos que los individuos con SA alto sean más propensos que los individuos con SA bajo a proceder mediante el razonamiento emocional y otras formas de interpretación sesgada de sus síntomas de ansiedad.

Rachman (2004), basándose en parte en los análisis correlacionales entre el ASI y el *Fear Survey Schedule* (véase Taylor, 1995a), concluía que la SA juntamente con sensibilidad a la enfermedad/daño y el miedo a la evaluación negativa son rasgos de orden inferior que están jerárquicamente anidados en el constructo más general de la ansiedad rasgo. Estos tres constructos son de naturaleza cognitiva porque se centran en la tendencia a malinterpretar la información física o social de un modo negativo o amenazante. Describen vulnerabilidades cognitivas-de personalidad para la angustia y los estados de ansiedad social-evaluativa. A pesar de que haya mucho apoyo empírico que confirme que la SA es un factor de vulnerabilidad a la ansiedad, su capacidad para explicar sólo una modesta varianza indica que deben estar implicados otros factores cognitivos-de personalidad en la patogénesis del trastorno de ansiedad.

Pauta clínica 4.1

Conviene incluir el ASI o ASI-3 en la batería de evaluación pretratamiento para diagnosticar la propensión del cliente a malinterpretar los síntomas físicos, cognitivos y sociales de un modo ansioso o temeroso.

Disminución del control personal

Se ha sugerido que el mayor miedo humano es precisamente a perder el control, llevando a muchos investigadores a considerar que el deterioro del control es un rasgo característico del estrés, la ansiedad, la depresión y otros aspectos de angustia psicológica (Mineka & Kihlstrom, 1978; Shapiro, Schwartz & Astin, 1996). En su explicación relativa a los orígenes de la aprensión ansiosa, Barlow (2002) defendía que una vulnerabilidad psicológica generalizada interactúa con una vulnerabilidad biológica generalizada y con experiencias de aprendizaje particulares en el desarrollo de los trastornos específicos de ansiedad. La *vulnerabilidad psicológica* fue definida como “una incapacidad crónica a afrontar los sucesos negativos incontrolables e imprevisibles, y esta sensación de incontrolabilidad se asocia con una respuesta emocional de valencia negativa” (Barlow, 2002, p. 254). Previamente Chorpita y Barlow (1998) habían definido el *control* como “la capacidad de influir personalmente sobre los sucesos y resultados del propio contexto, principalmente los relacionados con los refuerzos positivos y negativos” (p.5).

En la ansiedad, la incertidumbre relativa a que uno posee el nivel requerido de control sobre el resultado aversivo anticipado es una característica estable (Ally et al., 1990). Esta sensación disminuida del control personal es una variable de diferencia individual que puede ser adquirida a través de las experiencias infantiles de independencia constreñida, limitada exploración y mucha protección parental. Como resultado de las repetidas experiencias de sucesos incontrolables e imprevisibles a lo largo de la infancia temprana y posterior, el individuo desarrolla un bajo control percibido sobre las circunstancias vitales y quizá un aumento de la actividad neurobiológica en el sistema de inhibición conductual (Barlow, 2002; Chorpita & Barlow, 1998). Según Barlow, estas creencias de bajo control personal constituyen una diátesis de personalidad que interactúa con los sucesos vitales negativos o aversivos para generar ansiedad y depresión.

Desde mucho tiempo atrás se ha reconocido que la disminución en el control percibido se asocia con la ansiedad y que el bajo control sobre un suceso amenazante puede aumentar las estimaciones de

probabilidad del peligro y vulnerabilidad personal (Chorpita & Barlow, 1998). Beck et al. (1985, 2005) reconocieron que el miedo a perder el control es un rasgo cognitivo prominente en muchos estados de ansiedad. Barlow y sus colaboradores (Barlow, 2002; Chorpita & Barlow, 1998) señalan que la percepción de que los acontecimientos amenazantes ocurren de un modo inesperado e impredecible es parte de la sensación disminuida de control personal sobre los sucesos aversivos. Sin embargo, carecemos de la confirmación directa de la asociación específica entre el control crónicamente disminuido y la ansiedad (véase Barlow, 2002; Chorpita & Barlow, 1998). De hecho, ha existido una amplia tradición investigadora sobre el *locus* de control, la indefensión aprendida, las valoraciones de los acontecimientos vitales y el estilo atribucional que reconoce el rol del control percibido en la depresión (p. ej., Abramson, Metalsky & Alloy, 1989; Alloy, Abramson, Safford & Giba, 2006; Hammen, 1988). Alloy et al. (1990), por ejemplo, afirmaban que la tendencia generaliza a percibir los sucesos negativos como incontrolables es una causa distal contribuyente de la depresión.

Alloy y sus colaboradores propusieron adicionalmente una teoría de indefensión-desesperación que identifica ciertos procesos cognitivos claves que subyacen a la alta comorbilidad entre la ansiedad y la depresión (Alloy et al., 1990). Según su teoría, la ansiedad se experimenta cuando los individuos esperan ser incapaces de controlar sucesos futuros importantes pero no tienen certeza de su incapacidad, mientras que la ansiedad se convierte en desesperación y depresión cuando se observa la certeza de los resultados futuros negativos. Desafortunadamente, la investigación sobre el rol del estilo cognitivo propio del control disminuido sobre los resultados negativos en la ansiedad, y su probable conexión con la depresión, es limitada (Chorpita & Barlow, 1998). Este estado de los hechos se debe, en parte, a la ausencia de medidas sensatas de incontrolabilidad de la amenaza. Para subsanar esta situación se elaboró el Cuestionario de Control de la Ansiedad (ACQ, *Anxiety Control Questionnaire*) de 30 ítems, con el objetivo de evaluar el control percibido sobre los síntomas relacionados con la ansiedad, las reacciones emocionales y los problemas y las amenazas externas (Rapee, Craske, Brown & Barlow, 1996). El ACQ

muestra una buena coherencia interna, fiabilidad test-retest 1 mes después y correlaciones moderadas con las medidas de síntomas de ansiedad y depresión (véase también Zebb & Moore, 1999).

Disponemos de pruebas empíricas bastante coherentes que respaldan la estrecha asociación entre la ansiedad y la sensación disminuida de control sobre los resultados. En un estudio sobre el trastorno de angustia la evitación agorafóbica era mayor en quienes presentaban una alta sensibilidad a la ansiedad y baja ACQ percepción de control (White, Brown, Somers & Barlow, 2006). De modo similar, Hofman (2005) comprobó que la ansiedad en la fobia social persiste porque los individuos presentan un bajo control percibido sobre sus emociones y sensaciones corporales cuando se exponen a la amenaza social (véase también McLaren & Crowe, 2003; Rapee, 1997, para hallazgos similares).

A pesar de las pruebas relativas a la asociación entre la sensación disminuida de control sobre resultados potencialmente amenazantes y la ansiedad, existe un cuerpo de investigación derivado de la literatura sobre el estilo atribucional que muestra que el control percibido reducido sobre los sucesos negativos pasados puede tener una relación más intensa con la depresión que con la ansiedad. Un estilo atribucional negativo o pesimista se refiere a la creencia de que la causa de la pérdida o fracaso pasado puede atribuirse a deficiencias personales internas, globales y estables o permanentes (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). El estilo atribucional negativo puede verse como una sensación disminuida del control pasado. En la actualidad existen pruebas suficientes indicativas de que el estilo atribucional negativo es una vulnerabilidad cognitiva-de personalidad para la depresión (para revisiones, véanse Alloy et al., 2006; Sweeney, Anderson & Bailey, 1986; p. ej., Hankin, Abramson & Siler, 2001; Metalsky, Halberstadt & Abramson, 1987). Sin embargo, los estudios que han examinado la especificidad del estilo atribucional negativo relevan que también es visible en la ansiedad, aunque en menor grado (p. ej., Heimberg et al., 1989; Jonson & Miller, 1990; Luten, Ralph & Mineka, 1997).

La percepción de reducción en el control sobre los resultados potencialmente amenazantes parece ser un factor importante en los

trastornos de ansiedad, especialmente cuando la incertidumbre sobre la amenaza es grande (Alloy et al., 1990; Moulding & Kyrios, 2006). Sin embargo, no se ha desarrollado aún el estudio longitudinal necesario para poder determinar la existencia de una creencia sostenida (crónica) relativa a la disminución del control personal sobre la amenaza que contribuya de forma distal a la ansiedad. A pesar de todo, existen pruebas suficientes para concluir que el bajo control percibido es un elemento contribuyente a la ansiedad, aunque probablemente sea un factor cognitivo-de personalidad inespecífico tanto en la depresión como en la ansiedad.

Pauta clínica 4.2

Conviene incluir la evaluación del control percibido sobre la amenaza en la formulación del caso. En la ansiedad es importante evaluar dos aspectos relativos al control: (1) el control percibido del cliente sobre las respuestas emocionales, especialmente los síntomas de ansiedad; y (2) las evaluaciones del cliente sobre su capacidad para manejar las amenazas anticipadas relacionadas con sus preocupaciones fundamentales. El ACQ puede ser útil para diagnosticar el control percibido de la ansiedad.

Acontecimientos vitales precipitantes de la ansiedad

Se han propuesto modelos de diátesis-estrés para explicar la aparición de la ansiedad en términos de una interacción entre los acontecimientos vitales negativos y una diátesis de vulnerabilidad preexistente (p. ej., Barlow, 2002; Chorpita & Barlow, 1998). Un suceso, situación o circunstancia vital que se evalúe como amenaza potencial para la propia supervivencia o intereses vitales puede activar una vulnerabilidad subyacente que llevará al individuo a un estado de ansiedad. Esta diátesis subyacente puede conllevar predisposiciones de personalidad como la alta emocionalidad negativa, la ansiedad rasgo, la sensibilidad a la ansiedad y la sensación crónica de control disminuido, así como vulnerabilidades cognitivas más específicas como los esquemas hipervalentes de amenaza y la sensación aumentada de debilidad e inefectividad personal (véanse comentarios a continuación).

Existen pruebas favorables a que un exceso de acontecimientos vitales negativos se asocia con los trastornos de ansiedad. En un estudio con una amplia población de gemelos, el hecho de experimentar sucesos vitales de naturaleza altamente amenazante estaba asociado con un aumento significativo del riesgo de desarrollar un episodio puro de ansiedad generalizada (p. ej., Kendler, Hettema, Butera, Gardner & Prescott, 2003). En un estudio retrospectivo sobre la adversidad de la vida y la aparición de trastornos psiquiátricos en una población comunitaria de más de 1.800 adultos jóvenes, los individuos con una media de más de seis sucesos vitales graves o experiencias potencialmente dramáticas y una exposición acumulativa a la adversidad de la vida presentaban un mayor riesgo de episodios depresivos o ansiosos (Turner & Lloyd, 2004). Se ha demostrado que las experiencias vitales estresantes o adversas preceden y/o exacerban, con frecuencia, la aparición del TOC (es decir, Cromer, Schmidt & Murphy, 2007), la fobia social, el trastorno de angustia, el TAG y, por supuesto, el TEPT (para revisiones, véanse Clark, 2004; Craske, 2003; Ledley, Fresco & Heimberg, 2006; Taylor, 2000, 2006). Sin embargo, no deberemos olvidar que muchos individuos desarrollan un trastorno de ansiedad sin haber experimentado un acontecimiento vital negativo drástico, y que la mayoría de las personas que experimentan adversidades vitales nunca desarrollan un trastorno de ansiedad (McNally, Malcarne & Hansdottir, 2001).

Aunque existan pruebas considerables de que los sucesos vitales desempeñan un papel etiológico en la ansiedad, también se observa que su contribución puede ser menos determinante en la ansiedad que en la depresión. Por ejemplo, Kendler, Myers y Prescott (2002) no hallaron evidencias que defiendan el modelo diátesis-estrés para la adquisición de fobias (véase también Brown, Harris & Eales, 1996). Así, los sucesos vitales amenazantes y otras experiencias de trauma y adversidad vital son elementos contribuyentes significativos en la patogénesis de la ansiedad, pero aún queda mucho que aprender sobre la naturaleza exacta de estos contribuyentes proximales y sobre el modo en que interactúan con los factores de vulnerabilidad cognitiva-de personalidad para la ansiedad.

Pauta clínica 4.3

Dada la prominencia de sucesos estresantes orientados a la amenaza, de experiencias traumáticas y de acontecimientos adversos en los trastornos de ansiedad, en la evaluación conviene incluir un historial de la vida del cliente. La formulación cognitiva del caso debería incluir valoraciones de control, de vulnerabilidad percibida y de los resultados esperados asociados a estas experiencias.

El modelo de vulnerabilidad cognitiva

En su descripción original del modelo cognitivo de ansiedad Beck et al. (1985, 2000) definían la *vulnerabilidad* como “la percepción de una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos de cuyo control carece o éste es insuficiente como para proporcionarle sensación de seguridad. En los síndromes clínicos, la sensación de vulnerabilidad se magnifica mediante ciertos procesos cognitivos disfuncionales” (Beck et al., 1985, pp. 67-68). En esta formulación la vulnerabilidad a la ansiedad se conceptúa como la predisposición a malinterpretar situaciones potencialmente amenazantes o novedosas como peligrosas y carentes de seguridad, dejando al individuo en un estado de indefensión percibida. En los trastornos de ansiedad sólo ciertos tipos de amenaza activarán esta vulnerabilidad cognitiva subyacente. Una vez activado en una situación particular, el programa cognitivo-afectivo descrito en el Capítulo 2 (véase Figura 2.1) mantiene al individuo en un estado de ansiedad elevada.

Beck et al. (1985, 2005) se centraron en las dos principales características de la vulnerabilidad cognitiva. La primera es la tendencia duradera a malinterpretar como peligrosas ciertas situaciones amenazantes o novedosas. La segunda es una predisposición a percibirse a sí mismo como incompetente, débil o carente de los recursos personales necesarios para manejar ciertos tipos de situaciones estresantes o amenazantes. En la formulación actual del modelo cognitivo, la primera característica de la vulnerabilidad cognitiva queda

reflejada mediante la Hipótesis 12, las creencias sostenidas relacionadas con la amenaza, y la segunda se corresponde con la Hipótesis 11, la elevada vulnerabilidad personal. Ambos aspectos de vulnerabilidad deben estar presentes para que un individuo esté cognitivamente predisposto a la ansiedad. Adicionalmente, deberíamos esperar que la vulnerabilidad cognitiva exhiba un algo grado de selectividad en un marco de diátesis-estrés, de modo que sólo afloraría cuando la persona vulnerable anticipe el encuentro con tipos específicos de situaciones potencialmente amenazantes. De este modo, la tendencia sostenida a malinterpretar ciertos tipos de amenaza potencial y la propia capacidad para manejar esta amenaza permanecerían latentes hasta que fueran activadas por un trauma relevante u otras formas de estrés percibido. Una vez activados, los esquemas de amenaza dominarían el sistema de procesamiento de información cada vez que el individuo halle una señal relevante, relacionada con la amenaza.

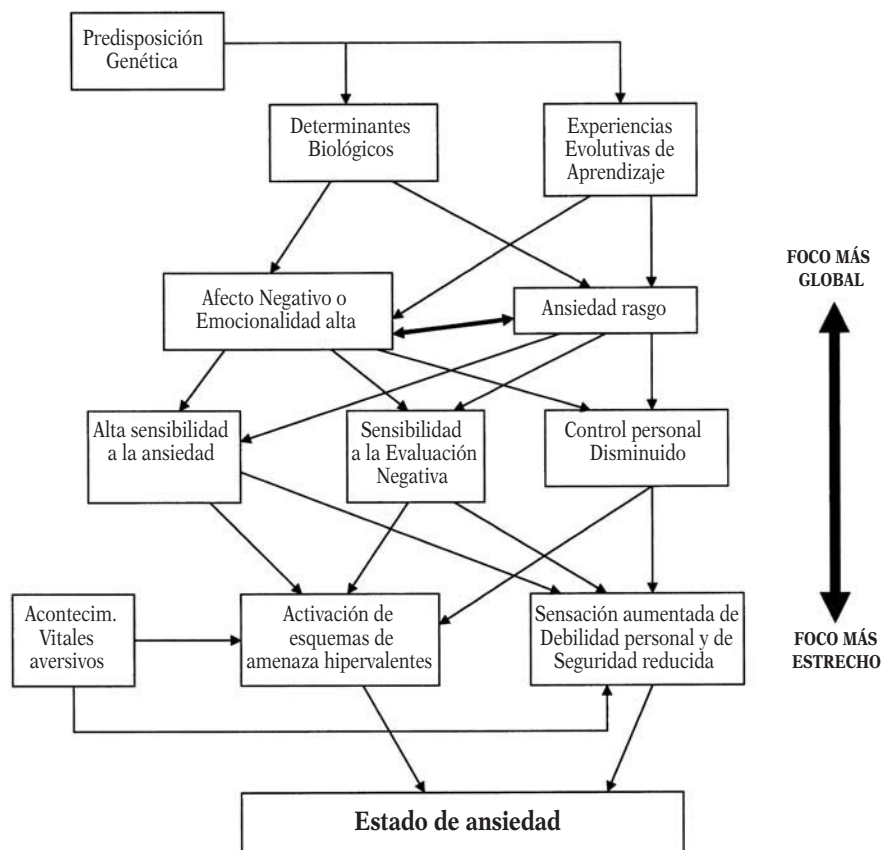
Al igual que otros investigadores de la ansiedad, creemos que la vulnerabilidad cognitiva para la ansiedad se desarrolla mediante las repetidas experiencias de olvido, abandono, humillación e incluso trauma que se producen durante la infancia y la adolescencia (véase Barlow, 2002; Chorpita & Barlow, 1998; Craske, 2003). Ciertas prácticas de cuidado parental como la sobreprotección, la restricción de independencia y autonomía, la preocupación por el peligro potencial y el fomento de la huida y la evitación en respuesta a la ansiedad podrían contribuir al desarrollo de una vulnerabilidad cognitiva a la ansiedad. Aunque existan algunas pruebas empíricas que confirman esta conjetura, gran parte de las mismas se basan en la evaluación retrospectiva de las experiencias infantiles (McNally et al., 2001). Se necesitan estudios longitudinales basados en comunidades amplias y que comiencen en la infancia para determinar los antecedentes evolutivos del modelo de vulnerabilidad cognitiva para la ansiedad.

La presente descripción de vulnerabilidad cognitiva es coherente con las propuestas de otros investigadores cognitivo-conductuales. M.W. Eysenck (1992), por ejemplo, proponía la teoría de la hipervigilancia de la ansiedad en la que los individuos con ansiedad rasgo alta presentan un sistema atencional orientado hacia la detección de la

amenaza cuando se encuentran en situaciones potencialmente amenazantes o en un estado de mucha ansiedad. Craske (2003) sugería que tanto la afectividad negativa como el estilo de regulación emocional basado en la amenaza (es decir, una respuesta a la activación y a la angustia caracterizada por la evitación y por las expectativas cargadas de peligro) son factores de vulnerabilidad para la ansiedad. Rachman (2004) señalaba que las personas pueden ser improntadas para detectar señales de amenaza y para pasar por alto o minimizar la información de seguridad. Mathews y MacLeod (2002) defendían que los sesgos atencional e interpretativo hacia la amenaza constituyen una vulnerabilidad a la ansiedad. Wells (2000), por su parte, proponía que las creencias metacognitivas sostenidas (es decir, las creencias sobre los propios pensamientos) relativas a la preocupación, los juicios sobre la confianza cognitiva y la importancia del monitoreo de los propios procesos de pensamiento constituyen una vulnerabilidad para los trastornos emocionales.

Nuestro foco de atención dirigido a la base cognitiva de la vulnerabilidad para la ansiedad debe entenderse dentro del contexto de otros factores etiológicos como los determinantes biológicos y evolutivos, la AN, la ansiedad rasgo, la sensibilidad a la ansiedad, el control personal disminuido y similares. Este punto de vista más global de la vulnerabilidad se representa en la Figura 4.1.

Los esquemas prepotentes de amenaza y vulnerabilidad o debilidad personal percibida son constructos cognitivos más específicos que reflejan directamente los constructos levemente más generales de la alta sensibilidad a la ansiedad, el reducido control personal y la sensibilidad a la evaluación negativa, que a su vez se relacionan con rasgos globales de emocionalidad negativa y alta ansiedad rasgo. De esta manera la vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad conlleva la interacción de múltiples vías que emanan de los dominios constitucional, evolutivo, de personalidad y procesamiento de información. Sobre la base de este marco para la vulnerabilidad, pasamos a considerar las pruebas empíricas de los dos principales componentes del modelo: una sensación sostenida de vulnerabilidad personal y la presencia de esquemas de amenaza hipervalentes.

Figura 4.1. Modelo de vulnerabilidad cognitiva a la ansiedad***Hipótesis 11: Elevada sensación de vulnerabilidad personal***

Los sujetos muy ansiosos mostrarán menor auto-confianza y mayor indefensión percibida en situaciones relevantes a sus amenazas selectivas en comparación con los individuos no-ansiosos.

Beck et al. (1985, 2005) consideraron la auto-confianza disminuida y las dudas sobre uno mismo como un aspecto importante de la vulnerabilidad a la ansiedad. En la persona que sufre ansiedad la tendencia a la auto-confianza es sustituida por una perspectiva de vulnerabili-

dad. Cuando se hallan en el modo vulnerable, los individuos evalúan sus propias capacidades y competencia como inadecuadas para manejar la amenaza percibida. En consecuencia, son más inseguros o se alejan de la situación de un modo auto-protector. Cuando se adopta una actitud competente, el individuo se centra en los aspectos positivos de la situación, minimiza los peligros y puede, incluso, asumir una mayor sensación de control personal que cuando prevalece la baja auto-confianza (Beck et al., 1985, 2005). La adopción de un modo seguro de sí mismo aumenta la probabilidad de éxito en una situación amenazante, mientras que el predominio del modo de vulnerabilidad suele conducir al fracaso y a reforzar las creencias de los individuos en su propia incompetencia porque se asocia con el auto-cuestionamiento, la incertidumbre y una respuesta débil o insegura ante la situación desafiante. El concepto de baja auto-eficacia percibida (1991), así como la incontrollabilidad e imprevisibilidad, son factores distales de vulnerabilidad en la ansiedad propuestos por otros investigadores (p. ej., Chorpita & Barlow, 1998; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2006) que son coherentes con el concepto de vulnerabilidad cognitiva de auto-confianza disminuida para tipos selectivos de amenazas percibidas.

Con respecto a la naturaleza de la baja auto-estima en la ansiedad, son tres las asunciones básicas. La primera, la falta de auto-confianza es altamente específica para las preocupaciones específicas del individuo. A diferencia de la depresión, donde encontramos una perspectiva negativa generalizada sobre el self, la baja auto-estima de la ansiedad sólo se evidencia en situaciones relevantes a las preocupaciones ansiosas de la persona. Por ejemplo, un cliente con una fobia específica a ingerir estaba desanimado y descorazonado por su incapacidad para comer en presencia de otras personas y, sin embargo, se sentía muy competente para actuar como cómico amateur frente a cientos de espectadores. La segunda, la falta de auto-confianza será un determinante significativo de las respuestas auto-protectoras en situaciones de ansiedad, como la huida o la evitación y ejecución deficitaria al manejar la situación. Y la tercera, la falta de auto-confianza al responder a ciertos tipos de amenazas percibidas se deriva de experiencias de aprendizaje iniciadas desde la primera infancia y, por lo tanto, actúa como factor de vulnerabilidad para el desarrollo posterior de un trastorno de ansiedad.

Pruebas empíricas

El primer criterio de vulnerabilidad es la sensibilidad al trastorno en cuestión. Los individuos ansiosos deberían mostrar menos confianza en sí mismos que los individuos no-ansiosos al manejar las situaciones amenazantes relevantes a su estado de ansiedad. De forma similar a la depresión, la presencia de trastornos de ansiedad se caracteriza por una disminución significativa de la auto-estima (p. ej., Ingham, Kreitman, Miller, Sashidharan & Surtees, 1986). De hecho, el vínculo entre la auto-estima baja y la ansiedad ha aparecido de forma prominente en las teorías psicológicas y en la investigación relativa a la ansiedad social, en particular. Varios estudios han demostrado que la auto-estima baja o las creencias disfuncionales sobre el self se relacionan con la elevada ansiedad social o vergüenza (de Jong, 2002; Jones & Briggs & Smith, 1986; Kocovski & Endler, 2000; Tanner et al., 2006; Wilson & Rapee, 2006). Sin embargo, es necesario especificar algunas singularidades relativas a la naturaleza de la auto-estima baja en la ansiedad social.

En primer lugar, la mayoría de las pruebas de investigación indica que la falta de auto-confianza en la fobia social es específica de las situaciones sociales que implican la percepción de evaluación ajena y no una auto-estima baja global. De hecho, a menudo se necesita la amenaza social para imprimir una auto-estima baja en muestras socialmente ansiosas (p. ej., O'Banion & Arkowitz, 1977; Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993). En segundo lugar, no se sabe con certeza si la falta de auto-confianza en la ansiedad social refleja una elevación de la auto-evaluación negativa o una reducción de la auto-evaluación positiva. Mansell y Clark (1999) hallaron que un grupo con alta ansiedad social recordaba menos adjetivos de rasgo positivo pero no más adjetivos negativos que el grupo con baja ansiedad social tras presenciar un discurso grabado en video de 2 minutos (véase de Jong, 2002; Tanner et al., 2006, para hallazgos similares). Por lo tanto, el principal problema de la ansiedad social puede ser más la reducción de la auto-evaluación positiva en las situaciones sociales que el aumento del punto de vista negativo sobre uno mismo. En tercer lugar, sigue estando sin clarificar qué aspectos de la auto-estima

baja pueden ser los más importantes en la fobia social. Wilson y Rapee (2006), por ejemplo, hallaron que en la fobia social se reducía la confianza en el auto-concepto, mientras que Mansell y Clark (1999) hallaron que los individuos socialmente ansiosos presentaban un recuerdo reducido de lo positivo para adjetivos de rasgo auto-referentes públicos pero no para los privados. Por último, las diferencias en la auto-estima pueden depender de si se evalúan procesos automáticos (es decir, implícitos) o procesos más costosos (es decir, explícitos). Los estudios del Test de Asociación Implícita (IAT; *Implicit Association Test*) sugieren que el problema de la baja auto-estima en la ansiedad puede reflejarse mejor en los procesos más controlados y costosos que en el sesgo evaluativo automático y subyacente (véanse de Jong, 2002; Tanner et al., 2006).

Aunque se sepa considerablemente menos sobre el rol de la baja auto-estima en otros trastornos de ansiedad, existen algunas investigaciones preliminares que merecen ser mencionadas. Ehnholt, Salkovskis y Rimes (1999) hallaron que tanto el grupo TOC como los ansiosos no-TOC presentaban significativamente menor auto-merecimiento y auto-estima generalizada que el grupo control no-clínico, pero concluían que la baja auto-estima generalizada podría ser más una consecuencia de la ansiedad que un factor predisponente. Wu, Clark y Watson (2006) comprobaron que los pacientes TOC se distinguían por una baja auto-imagen basada en el análisis del perfil del SNAP-2 y la baja auto-estima estaba implicada en el desarrollo de síntomas TEPT (Piotrkowski & Brannen, 2002). Doron y Kyrios (2005) propusieron que un auto-concepto restringido podría constituir una vulnerabilidad subyacente para el TOC. Por lo tanto, es visible el interés existente entre los investigadores sobre el papel que desempeña la baja auto-estima y sobre otros conceptos relativos a la identidad personal en la patogénesis de los trastornos de ansiedad.

Resumen

Aunque existan pruebas empíricas relativas a que la baja auto-estima caracteriza a los trastornos de ansiedad, no se sabe con certeza si esto es una causa o una consecuencia del trastorno. La investigación

sobre la vulnerabilidad de la auto-estima en la ansiedad es mucho menor que la existente en la literatura empírica sobre la baja auto-estima en la depresión. Dos tipos de estudios son críticos para poder vencer la mera especulación. Por una parte se necesitan estudios longitudinales para determinar si la baja auto-estima es un factor contribuyente que predispone al trastorno de ansiedad. Estos tipos de estudios son prácticamente inexistentes en la literatura sobre la ansiedad. Por otra parte, se necesita literatura experimental para determinar si las variaciones en la auto-estima presentan un efecto causal correspondiente sobre los síntomas de ansiedad. Los efectos causales deben demostrarse si la baja auto-confianza para el manejo de la amenaza es una auténtica vulnerabilidad cognitiva en la ansiedad.

Si el poco valor atribuido a uno mismo es un elemento de vulnerabilidad cognitiva para la ansiedad, los hallazgos preliminares sugieren que es altamente específico para el contenido amenazante percibido como relevante para las principales preocupaciones ansiosas del individuo. Además, la falta de auto-confianza es probablemente más evidente en la fase secundaria de la ansiedad, en la que predominan los procesos controlados e intencionados (véase Figura 2.1). Sin embargo, la conclusión definitiva sobre el respaldo empírico a la Hipótesis 11 debe esperar a que se desarrolle investigación adicional.

Pauta clínica 4.4

Al evaluar el efecto que las cuestiones relativas al valor que la persona se concede a sí misma tienen sobre la ansiedad, el terapeuta debería evaluar el nivel de auto-confianza del cliente para manejar las situaciones que ejemplifican las preocupaciones ansiosas principales del individuo.

Hipótesis 12: Creencias duraderas relevantes a la amenaza

Los individuos vulnerables a la ansiedad se distinguen de las personas no-vulnerables por sus esquemas maladaptativos preexistentes (es decir, creencias) sobre las amenazas o peligros particulares y asociados a la vulnerabilidad personal que permanece inactiva hasta que es iniciada por experiencias vitales o estresores relevantes.

El modelo cognitivo de la ansiedad (véase Capítulo 2) considera que la activación automática del modo primal de amenaza es un proceso central en la experiencia de la ansiedad. La activación del modo de amenaza pone en marcha los síntomas que constituyen un estado de ansiedad. Además, las creencias o esquemas disfuncionales que componen el modelo primal de amenaza son personales y bastante idiosincrásicos para cada individuo. Fundamentalmente han sido aprendidos a través de diversas experiencias positivas y negativas de amenaza o peligro que han ocurrido a la persona misma o a los otros significativos. Como tales, son representaciones duraderas de amenaza, que en los trastornos de ansiedad suelen ser excesivas, sesgadas y maladaptativas. Estos esquemas disfuncionales relacionados con la amenaza generarán valoraciones exageradas de la probabilidad y gravedad de la amenaza, subestimarán la propia capacidad de afrontamiento y minimizarán la presencia de la seguridad (Beck et al., 1985, 2005).

En el modelo cognitivo los esquemas relevantes a la amenaza constituyen el núcleo de la vulnerabilidad cognitiva a la ansiedad. Los esquemas de amenaza de la persona vulnerable a la ansiedad no son sólo cualitativamente diferentes de los de las personas no-vulnerables en términos de contener información errónea y sesgos sobre amenazas particulares, sino que también son “prepotentes” en el sentido de que una gama más amplia de estímulos menos intensos activará los esquemas. Por ejemplo, la mayoría de las personas sienten algo de ansiedad antes de dar una conferencia pública, que refleja la activación de creencias como “Es importante que haga un buen trabajo” y “Espero que la audiencia sea receptiva”. Sin embargo, la persona vulnerable a la ansiedad social podría sentir ansiedad intensa al formularle una pregunta en una reunión de trabajo por efecto de la activación de esquemas como “No puedo hablar en voz alta, las personas advertirán que mi voz tiembla”, “Pensarán que hay algo raro en mí”, “Supondrán que tengo un problema de ansiedad –una enfermedad mental”. En comparación con la persona no-vulnerable, el individuo con ansiedad social presenta esquemas más extremos y exagerados que le llevan a valoraciones exageradas de la amenaza. Además, una situación mucho menos amenazante provoca los esquemas

de amenaza de la persona socialmente ansiosa. De este modo, las representaciones esquemáticas de amenaza en la persona vulnerable son prepotentes o hipervalentes, conduciéndola a una activación más frecuente e intensa. A diferencia de la persona no-vulnerable, la activación de ciertos esquemas de amenaza en la persona vulnerable tenderá a absorber muchos de los recursos de procesamiento de información de modo que los esquemas más constructivos le sean casi inaccesibles.

Pruebas empíricas

¿Existen pruebas empíricas que confirmen que las creencias o esquemas relevantes a la amenaza constituyan una predisposición cognitiva sostenida para los estados de ansiedad clínica? Ya hemos revisado una cantidad considerable de pruebas empíricas coherentes con la vulnerabilidad cognitiva basada en esquemas. En el capítulo anterior hemos mencionado numerosos estudios realizados por MacLeod, Mogg, Bradley, Mathews y otros donde se observaba que los individuos no-clínicos con alta ansiedad rasgo presentaban sesgo de procesamiento atencional hacia la amenaza, especialmente bajo condiciones de estrés (véanse revisiones de Mathews & MacLeod, 1994, 2005; Mogg & Bradley, 1998). Mathews y MacLeod (2002) conclúan que los individuos con alta ansiedad rasgo presentan vulnerabilidad cognitiva a la ansiedad en forma de un umbral menor para cambiar de la evitación a un modo de procesamiento vigilante de información.

Una segunda fuente de pruebas que confirman la vulnerabilidad esquemática a la ansiedad se deriva de los estudios de la sensibilidad a la ansiedad y del control disminuido, revisados en el presente capítulo. Aunque sería inexacto describir el ASI como una medida de creencias, de hecho evalúa las valoraciones que se basan en una variedad de creencias preexistentes sobre las sensaciones físicas y la ansiedad. Por ejemplo, el ítem del ASI “Me asusto cuando mi respiración es entrecortada” se basaría en una creencia preexistente como “Estoy incurriendo en un riesgo grave por ser incapaz de respirar, cuando siento que me falta aire”. Si las puntuaciones ASI altas predi-

cen la elevada probabilidad de una consiguiente ansiedad, de estos hallazgos podemos generalizar a las creencias que subyacen a las valoraciones ASI como pruebas que confirman que las creencias constituyen la vulnerabilidad a la ansiedad. La misma generalización puede extraerse de la investigación relativa al control disminuido y al estilo atribucional negativo en la ansiedad. Ciertas creencias preexistentes relativas a la falta de control sobre las amenazas anticipadas subyacerán a las percepciones de control, haciendo de dichas creencias elementos importantes en la propuesta de que la sensación disminuida de control personal es un factor de vulnerabilidad a la ansiedad. En resumen, la idea de creencias disfuncionales preexistentes que predisponen a la ansiedad es un rasgo común a muchas teorías cognitivas de los trastornos de ansiedad (p. ej., D.A. Clark, 2004; Ehlers & Clark, 2000; Wells, 2000; Wells & Clark, 1997).

- *Creencias disfuncionales de la ansiedad*

A fin de investigar la función de las creencias disfuncionales en la etiología de la ansiedad, se necesitan medidas de creencias específicas que evalúen directamente el contenido de los esquemas de amenaza. Desafortunadamente, la investigación en esta área no se ha desarrollado tanto como en los estudios experimentales sobre el sesgo atencional o en los estudios sobre la breve prospectiva diátesis-estrés hallados en la depresión. Con todo, hemos comenzado a ver más investigación sobre el rol de los esquemas y las creencias relevantes a la amenaza en la ansiedad clínica.

En años recientes se ha desarrollado bastante investigación sobre la estructura de creencias en el TOC. Un grupo internacional de investigadores denominado Grupo de Trabajo sobre Cogniciones Obsesivo Compulsivas (OCCWG, *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group*) propuso seis dominios de creencias como constitutivas de la vulnerabilidad cognitiva al TOC: exceso de responsabilidad, exceso de control de los pensamientos, exceso de importancia de los pensamientos, amenaza sobrestimada, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre (OCCWG, 1997). Las definiciones de estos dominios de creencias pueden verse en la Tabla 11.3.

Se elaboró un cuestionario de auto-informe con 87 ítems, el Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ, *Obsessive Beliefs Questionnaire*) para evaluar los seis dominios de creencias TOC. Posteriormente el análisis factorial reveló que podría reducirse a 44 ítems que evaluaban tres dimensiones de creencias: responsabilidad/estimación de la amenaza, perfeccionismo/intolerancia a la incertidumbre e importancia/control de pensamientos (OCCWG, 2005). Dos estudios clínicos a gran escala basados en el OBQ de 87 ítems reveló que los pacientes TOC puntuaban significativamente más alto que otros grupos ansiosos no-obsesivos y otros grupos no-clínicos en las subescalas de Control de Pensamientos, Importancia de Pensamientos y Responsabilidad del OBQ, en particular, y que las seis escalas de creencias OBQ correlacionaban mejor con las medidas de auto-informe TOC que con el BAI o el BDI (OCCWG, 2001, 2003; véase Steketee, Frost & Cohen, 1998, para resultados similares). Sin embargo, las seis subescalas OBQ se interrelacionan altamente y presentan altas correlaciones con otras medidas no-TOC como el Cuestionario de Preocupaciones de Penn (*Penn State Worry Questionnaire*). En el momento actual el OBQ es probablemente la mejor medida de las creencias TOC, aunque presente algunas debilidades en su constructo de validez.

Cada vez es más obvio que sólo ciertos dominios de creencias como la responsabilidad, la importancia y el control de pensamientos pueden ser específicos del TOC, mientras que otros dominios como la sobrestimación de la amenaza y el perfeccionismo son comunes a los diferentes trastornos de ansiedad. Aunque se hayan observado algunas incoherencias en diferentes estudios, las creencias sobre la importancia de los pensamientos y la necesidad de controlarlos han tendido a diferenciar a los pacientes TOC de otros grupos de ansiedad, y la responsabilidad y la sobrestimación de la amenaza muestran especificidad en algunos casos, pero el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre surgen, a menudo, como factores no-específicos en los distintos trastornos de ansiedad (p. ej., Anholt et al., 2006; Clark, Purdon & Wang, 2003; Sica et al., 2004; Tolin, Worhunsky & Maltby, 2006; véase Emmelkamp & Aardema, 1999, para resultados contrarios). Además, algunas creencias pueden ser particularmente relevantes para ciertos subtipos TOC como la importancia/control de pensamientos para las obsesiones puras o el perfeccio-

nismo/intolerancia a la incertidumbre para la comprobación TOC (Calamari et al., 2006; Jubilen, O'Connor, Aardema & Todorov, 2006). Los estudios de agrupamientos analíticos con el OBQ sugieren que no todos los pacientes con TOC dispondrán necesariamente de estas creencias TOC, lo que ha llevado a algunos investigadores a cuestionar si las creencias disfuncionales desempeñan algún rol en todos los casos TOC (Calamari et al., 2006; Taylor et al., 2006).

Recientemente se ha intentado determinar si las creencias disfuncionales preexistentes podrían predecir prospectivamente una escalada de síntomas obsesivo-compulsivos (OC). A un grupo de 85 progenitores que esperaban su primer hijo se les administró el OBQ-44 y otras medidas de ansiedad y síntomas obsesivos antes del parto y 3 meses después de éste (Abramowitz, Khandker, Nelson, Deacon & Rygwall, 2006). La mayoría de las madres y padres manifestaron pensamientos intrusos angustiosos sobre sus recién nacidas criaturas durante la evaluación de seguimiento, y los análisis de regresión revelaron que las puntuaciones OBQ totales predecían un aumento de síntomas OC después del parto, como se determinaba mediante la Escala Obsesivo-Compulsiva Yale-Brown –Inventario Compulsivo-Revisado. En un estudio prospectivo con 377 estudiantes, Coles y Horno (2006) hallaron que las puntuaciones totales OBQ-44 predecían un aumento de los síntomas OC tal y como fueron medidas por la puntuación total del Inventario Obsesivo Compulsivo, pero la interacción entre las creencias y el acontecimiento vital negativo no alcanzaba el grado de significatividad. Sin embargo, en un segundo estudio Coles y sus colaboradores no lograron replicar completamente estos hallazgos (Coles, Pietrefesa, Schofield & Cook, 2007), y el OBQ-44 sólo mostraba una tendencia hacia la significatividad y ninguna interacción con los sucesos vitales negativos.

Los investigadores han examinado los tipos de creencias disfuncionales hallados en otros trastornos de ansiedad. Las creencias maladaptativas preexistentes sobre la preocupación y sus consecuencias son evidentes en la preocupación crónica y en el TAG (Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Dugas et al., 2005; Dugas, Gagnon, Ladouceur & Freeston, 1998; Wells & Cartwright-Hatton, 2004; Ruscio & Borkovec, 2004; Wells & Papageorgiou, 1998a). Wenzel, Sharp,

Brown, Greenberg y Beck (2006) observaron que las creencias relevantes a la angustia como la anticipación de la ansiedad, la preocupación por las catástrofes físicas y emocionales y la auto-desaprobación se asociaban más estrechamente con la ansiedad y con los síntomas de angustia que con los auto-informes de depresión. Los individuos con ansiedad social pueden presentar algunos esquemas tempranos maladaptativos tal y como se indicaba en las elevadas puntuaciones del Cuestionario de Esquemas Jóvenes (*Young Schema Questionnaire*), subescalas de Privación Emocional, Culpa/Fracaso, Indeseabilidad/Defectividad Social, Dependencia y similares (Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo & Cunha, 2006). En general existen elementos indicativos de que las creencias maladaptativas sostenidas sobre la amenaza y la vulnerabilidad caracterizan a los trastornos de ansiedad, pero esta investigación se encuentra aún en sus orígenes y no se han contemplado aún cuestiones fundamentales relativas a la naturaleza de la vulnerabilidad esquemática en la ansiedad.

- *Sesgo inducido de interpretación de la amenaza*

En la actualidad se sabe con certeza que la tendencia a producir interpretaciones amenazantes de información ambigua es una característica importante del sesgo de procesamiento selectivo para la amenaza que caracteriza a la ansiedad (Mathews, 2006). Sin embargo, demostrar tal sesgo de procesamiento y, por extensión, que su activación de la amenaza esquemática subyacente tiene influencia causal, es más difícil porque la mayoría de la investigación ha sido correlacional o ha recurrido a diseños de investigación de diferentes secciones. Mathews y MacLeod (2002) señalan que las pruebas de sesgo diferencial en grupos ansiosos y no-ansiosos, la reducción del sesgo de amenaza mediante el tratamiento o la activación diferencial del sesgo en individuos con ansiedad rasgo baja y alta tras un suceso estresante no pueden descartar una explicación no-causal como la de la influencia de una tercera variable no identificada. En este sentido, la investigación que demuestra que la manipulación experimental del sesgo interpretativo a través de condiciones de entrenamiento determinadas tiene un impacto considerable sobre la emoción, constituye una prueba empírica importante de la vulnerabilidad cognitiva

porque aporta pruebas de una precondition básica de la vulnerabilidad: que el procesamiento sesgado de información tiene un efecto causal sobre la emoción.

El objetivo básico de los procedimientos de inducción consiste en entrenar a voluntarios a iniciar un procesamiento selectivo de información nueva relevante a la ansiedad y evaluar los cambios en la subsiguiente ansiedad. Es imprescindible demostrar dos efectos. El primero, que el entrenamiento ha sido satisfactorio en el sesgo de procesamiento diferencial y se generaliza al procesamiento de información nueva. Y el segundo, que un aumento o reducción en el sesgo de procesamiento de la amenaza provoca cambios en el nivel de ansiedad. Una tercera cuestión que se ha contemplado con frecuencia es si existen diferencias individuales en la susceptibilidad al entrenamiento en el sesgo de amenaza que podrían sugerir un incremento de la vulnerabilidad a la ansiedad.

MacLeod y sus colaboradores dirigieron una serie de experimentos sobre el sesgo atencional inducido para la amenaza en estudiantes voluntarios. En el experimento típico los individuos fueron asignados al azar a una condición de entrenamiento en amenaza atencional o evitación de la amenaza a favor de claves emocionalmente neutras (Mathews & MacLeod, 2002). En una serie de experimentos piloto que no fueron publicados (véanse comentarios de Mathews & MacLeod, 2002), MacLeod y sus colaboradores adaptaron el paradigma de detección *dote probe* para que los participantes fueran asignados al azar a 576 ensayos de entrenamiento en los que la señal o estímulo siempre aparecía en la localización de las palabras amenazantes o neutras. Los análisis de 128 ensayos de prueba revelaron un efecto significativo del entrenamiento en el que los participantes entrenados para detectar las palabras amenazantes procedían de forma significativamente más rápida en la detección de la señal tras una palabra amenazante y más lenta en la detección de la señal tras una palabra neutra. Este efecto de entrenamiento fue replicado en otro experimento piloto usando expresiones faciales alegres y airadas.

MacLeod et al. (2002), en su primer y principal estudio publicado, se referían a dos estudios que conllevaban la manipulación experimental del sesgo atencional. En el primer experimento, 64 estudian-

tes no-vulnerables (puntuaciones de ansiedad rasgo en el rango medio) fueron asignados al azar a una condición de entrenamiento “negativo de atención” o a una condición “de atención neutral”. El entrenamiento conllevó 576 ensayos, en los cuales el 50% de las presentaciones de palabras emparejadas eran de intervalo breve (es decir, 20 milisegundos) y el restante 50% fueron de duración de exposición prolongada (es decir, 480 milisegundos). A lo largo de los ensayos de entrenamiento se distribuyeron 96 pruebas de ensayo. De este modo, la mitad de los participantes fueron entrenados para atender a la información negativa y la otra mitad fueron entrenados para alejar la atención de los estímulos negativos (atender a palabras neutras). Tras el entrenamiento *dote probe* todos los participantes ejecutaron una tarea estresante de anagrama. Los análisis revelaron que los estudiantes de la condición de entrenamiento negativo mostraban una detección más veloz en la *dote probe* de las palabras negativas, mientras que los participantes entrenados para desatender a las palabras negativas mostraron un efecto de aceleración en la *dote probe* tras las palabras neutras. Sin embargo, este efecto de entrenamiento sólo era visible en los ensayos de exposición más prolongada, indicando que el sesgo diferencial no era preconsciente. Además, el entrenamiento atencional no producía efectos inmediatos sobre el estado anímico, aunque tras el estrés de los anagramas los estudiantes entrenados para desatender a la información negativa mostraron elevaciones significativamente inferiores en el estado anímico negativo. Los autores concluyeron que el *entrenamiento en evitación atencional de la amenaza* podría reducir la vulnerabilidad a la respuesta negativa ante el estrés.

En un segundo estudio de réplica se ejecutaron todos los ensayos de entrenamiento con intervalos más prolongados de exposición y la reactividad emocional se evaluó antes y después del entrenamiento atencional (MacLeod et al., 2002). Los análisis revelaron que se volvía a lograr el efecto diferencial del entrenamiento y que el entrenamiento atencional para desatender a los estímulos negativos no producía una respuesta emocional negativa al estresor del anagrama, mientras que el grupo que había recibido entrenamiento atencional negativo mostraba una respuesta emocional negativa pronunciada al estresor. Estos efectos diferenciales se debían al entrenamiento porque en la línea base los grupos no habían mostrado diferencias de

aumento del estado de ánimo negativo ante la tarea del anagrama de preinducción de la línea base. Los autores concluían que el entrenamiento atencional modificaba el grado de respuesta emocional al subsiguiente estresor. De este modo, el entrenamiento producía su mayor impacto no sobre el estado anímico sino sobre la vulnerabilidad emocional al estrés.

De suma importancia para la Hipótesis 12 son los estudios publicados sobre el entrenamiento en sesgo interpretativo. Grey y Mathews (2000) investigaron en primer lugar si el sesgo interpretativo para la amenaza podría ser inducido a voluntarios con puntuaciones normales de la ansiedad rasgo. Los individuos fueron asignados al azar a una condición de entrenamiento de homografías no-amenazantes, condición en la que los voluntarios fueron entrenados para completar un fragmento de palabra con una homografía amenazante o no-amenazante. En el primer experimento, Grey y Mathews (2000) hallaron que el entrenamiento en amenaza producía una respuesta más rápida para generar soluciones de amenaza en 20 ítems críticos de prueba, y se observó que el efecto de sesgo del entrenamiento en amenaza se generalizaba a una tarea de decisión léxica en otros dos experimentos adicionales. En un estudio final que incluía un grupo de control no-atencional, los individuos expuestos al entrenamiento de homografías amenazantes mostraban una decisión léxica más veloz para la amenaza que el grupo de línea base. Estos estudios, por lo tanto, demostraban que a los individuos no-vulnerables se les puede entrenar en un sesgo interpretativo de amenaza para los estímulos ambiguos.

Mathews y Mackintosh (2000) dirigieron cinco experimentos en los que el entrenamiento en sesgo interpretativo conllevaba la elaboración de una interpretación negativa (amenazante) o positiva (no-amenazante) para una breve descripción de una situación social ambigua. Se presentaron sesenta y cuatro descripciones seguidas, cada una de ellas, por un fragmento de palabra que coincidía con una interpretación amenazante o no-amenazante. En el primer experimento, los voluntarios asignados al azar a un entrenamiento interpretativo de la amenaza completaban más rápidamente la prueba negativa de fragmentos de palabra y daban valoraciones más altas de reconocimiento a las interpretaciones de amenaza de las descripcio-

nes ambiguas. En este mismo orden, había un efecto directo sobre el estado anímico, porque el grupo de amenaza manifestaba un aumento de la ansiedad tras el entrenamiento, aunque este efecto del estado anímico no fue replicado en el segundo experimento. En el cuarto experimento interpretativo, el entrenamiento en amenaza produjo un aumento en la ansiedad estado pero se comprobó que sus efectos se disipaban con cierta prontitud. El experimento final demostró que el sesgo inducido para la amenaza generará un aumento en la ansiedad sólo cuando era activado por significados personalmente amenazantes. Los autores concluían que sus resultados aportan pruebas experimentales directas de que la activación del sesgo de interpretación de la amenaza desempeña un rol causal en la ansiedad.

En un estudio más reciente Wilson et al. (2006) emplearon la inducción del sesgo interpretativo de homografías de Grey y Mathews (2000) y asignaron al azar a 40 estudiantes no-ansiosos a una condición de entrenamiento de amenaza y no-amenaza. Los análisis revelaron el sesgo de interpretación diferencial esperado con el entrenamiento, pero sin efecto directo sobre el estado anímico deprimido o ansioso. Sin embargo, el sesgo de interpretación tenía un impacto significativo sobre la reactividad emocional ante cuatro video clips estresantes, en este caso el grupo entrenado para la amenaza mostraba una elevación en la ansiedad estado en respuesta a un estresor. Los autores concluían que el sesgo de interpretación de la amenaza podría ejercer “una contribución causal para la reactividad a la ansiedad” (Wilson et al., 2006, p. 109).

Yiend, Mackintosh y Mathews (2005) emplearon los escenarios sociales ambiguos basados en textos de Mathews y Mackintosh (2000) para demostrar que la inducción de un sesgo de interpretación de la amenaza puede mantenerse al menos durante 24 horas pero, como en estudios previos, no había efecto directo significativo sobre la ansiedad estado. En otro estudio Mackintosh, Mathews, Yiend, Ridgeway y Cook (2006) observaron una vez más que el sesgo de interpretación inducido se mantenía durante 24 horas y sobrevivía a los cambios en el contexto ambiental entre el entrenamiento y las pruebas. Este efecto de mantenimiento del entrenamiento de inducción fue replicado en un segundo experimento usando los escenarios basados en textos

que conllevaban una amenaza física potencial. Además, los individuos con el entrenamiento en interpretación negativa mostraron mayores incrementos en la ansiedad estado tras presenciar video clips estresantes con imágenes de accidentes un día después del entrenamiento. Sin embargo, un estudio de réplica de Mathews y Mackintosh (2000) no logró confirmar que los efectos del entrenamiento en sesgo interpretativo se generalizaran a índices de procesamiento interpretativo que fueran diferentes a la tarea de entrenamiento, aunque sí hallaron que los individuos con entrenamiento negativo mostraban aumentos significativos en la ansiedad estado (Salemink et al., 2007a). Con todo, un segundo experimento producía resultados negativos, y ni el entrenamiento en sesgo interpretativo positivo ni el negativo producía efectos significativos sobre la ansiedad estado ni sobre la reactividad emocional al estrés (Salemink et al., 2007b). En conjunto estos resultados indican que los efectos del entrenamiento interpretativo pueden mantenerse con el paso del tiempo y posiblemente en diferentes contextos ambientales y estimulares, y que los cambios en la reactividad emocional debidos al entrenamiento también pueden presentar alguna medida de durabilidad.

En un volumen especial de la revista *Journal of Abnormal Psychology* se publicó una serie de estudios basados en el entrenamiento del sesgo cognitivo en los que se demostraba que podrían obtenerse beneficios terapéuticos significativos mediante el entrenamiento directo de individuos ansiosos para generar interpretaciones benignas o positivas ante material emocionalmente ambiguo, o para atender selectivamente a estímulos no-amenazantes; los procedimientos fueron denominados como *modificación del sesgo cognitivo* (para más detalles véase MacLeod, Koster & Fox, 2009). Cuatro estudios son de particular relevancia para demostrar el estatus causal del sesgo de amenaza. En el primer estudio, estudiantes no-clínicos que eran entrenados durante días para evitar selectivamente palabras emocionalmente negativas o amenazantes usando un programa casero de *dote probe*, presentaban puntuaciones significativamente inferiores que el grupo control de no-entrenamiento, en la ansiedad rasgo y reactividad debilitada al estrés ante un estresor naturalista con el que se encontraban 48 horas después del entrenamiento (MacLeod & Bridle, 2009).

En un segundo estudio los grandes preocupadores entrenados para acceder a significados benignos de homografías relacionadas con la amenaza y escenarios emocionalmente ambiguos presentaban significativamente menos intrusiones de pensamiento negativo y menos ansiedad durante una tarea centrada en la respiración que el grupo control sin entrenamiento (Hirsch, Hayes & Mathews, 2009). En dos estudios finales que conllevaban entrenamiento atencional usando una tarea de *dote probe*, los individuos con TAG entrenados para atender selectivamente a palabras neutrales presentaban una reducción significativa en el sesgo atencional de amenaza y en los síntomas de ansiedad (Amir, Berad, Burns & Bomyea, 2009), y en un segundo estudio similar los participantes socialmente ansiosos entrenados para deshacerse de las señales socialmente negativas manifestaron significativamente mayores reducciones en la ansiedad social y en la ansiedad rasgo que el grupo control sin entrenamiento (Schmidt, Richey, Buckner & Timpano, 2009). En conjunto, estos estudios indican que el entrenamiento en sesgo cognitivo puede ser efectivo para reducir la ansiedad, lo que constituye un apoyo adicional a la base causal del sesgo de amenaza en la ansiedad.

Resumen

Salvo algunos estudios que han hallado resultados incoherentes sobre las creencias sostenidas en el TOC, es relativamente escasa la investigación existente sobre la vulnerabilidad cognitiva a la ansiedad que ha recurrido a los cuestionarios de auto-informe de creencias disfuncionales sobre la amenaza. Sin embargo, estudios experimentales más recientes que han recurrido a distintos protocolos de entrenamiento han demostrado que puede crearse un sesgo de interpretación de la amenaza en individuos no-ansiosos que sería muy similar al sesgo de procesamiento selectivo para la amenaza que caracteriza a la ansiedad. Las pruebas relativas a cierta durabilidad en el tiempo y transferencia del estilo de procesamiento inducido para estímulos nuevos y cambios en el contexto ambiental sugieren que estos efectos de entrenamiento pueden ser robustos. Sin embargo, los efectos causales del sesgo inducido de interpretación de la amenaza sobre la ansiedad no son sencillos. Es evidente que los efectos de entrenamiento sobre la ansiedad son más probables cuando el sesgo inducido se activa al pedir

a los individuos que generen significados personalmente amenazantes (Mathews & Mackintosh, 2000) o, posiblemente, cuando el sesgo de interpretación active imaginiería personalmente amenazante (Hirsch, Clark & Mathews, 2006). Además, los efectos del estado de ánimo-congruencia del sesgo de interpretación inducido son más notables con la exposición al estresor. Así pues, las pruebas existentes hasta la fecha indican que el sesgo de interpretación de la amenaza desempeña una función causal en la modificación de la vulnerabilidad a la reactividad emocional. Sin embargo, esta investigación debe madurar aún en la infancia para poder resolver numerosas cuestiones.

El entrenamiento en el sesgo positivo de interpretación podría demostrarse un tratamiento efectivo para los estados de ansiedad clínica. Los estudios sobre la modificación del sesgo cognitivo se han demostrado útiles para producir reducciones significativas de los síntomas ansiosos. Mathews et al. (2007) hallaron que el entrenamiento en el sesgo positivo de interpretación reducía las puntuaciones de ansiedad rasgo. Adicionalmente, el uso de la imaginiería durante el entrenamiento en interpretación podría mejorar los efectos del entrenamiento tal y como se observaba en las disminuciones de la ansiedad estado y los aumentos en el afecto positivo (Colmes, Mathews, Dalgleish & Mackintosh, 2006; véase también Colmes, Arntz & Smucker, 2007). Los hallazgos actuales, por lo tanto, son muy prometedores y son la prueba experimental más robusta hasta la fecha de que la activación esquemática de la amenaza, en forma de sesgo interpretativo de la amenaza, desempeña un rol contribuyente significativo en la reactividad ansiosa al estrés. Además, podrían extraerse beneficios terapéuticos significativos al revertir el sesgo cognitivo preexistente mediante el entrenamiento de individuos vulnerables para efectuar interpretaciones positivas de estímulos ambiguos de amenaza.

Pauta clínica 4.5

El entrenamiento intencionado y sostenido para generar interpretaciones positivas, no-amenazantes de situaciones personalmente significativas relevantes para las preocupaciones ansiosas fundamentales del cliente puede contrarrestar la activación esquemática hipervalente para la amenaza que caracteriza a la vulnerabilidad a la ansiedad.

Resumen y conclusión

En este capítulo hemos comentado diversos constructos que han sido propuestos sobre la etiología de los trastornos de ansiedad. Aunque diversos factores genéticos, biológicos, evolutivos y ambientales estén implicados en la aparición de la ansiedad, a nuestro juicio, los individuos también pueden poseer una vulnerabilidad cognitiva para la ansiedad. Tal y como se mostraba en la Figura 4.1, el modelo cognitivo reconoce que la predisposición genética, los determinantes biológicos, las experiencias de la infancia y los sucesos vitales aversivos, todos ellos, desempeñan un papel significativo en la etiología del trastorno de ansiedad. Simultáneamente, sin embargo, los factores generales cognitivos-de personalidad interactúan con estructuras cognitivas estables más específicas como vías contribuyentes a la expresión de la ansiedad.

Al nivel más general, el modelo cognitivo reconoce que ciertas características de personalidad como la alta emocionalidad negativa o la elevada ansiedad rasgo son factores inespecíficos de vulnerabilidad en la ansiedad. En la actualidad existen suficientes pruebas empíricas de que los individuos no-clínicos con alta ansiedad rasgo muestran cierta propensión hacia el sesgo de procesamiento de información relacionado con la amenaza, que es similar al apreciado en los trastornos de ansiedad, especialmente cuando se induce mediante el entrenamiento o se activa por efecto de un estresor (p. ej., véase revisión de MacLeod et al., 2004). La AN alta ha sido implicada en la etiología tanto de la ansiedad como de la depresión. Sin embargo, en el nivel más específico vemos factores contribuyentes que pueden ser más relevantes para la ansiedad. En la actualidad existe una amplia literatura sobre la función etiológica de la sensibilidad a la ansiedad y, mientras que la incontrollabilidad percibida está visiblemente implicada en la patogénesis de la ansiedad, no se sabe con certeza si su influencia se limita a los trastornos de ansiedad.

En el resto del capítulo hemos comentado las pruebas relativas a las dos hipótesis finales del modelo cognitivo. Cada vez son más numerosas las pruebas relativas a que las creencias o esquemas estables sobre la amenaza y la vulnerabilidad personal son factores que predisponen a la ansiedad. Aunque la investigación sobre un modelo

de vulnerabilidad cognitiva de la ansiedad se encuentre aún en sus inicios, durante los últimos años se ha progresado considerablemente en la demostración del estatus causal del sesgo de procesamiento de información para la amenaza en la ansiedad. Sólo hemos empezado a ver el modo en que esta investigación sobre la vulnerabilidad cognitiva puede llevarnos a mejores tratamientos para los trastornos de ansiedad.

II

Terapia cognitiva de la ansiedad

Estrategias de evaluación e intervención

El modelo cognitivo genérico reformulado de la ansiedad presentado en la Primera Parte proporciona el marco para la evaluación y la formulación del caso así como para los enfoques cognitivos y conductuales de intervención que son comunes a los distintos trastornos de ansiedad. En este sentido, la terapia cognitiva es transdiagnóstica, dirigida a estructuras y procesos cognitivos maladaptativos que son comunes a los diferentes subtipos de ansiedad. Los capítulos que configuran esta Segunda parte del libro ofrecen instrucciones detalladas para la evaluación cognitiva básica y los enfoques de tratamiento que son relevantes para todas las formas de presentación de síntomas ansiosos. En el Capítulo 5 se comentan las medidas estandarizadas para evaluar la ansiedad general así como el marco de trabajo y la ilustración de un caso para elaborar la formulación cognitiva de un caso de ansiedad. En el Capítulo 6 se explica el modo de implementar las estrategias de intervención cognitiva como la formación, el auto-monitoreo, la reestructuración cognitiva y la generación de alternativas para modificar las valoraciones y creencias de amenaza exagerada y de vulnerabilidad en los trastornos de ansiedad. El Capítulo 7 se destina al rol crítico que desempeñan las intervenciones conductuales como la exposición, la prevención de respuesta y el cambio con-

ductual dirigido en la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad. En conjunto estos capítulos ofrecen una instrucción básica sobre el modo de implementar las estrategias de intervención cognitivas y conductuales principales que constituyen los cimientos de la terapia cognitiva específica de cada trastorno que se desarrolla en la Tercera Parte.

5

Evaluación cognitiva y formulación del caso

Nuestra Era de la Ansiedad es, en gran medida, el resultado de intentar realizar las tareas de hoy con las herramientas de ayer.

MARSHALL MCLUHAN (Académico y autor canadiense, 1911-1980)

Sharon es una mujer soltera de 52 años de edad que trabajaba como asesora de tecnologías de la información para una gran compañía de publicidad. Llevaba trabajando 10 años en esta compañía, y su trabajo conllevaba el contacto diario con un gran número de empleados que solicitaban su asesoría cada vez que experimentaban problemas informáticos. Por lo tanto, su trabajo requería interacciones diarias, de tú-a-tú con individuos en sus puestos de trabajo, referidas al ordenador y a los problemas de la red así como reuniones con los jefes cada vez que hubiera preguntas relativas a las tecnologías de la información.

Sharon decidió finalmente solicitar tratamiento para lo que ella describía como “la lucha de toda una vida con la ansiedad”. Señalaba que su principal problema era el aumento de ansiedad cada vez que participaba en una interacción social con sus compañeros de trabajo. Manifestaba sentir sólo una ansiedad media fuera del contexto laboral y anteriormente no había contemplado la posibilidad

de tratamiento hasta 6 meses antes cuando experimentó un aumento significativo en su nivel de ansiedad propio del contexto laboral. Renunciaba a la farmacoterapia que le ofrecía el médico de familia y en su lugar accedía a acudir al psicólogo para recibir psicoterapia. Antes de ofrecer a Sharon un curso de terapia cognitiva, debían ser consideradas diversas cuestiones. ¿Cuál era la naturaleza de su trastorno de ansiedad y cuáles eran sus principales síntomas de ansiedad? ¿Qué señales externas e internas provocaban su ansiedad? ¿Cuáles eran sus pensamientos ansiosos automáticos y sus valoraciones exageradas de amenaza y vulnerabilidad personal? ¿Era ella altamente intolerante a la ansiedad e hipervigilante a ciertos síntomas de ansiedad? ¿Cómo trataba de afrontar su aumento de ansiedad? ¿Eran la preocupación y la evitación respuestas prominentes a la ansiedad? ¿Cómo interpretaba su incapacidad para controlar la ansiedad? Éstas son algunas pocas de las preguntas que fueron consideradas durante las sesiones de evaluación que condujeron a una formulación cognitiva e individualizada del caso que se presenta al final de este capítulo.

La evaluación y la formulación del caso equivalen al puente entre la teoría cognitiva y el tratamiento. Desde sus comienzos la teoría cognitiva ha subrayado la importancia de la evaluación guiada por la teoría como cimiento de una psicoterapia efectiva. En el primer manual publicado de terapia cognitiva, Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) subrayaban que la formulación diagnóstica, la especificación de los objetivos de tratamiento, la formación del cliente sobre el modelo cognitivo y la selección de síntomas diana eran elementos críticos en el tratamiento de la depresión.

Los instrumentos de evaluación y formulación de caso de los que dispone el terapeuta cognitivo en la actualidad son mucho más precisos que los existentes durante los primeros años de la terapia cognitiva. Por ejemplo, J.S. Beck (1995, 2005) desarrolló un esquema más detallado y refinado de conceptualización cognitiva de caso que puede aplicarse a los trastornos de ansiedad. La autora defiende la importancia de la conceptualización como guía para centrar la terapia en los problemas y procesos críticos que subyacen al trastorno psicológico. A menudo, el fracaso de un tratamiento con casos difíci-

les puede atribuirse a una conceptualización incompleta o indebidamente guiada del caso (J.S. Beck, 2005). Persons y sus colaboradores (Persons, 1989; Persons & Davidson, 2001) elaboraron uno de los modelos más comprensivos para la formulación del caso, subrayando su naturaleza individualizada, dirigida por la teoría y generadora de hipótesis. Los protocolos de tratamiento cognitivo-conductual para los trastornos específicos de ansiedad como la angustia (S. Taylor, 2000), la fobia social (Elting & Hope, 1995), el TAG (Turk, Heimberg & Mennin, 2004; Wells, 1997) y el TOC (D.A. Clark, 2004) insisten, una vez más, en la importancia que tienen la evaluación y la formulación cognitiva del caso.

En este capítulo presentamos un esquema de formulación de caso para la ansiedad basado en el modelo cognitivo (véase Figura 2.1). Se describe un marco de trabajo general para la conceptualización cognitiva del caso que puede aplicarse a todos los trastornos de ansiedad. Las aplicaciones precisas de este esquema de conceptualización del caso serán consideradas en los capítulos específicos de cada trastorno. La primera parte del capítulo se destina a revisar las pruebas diagnósticas y de síntomas generales de ansiedad que son un importante instrumento de evaluación en la terapia cognitiva de la ansiedad. Esto irá seguido por un comentario sobre la evaluación de la activación inmediata del miedo (Fase I) y sus secuelas. Un tercer apartado del capítulo se destinará a la evaluación de los procesos elaborativos secundarios que conducen a una revaloración de la amenaza y de la vulnerabilidad personal. El capítulo concluye con la ilustración de un caso de formulación cognitiva de la ansiedad y la consideración de las dificultades que pueden plantearse en la fase del tratamiento.

Evaluación diagnóstica y de síntomas

Las dos o tres primeras sesiones de contacto deberían destinarse a la evaluación que conduce a la formulación preliminar del caso. En la Figura 5.1 se ilustra el enfoque de tres vértices para la evaluación que estará presente durante la fase inicial de la terapia cognitiva de la ansiedad.

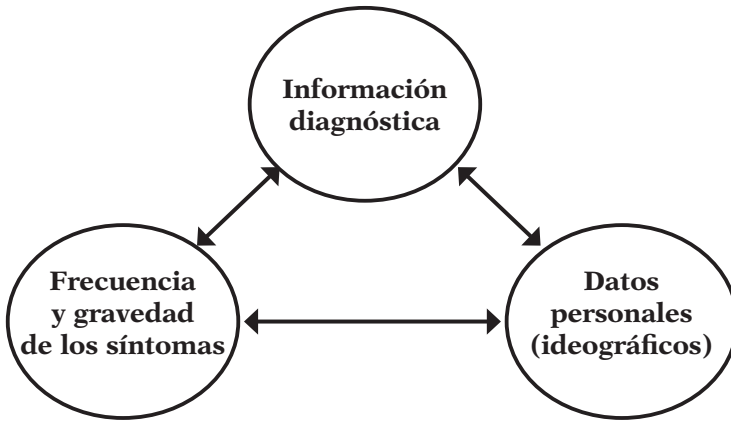
Entrevistas diagnósticas

La entrevista diagnóstica siempre ha desempeñado un papel importante en la terapia cognitiva. Beck et al. (1979) defendían que una evaluación diagnóstica completa es esencial para establecer los síntomas diana y el plan de tratamiento. Aunque los terapeutas estén divididos con respecto a la importancia del diagnóstico diferencial en psicoterapia, nadie discute que en el curso de la entrevista diagnóstica se obtiene información crítica. La entrevista diagnóstica es importante para la conceptualización del caso y para la planificación del tratamiento porque:

- Aporta información detallada sobre la tipología, frecuencia y gravedad de los síntomas presentados.
- A menudo se evalúan procesos cognitivos claves de los trastornos de ansiedad.
- Se diagnostican los estímulos situacionales provocadores y las estrategias de afrontamiento, especialmente las respuestas de evitación.
- Se determina el nivel de angustia y el impacto sobre el funcionamiento diario.
- Se delinear los factores precipitantes, el desarrollo de síntomas y el curso.
- Se identifican los síntomas competidores y otros procesos psicológicos que pudieran complicar el tratamiento.

Antes de dirigir la evaluación diagnóstica en la terapia cognitiva deben clarificarse dos cuestiones claves. ¿Es realmente necesario destinar tiempo adicional a realizar una entrevista clínica estructurada o semiestructurada, o sería suficiente una entrevista tradicional no-estructurada? ¿Cuál es el mejor diagnóstico estructurado para los trastornos de ansiedad? Los expertos coinciden en que las entrevistas estructuradas o semiestructuradas deben usarse para establecer el estatus diagnóstico en la investigación clínica (Antony & Rowa, 2005). Esto se debe a que las entrevistas estructuradas son significativamente más precisas que las entrevistas clínicas no-estructuradas para determinar un diagnóstico válido (Miller, Dasher, Collins, Griffiths & Brown, 2001) y ofrecen una mayor fiabilidad inter-evaluadores

Figura 5.1. Tres aspectos de la evaluación de la ansiedad.



(Miller, 2001). Miller (2002) determinó que la imprecisión diagnóstica de las entrevistas clínicas tradicionales no-estructuradas se debía, en parte, a la recogida incompleta de datos. Porque las entrevistas semiestructuradas obligan a los terapeutas a evaluar todos los síntomas diagnósticos fundamentales, y resuelven de este modo el error de la recogida de datos.

A pesar de la superioridad diagnóstica de las entrevistas semiestructuradas, rara vez se usan en la práctica clínica (Antony & Rowa, 2005). Esto se debe a que las entrevistas semiestructuradas pueden requerir incluso más de 2 horas de administración, necesitan cierto grado de entrenamiento y los cuadernillos publicados pueden ser bastante caros. Aún así, consideramos que la riqueza de la información obtenida de una entrevista como el Protocolo de Entrevista de Trastornos de Ansiedad para el DSM-IV (ADIS-IV, *Anxiety Disorders Interview Schedule*) o la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV Trastornos del Eje I (SCID-IV, *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*) justifica la inversión en recursos clínicos (véase Miller, 2002, para un análisis coste-beneficio).

Aunque el terapeuta tiene a su disposición una amplia gama de entrevistas, el ADIS-IV (Brown, Di Nardo & Barlow, 1994) y el SCID-IV (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997) han llegado a ser, por

mucho, las entrevistas más empleadas en Norteamérica. Ambas son entrevistas semiestructuradas, administradas por el terapeuta y diseñadas para hacer un diagnóstico diferencial basado en los criterios del DSM-IV (APA, 2000). El SCID para el Eje I dispone de una versión publicada (SCID-CV) que cubre los diagnósticos DSM-IV-TR más comúnmente observados en la práctica clínica, mientras que la versión no publicada de investigación (SCID-RV) es mucho más extensa e incluye numerosos subtipos diagnósticos y especificadores del curso (First et al., 1997). Summerfeldt y Antony (2002) concluían que el SCID es superior en su amplitud diagnóstica y que existen evidencias de su buena fiabilidad inter-evaluadores para muchos de los trastornos diagnósticos más comunes (Williams et al., 1992; Riskind, Beck, Berchick, Brown & Steer, 1987). Sin embargo, el SCID-CV proporciona sólo un detector breve de síntomas para ciertos trastornos de ansiedad como la fobia específica, el TAG, la fobia social y la agorafobia sin historial de trastorno de angustia y no evalúa la historia pasada de otros trastornos. A fin de obtener un diagnóstico preciso de los trastornos específicos de ansiedad, el SCID-CV debe ser complementado con preguntas adicionales del SCID-RV sobre los síntomas. También se recomienda añadir valoraciones dimensionales de gravedad sobre los estímulos situacionales provocadores a fin de recoger datos clínicos importantes sobre los trastornos de ansiedad específicos (Summerfeldt & Antony, 2002).

La mejor entrevista diagnóstica para los trastornos de ansiedad es el ADIS-IV. Aunque el ADIS-IV se presenta en dos versiones: actual y de la historia vital para los adultos. La versión actual será de suma relevancia en la práctica clínica porque incluye apartados sobre cada uno de los trastornos de ansiedad así como de las condiciones altamente comórbidas (p. ej., trastornos del estado de ánimo, hipocondriasis, abuso o dependencia de alcohol/drogas). En cada uno de los apartados de trastornos de ansiedad, se obtienen valoraciones de gravedad y angustia sobre los síntomas específicos y también se incluyen la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HRSA, *Hamilton Rating Scale of Anxiety*; Hamilton, 1959) y la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (HRSD, *Hamilton Rating Scale of Depression*; Hamilton, 1960), de forma que las escalas puedan administrarse durante la entrevista. Aunque el ADIS-IV cubra

todos los criterios claves de los trastornos de ansiedad, va mucho más allá del DSM-IV-TR ofreciendo información adicional sobre los fenómenos psicopatológicos que se analizan en las entrevistas para la ansiedad (p. ej., expresión parcial de síntomas, evitación, estímulos situacionales provocadores y aprensión).

El ADIS-IV ofrece una alta fiabilidad inter-evaluadores para los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo DSM-IV-TR (véase revisión de Summerfeldt & Antony, 2002). Brown y Barlow (2002) señalaban que las versiones actual o de la historia vital del ADIS-IV ofrecían niveles de acuerdo entre bueno y excelente entre los evaluadores para los diagnósticos principales, en una muestra clínica de 362 pacientes externos (véase también Brown, Di Nardo, Lehman & Campbell, 2001). Las kappas de dos entrevistas independientes realizadas en un intervalo de 2 semanas variaban entre el .67 para el TAG y .86 para la fobia específica. La principal fuente de desacuerdo entre los entrevistadores era si un caso satisfacía los criterios umbral de un trastorno de ansiedad particular, así como la varianza de información en las diferentes entrevistas (es decir, los pacientes ofrecen diferente información en las entrevistas). Summerfeldt y Antony (2002) señalaban que aunque el ADIS-IV ofrece información más detallada y valoraciones dimensionales de los síntomas ansiosos, su aplicación requiere mucho más tiempo y evalúa una gama más estrecha de trastornos. El ADIS-IV puede adquirirse a través de Oxford University Press/Graywind Publications.

Pauta clínica 5.1

Conviene administrar la versión actual del ADIS-IV antes de implementar un curso de terapia cognitiva para la ansiedad. El ADIS-IV ofrece un diagnóstico preciso y datos cruciales sobre los síntomas para los cinco trastornos de ansiedad comentados en este libro.

Medidas de síntomas

Existen diferentes cuestionarios estandarizados de auto-informe y escalas de valoración clínica para evaluar la frecuencia y gravedad de los síntomas ansiosos. Aquí nos referiremos a medidas de ansie-

dad general y las medidas específicas de los trastornos serán comentadas en capítulos posteriores. Las medidas estandarizadas de los síntomas de ansiedad general son útiles porque ofrecen:

- Una revisión o detección general de varios síntomas ansiosos.
- Una medida de la gravedad del síntoma que es importante para evaluar la efectividad del tratamiento.
- El acceso a datos normativos de modo que pueda determinarse la gravedad relativa de un estado de ansiedad.
- La oportunidad de la administración repetida a lo largo del curso del tratamiento, de modo que puedan elaborarse gráficos y agrupamientos de síntomas identificados que no hayan respondido al tratamiento.

Con el paso de los años se han creado múltiples instrumentos de medida de ansiedad general. En el siguiente apartado se presentan unos pocos que, a nuestro parecer, son los más relevantes para la terapia cognitiva de la ansiedad. Una revisión más completa puede encontrarse en un libro editado por Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Inventario de Ansiedad de Beck

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, *Beck Anxiety Inventory*; Beck & Steer, 1990) es un cuestionario de 21 ítems que evalúa la gravedad de los síntomas ansiosos en una escala de 0 (“en absoluto”) a 3 (“grave, difícilmente podía aguantarlo”). Según el manual (Beck & Steer, 1990), el intervalo normal para la Puntuación Total del BAI es de 0-9, la ansiedad leve es de 10-18, la ansiedad moderada es de 19-29 y la ansiedad grave oscila entre 30 y 63. Los estudios psicométricos indican que el BAI dispone de alta coherencia interna ($\alpha = .92$) y la fiabilidad test-retest con un intervalo de una semana es de .75 (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Steer, Ranieri, Beck & Clark, 1993). La Puntuación Total BAI correlaciona moderadamente con otras medidas de síntomas de ansiedad como la Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton –Revisada, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, diario semanal de valoraciones de ansiedad y los pacientes con trastornos de ansiedad puntúan significativamente más alto que

aquellos con otros diagnósticos psiquiátricos (Beck et al., 1988; Creamer, Foran & Bell, 1995; Fydrich, Dowdall & Chambless, 1992; Steer et al., 1993). Como se señala en el manual (Beck & Steer, 1990), las medias y desviaciones estándar de la Puntuación Total BAI para diferentes grupos diagnósticos son las siguientes: trastorno de angustia con agorafobia ($M = 27.27$, $DS = 13.11$), fobia social ($M = 17.77$, $DS = 11.64$), TOC ($M = 21.69$, $DS = 12.42$), TAG ($M = 18.83$, $DS = 9.08$), y trastorno depresivo primario¹ ($M = 17.80$, $DS = 12.20$). El análisis factorial indica que el cuestionario es multidimensional con una estructura de dos o de cuatro factores (p. ej., Creamer et al., 1995; Hewitt & Norton, 1993; Steer et al., 1993). Sin embargo, sólo un cuarto de los ítems evalúa los aspectos subjetivos o más cognitivos de la ansiedad (p. ej., miedo a lo peor, incapacidad para relajarse, aterrorizado, nervioso, asustado) y el resto evalúa los síntomas de hiperactivación fisiológica de la ansiedad. Por lo tanto, el BAI es una buena medida de los aspectos físicos de la ansiedad (especialmente en el trastorno de angustia) y es sensible a los efectos del tratamiento, aunque al igual que la mayoría de las medidas de ansiedad correlaciona altamente con los instrumentos de auto-informe de la depresión (p. ej., D.A. Clark, Steer & Beck, 1994). El BAI está disponible en Pearson Assessment en pearsonasses.com.

Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton

La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HRSA, *Hamilton Rating Scale of Anxiety*; Guy, 1976; Hamilton, 1959) es una escala de valoración clínica de 14 ítems que evalúa la gravedad de síntomas predominantemente biológicos y conductuales de la ansiedad. Cada síntoma se valora sobre una escala de 0 (“no presente”) a 4 (“muy grave/incapacitante”) con descripciones sintomáticas de cada ítem. Una puntuación de corte de 14 en la Escala Total HRSA dife-

1. La media de la Puntuación Total BAI para el grupo de trastorno depresivo primario (depresión mayor, distimia y trastorno de adaptación con estado anímico depresivo) se derivó de la inserción de una muestra de datos ($N = 293$) del Centro de Terapia Cognitiva, Escuela de Medicina de la Universidad de Pensilvania, muestra de la que disponía el primer autor.

rencia a los individuos con un trastorno de ansiedad de éstos sin diagnóstico en el momento (Kobak, Reynolds & Greist, 1993). La Puntuación Total HRSA presenta una buena coherencia interna, fiabilidad inter-evaluadores y fiabilidad test-retest de una semana, y presenta una fuerte validez convergente y discriminativa así como sensibilidad al tratamiento (Maier, Buller, Philipp & Heuser, 1988; Moras, Di Nardo & Barlow, 1992; véase revisión de Roemer, 2001). Sin embargo, la mayoría de los individuos con depresión mayor puntúan por encima de la puntuación de corte, por lo tanto el instrumento no discrimina con precisión entre la depresión y la ansiedad (Kobak et al., 1993). Dado que se requiere cierto entrenamiento para aplicar la HRSA, la medida podría reservarse para casos en los que la auto-evaluación de la ansiedad pueda ser muy imprecisa (es decir, individuos que minimizan o exageran su ansiedad). Una copia de la escala HRSA puede hallarse en el Apéndice B de Antony et al. (2001) o en el apéndice del ADIS-IV.

Escala de Estrés, Depresión y Ansiedad

La Escala de Estrés, Depresión y Ansiedad (DASS, *Depression Anxiety Stress Scale*; Lovibond & Lovibond, 1995a, 1995b) es un cuestionario de 45 ítems, cada uno de los cuales evalúa la gravedad de la ansiedad, depresión y estrés. La subescala de ansiedad evalúa la activación autónoma y los aspectos músculo-esqueléticos, situacionales y subjetivos de la ansiedad. En la Escala de Ansiedad DASS, las puntuaciones comprendidas entre 0-7 representan el intervalo normal, 8-9 equivale a ansiedad leve, 10-14 es moderada, 15-19 es grave y 20 o más es extremadamente grave (véase Lovibond & Lovibond, 1995b). La subescala ofrece buena coherencia interna, fiabilidad temporal y validez convergente (Antony, Bieling, Cox, Enns & Swinson, 1988a; Brown, Chorpita, Korotitsch & Barlow, 1997; Lovibond & Lovibond, 1995a). Por ejemplo, el DASS-Ansiedad correlaciona en .81 con el BAI y el DASS-Depresión correlaciona en .74 con el BDI en muestras de estudiantes (Lovibond & Lovibond, 1995b). Además, los individuos con trastorno de angustia presentan puntuaciones significativamente superiores en el DASS Ansiedad que los pacientes con depresión mayor, pero los pacientes con TOC, fobia social, TAG y fobia

simple no puntúan más alto que el grupo de depresión mayor (Antony, Bieling et al., 1998; Brown et al., 1997). Antony, Bieling y sus colaboradores (1998) elaboraron una versión más breve del DASS, con 21 ítems, y presenta características psicométricas similares al DASS original de 42 ítems. Aunque el DASS-Ansiedad y Depresión correlacionan moderadamente ($r \sim .45$) en muestras clínicas y el DASS-Ansiedad hace un énfasis predominante en la activación autónoma y el miedo (Antony, Bieling et al., 1998; Brown et al., 1997), es una medida muy prometedora. El DASS-42 está disponible en el Apéndice B de Antony et al. (2001) y puede ser descargado directamente de www.psy.unsw.edu.au/dass. El manual y la plantilla de corrección pueden solicitarse a través de la misma página Web.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAY-Forma Y, *State-Trait Anxiety Inventory*; Spielberg, Gorsuch, Luchene, Vagg & Jacobs, 1983) consiste en dos escalas de 20 ítems, de las cuales una escala evalúa la ansiedad estado (“cómo se siente usted *ahora mismo*, es decir, *en este momento*”) y la otra mide la ansiedad rasgo (“como se siente *en general*”). Con su énfasis en el estado actual, la escala STAY-Estado tiene mayor relevancia clínica para hacer el seguimiento de la efectividad de la terapia cognitiva. Aunque el STAY presenta una buena fiabilidad y validez convergente con otras medidas de ansiedad, ha sido cuestionada su capacidad para distinguir entre la ansiedad y la depresión (Roemer, 2001). Por esta razón, consideramos que existen otras medidas de síntomas de ansiedad que podrían ofrecer una evaluación más útil para el terapeuta cognitivo. El STAY-Forma Y puede adquirirse a través de Consulting Psychologists Press, Inc.

Listado de Comprobación de Cogniciones

El Listado de Comprobación de Cogniciones (CCL, *Cognitions Checklist*; Beck, Brown, Steer, Eidelson & Riskind, 1987) incluye una subescala de ansiedad de 12 ítems (CCL-A) y una subescala de depresión de 14 ítems (CCL-D) que evalúa la frecuencia de los pensamientos ansiosos y depresivos auto-referentes negativos a lo largo de una

escala de 5 puntos, donde 0 equivale a “nunca” y 4 a “siempre”. El contenido del CCL-A se configura alrededor de temas de incertidumbre y orientación hacia el futuro (Beck et al., 1987), y la mayoría de los ítems (71%) se centra en el pensamiento ansioso sobre preocupaciones físicas o relacionadas con la salud. Ambas subescalas presentan una buena coherencia interna y el análisis factorial revela cargas esperadas de los ítems CCL en dimensiones diferentes de ansiedad y depresión, especialmente en las muestras clínicas (Beck et al., 1987; Steer, Beck, Clark & Beck, 1994). Aunque el CCL-A y el CCL-D correlacionan moderadamente entre sí, cada subescala correlaciona más con su estado congruente de síntomas que con el incongruente (Beck et al., 1987; D.A. Clark et al., 1996; Steer et al., 1994). En la práctica clínica el CCL-A ofrece una estimación de la frecuencia de pensamientos ansiosos, especialmente las preocupaciones físicas o de salud de mayor relevancia para el trastorno de angustia. Los individuos con trastornos de ansiedad puntúan normalmente entre 10 y 20 o más en el CCL-A (Steer et al., 1994). Se puede obtener una copia del CCL en el Centro de Terapia Cognitiva, Departamento de Psiquiatría, Escuela Médica de la Universidad de Pensilvania, Filadelfia, PA.

Cuestionario de Estados de Preocupación Penn

El Cuestionario de Estados de Preocupación Penn (PSWQ, *Penn State Worry Questionnaire*; Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990) es una medida de rasgo de 16 ítems que evalúa la propensión a la preocupación así como la intensidad de las experiencias de preocupación sin referencia a temas específicos de preocupación (Molina & Borkovec, 1994). Los ítems se valoran en una escala Likert de 5 puntos, donde 1 equivale a “en absoluto típico” y el 5 equivale a “muy típico”, y los ítems 1, 3, 8, 10 y 11 puntúan a la inversa. Aunque existan controversias sobre la estructura factorial del PWSQ (Brown, 2003; Fresco, Heimberg, Mennin & Turk, 2002), normalmente sólo se interpreta la Puntuación Total. El PSWQ presenta una alta coherencia interna, fiabilidad test-retest y correlaciona con medidas de ansiedad general (Brown, Antony & Barlow, 1992; Davey, 1993; Meyer et al., 1990; Molina & Borkovec, 1994). Las comparaciones de grupo indican que los individuos con TAG presentan las puntuaciones más

altas en el PSWQ, seguidos por los restantes grupos de trastornos de ansiedad y la depresión mayor que presentan puntuaciones igualmente elevadas y son significativamente más altas que los controles no-clínicos (Brown et al., 1992; Chelminski & Zimmerman, 2003). El umbral de puntuación de 45 en el PSWQ puede usarse para identificar la preocupación patológica o el TAG en la población que solicita tratamiento (Behar, Alcaine, Zuellig & Borkovec, 2003), aunque se necesite una puntuación de corte más alta (62 o 65, incluso) para distinguir el TAG de los restantes trastornos de ansiedad y posiblemente incluso de la depresión (p. ej., Fresco, Mennin, Heimberg & Turk, 2003). Dado que la preocupación es prominente en la mayoría de los trastornos de ansiedad (y depresión), sugerimos que se incluya el PSWQ al evaluar la ansiedad general. En Molina y Borkovec (1994) y en el Apéndice B de Antony et al. (2001) puede encontrarse una copia del PSWQ.

Valoración del Estado Anímico Diario

En la práctica clínica las valoraciones ideográficas diarias del nivel de ansiedad general pueden ser medidas muy útiles para detectar las fluctuaciones de la ansiedad subjetiva. Por ejemplo, Craske y Barlow (2006) sugieren a los individuos que cumplimenten un Registro del Estado Anímico Diario en el que valoren la ansiedad general, la ansiedad máxima, la tensión física general y la preocupación en una escala de 0 (nada) a 100 (extrema) al final de cada día. Esto puede ampliarse con valoraciones únicas de dimensiones de síntomas más específicos que puedan ser más indicativos del trastorno de ansiedad particular de la persona, como valoraciones de la preocupación media por sufrir una crisis de angustia, en el caso del trastorno de angustia, o ansiedad media diaria ante la evaluación social en la fobia social. Es importante que el terapeuta cognitivo evalúe también los cambios en la ansiedad general como parte de la evaluación de la efectividad del tratamiento y para identificar las situaciones que provocan la ansiedad. Estos datos pueden ser útiles para sugerir problemas que deben ser contemplados en la terapia. A nuestro juicio, una escala de 0 a 100 para registrar los cambios cotidianos en ansiedad general es muy útil (véase Figura 5.2).

Figura 5.2. Escala de valoración diaria del estado anímico

0	50	100
“Sin ansiedad alguna, totalmente relajado”	“Nivel moderado o habitual de la ansiedad sentida en estado ansioso”	“Estado extremo, golpe de pánico, que es insoportable y parece mortal”

Esta escala de valoración ha sido incorporada en un formulario de registro de la situación cotidiana (véase Apéndice 5.1) y puede usarse para evaluar las fluctuaciones diarias de la ansiedad general.

Inventario de Depresión de Beck-II

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI, *Beck Depression Inventory-II*; Beck, Steer & Brown, 1996) es un cuestionario de 21 ítems que evalúa la gravedad de los síntomas cognitivo-afectivos, conductuales y somáticos de la depresión durante un intervalo de dos semanas. El BDI-II es la tercera y última revisión del BDI original que fue publicado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961). La segunda revisión del BDI (Beck & Steer, 1993) ha sido extensamente usada en la investigación sobre la depresión y, consecuentemente, la mayoría de la información psicométrica ha sido generada sobre esta medida. Sin embargo, el BDI y el BDI-II presentan correlaciones muy altas ($r = .93$; Dozois, Dobson & Ahnberg, 1998), de modo que los resultados psicométricos obtenidos sobre el BDI son relevantes para el BDI-II. Aunque el BDI parece ser multifactorial, la Puntuación Total es la más usada en la práctica clínica y en la investigadora (Beck, Steer & Harbin, 1988). Existe mucha investigación que demuestra la fiabilidad interna y la validez convergente y discriminante del BDI (véase Beck et al., 1988, para una revisión; Tanaka-Matsumi & Kameora, 1986). Los individuos con depresión mayor presentan puntuaciones significativamente más altas ($M = 26.52$; $DS = 12.15$) que los individuos con trastornos de ansiedad ($M = 19.38$; $DS = 11.46$; véase Beck et al., 1996). Las puntuaciones de corte para el BDI-II son 0-13 para los no-depresivos, 14-19 para los levemente deprimidos o disfóricos, 20-28 para los moderadamente deprimidos y 29-63 para los gravemente deprimidos (Beck et al.,

1996; véase también Dozois et al., 1998). Dada la frecuente co-ocurrencia de los síntomas depresivos y del trastorno en los individuos con ansiedad alta, se recomienda incluir el BDI-II en la batería estándar de evaluación de la ansiedad. El BDI-II está disponible en Pearson Assessment en *pearsonasses.com*.

Pauta clínica 5.2

Para evaluar la gravedad de los síntomas de la ansiedad general conviene administrar el BAI, el CCL, el PSWQ y las valoraciones diarias del nivel medio de ansiedad. Si se desea, también pueden incluirse el DASS-Ansiedad y el HRSA, cuando los clientes exageran o minimizan sus auto-informes del nivel de ansiedad. El BDI-II debería añadirse para evaluar el nivel de síntomas depresivos comórbidos. Una evaluación completa también incluiría medidas de los trastornos específicos de ansiedad que se revisan en los siguientes capítulos.

Activación del miedo: evaluación y formulación

Sobre la base del modelo cognitivo (véase Figura 2.1), en este apartado nos centramos en los instrumentos de evaluación que ofrecen la información crítica necesaria para desarrollar una formulación de caso de la respuesta inmediata de miedo y sus consecuencias. La investigación experimental sobre la respuesta inmediata de miedo emplea tareas de procesamiento de información y medidas psicofisiológicas que no son fácilmente accesibles para el terapeuta. Sin embargo, el profesional puede recurrir al auto-informe, a la entrevista y a los métodos de observación conductual que se basan en el procesamiento consciente e intencionado, para recabar información válida sobre la respuesta inmediata de miedo de la persona.

Una de las proposiciones más básicas de la terapia cognitiva es que el contenido esquemático, que es inaccesible para la observación o la detección directa, puede ser inferido a partir del informe consciente y verbal de los propios pensamientos, imágenes, ensañamientos, rumiaciones, evaluaciones y similares. Beck (1967) afirmaba: “Los esquemas pautan la fuente de asociaciones y rumiaciones, así

como las respuestas cognitivas a los estímulos externos. Por lo tanto, la idea de los esquemas se emplea para justificar los temas recurrentes en las asociaciones libres, ensoñaciones, rumiaciones y sueños, así como en las reacciones inmediatas a los sucesos ambientales” (p. 283). Si los esquemas dirigen el pensamiento consciente, entonces la activación diferencial y el contenido de los esquemas puede inferirse a partir del contenido verbal (véase también Kendall & Ingram, 1989). Además, existe un vínculo directo entre los procesos automáticos y elaborativos tal y como lo indican las pruebas relativas a que los cambios en la valoración consciente o significado pueden modificar los sesgos automáticos de amenaza (véase Mansell, 2000) y que el sesgo atencional automático puede ser inducido a través de un programa de entrenamiento atencional que conlleva tanto intervalos de procesamiento breves y como largos (p. ej., Matthews & MacLeod, 2002; MacLeod et al., 2002). En su totalidad estas consideraciones nos llevan a la siguiente proposición: *que la naturaleza y función de la activación de esquemas automáticos de amenaza durante la respuesta inicial de miedo puede determinarse a partir de los productos cognitivos, conductuales y fisiológicos de dicha activación.*

En cualquier formulación de caso de la respuesta inmediata de miedo (Fase I) deben contemplarse tres cuestiones elementales:

- ¿Qué situaciones, claves o experiencias provocan la respuesta inmediata de miedo?
- ¿Cuál es la amenaza esquemática central o peligro para el self?
- ¿Cuál es la respuesta inhibitoria o defensiva inmediata a esta amenaza?

Aunque los datos extraídos de cuestionarios o entrevistas estandarizadas puedan ser útiles para la elaboración de la formulación del caso, la información más crítica se obtendrá a partir de las medidas ideográficas. Éstas son escalas de valoración, formularios y registros diarios que permiten a la persona recoger información crítica al experimentar ansiedad. Están adaptadas a las necesidades y circunstancias particulares de cada cliente, de modo que la recogida de datos orientada en el proceso y “en línea” contribuya a una conceptualización más precisa del caso.

La observación conductual es otro enfoque de evaluación que puede aportar información clínica importante sobre la respuesta inmediata de miedo. Algunos estados de ansiedad como la fobia social, el TOC y el TEPT pueden elicitarse fácilmente en la sesión terapéutica mediante la presentación de estímulos provocadores relevantes de la ansiedad. Otros trastornos de ansiedad como la angustia y el TAG requieren más ingenio para provocar una respuesta inmediata de miedo. A menudo el terapeuta acompaña al cliente a situaciones externas particulares a fin de observar el estado ansioso. En ambos casos la observación directa de la respuesta de miedo proporciona la oportunidad de recoger información detallada sobre la naturaleza y las características funcionales de la respuesta inmediata de miedo. Creemos que es importante que el terapeuta disponga de, como mínimo, una oportunidad para observar un estado de ansiedad aguda del cliente para elaborar una formulación exacta del caso y un plan de tratamiento sensatamente adaptado a las necesidades individuales.

Pauta clínica 5.3

El auto-monitoreo diario y la observación conductual directa son importantes estrategias de evaluación que deberían ser habituales en toda evaluación y formulación de caso de la ansiedad.

Análisis situacional

Una conceptualización de caso cognitiva de la ansiedad debería comenzar con una evaluación global de las situaciones, experiencias y claves que provocan ansiedad. El terapeuta cognitivo debería comenzar por el nivel más general preguntando por los problemas o dificultades que llevaron al cliente a solicitar tratamiento. En los trastornos de ansiedad, la elaboración de un Listado de Problemas (véase Persons & Davidson, 2001) generará inevitablemente un comentario relativo a las situaciones que provocan ansiedad. Deberían evaluarse tres tipos de situaciones (véase también Antony & Rowa, 2005). En la Tabla 5.1 se presenta una serie de preguntas clínicas que pueden ser formuladas durante la entrevista de evaluación.

Estímulos ambientales provocadores

La información sobre claves, situaciones o experiencias externas o internas que provocan un estado de miedo o ansiedad constituye una parte crítica de la estrategia de evaluación basada en pruebas para los trastornos de ansiedad (Antony & Rowa, 2005). Es importante que el terapeuta cognitivo obtenga un listado comprensivo de las situaciones que provocan ansiedad, con detalles suficientes para entender las claves específicas que provocan una respuesta ansiosa. Prácticamente en todos los casos, se pueden identificar objetos, hechos o situaciones del contexto externo que provocan la ansiedad. Los ejemplos de situaciones que elicitán ansiedad incluyen una variedad de contextos o interacciones sociales en el caso de la fobia social, en el TAG los acontecimientos cotidianos que conllevan algún grado de incertidumbre o posibilidad de resultado negativo (p. ej., salir de viaje, establecer una cita, pagar facturas), o en el TOC las situaciones que podrían provocar miedo a contaminarse o duda (p. ej., baños públicos, sentarse en un banco). Como para la formulación del caso, para la planificación del tratamiento y para las posteriores intervenciones de exposición es fundamental el conocimiento detallado de las situaciones que provocan ansiedad, el terapeuta debería elaborar un amplio listado de las situaciones que provocan desde una ansiedad leve hasta la más severa.

El terapeuta cognitivo puede obtener información inicial sobre los estímulos provocadores ambientales a partir de la entrevista clínica formulando preguntas específicas sobre los tipos de situaciones que elicitán ansiedad (véase Tabla 5.1). Sin embargo, la mayoría de los clientes ansiosos suelen tener un recuerdo selectivo e impreciso de las situaciones que provocan ansiedad, por ello es conveniente proporcionarles los formularios para efectuar los registros diarios en la fase inicial del tratamiento. En el Apéndice 5.2 se presenta un Formulario para el Análisis Situacional que puede usarse para recoger información clave relativa a las situaciones provocadoras. En algunos casos, cuando ha existido una prolongada historia de evitación o cuando los auto-informes del cliente no sean fiables, podría ser necesario entrevistar a un cónyuge, amigo próximo o miembro de la familia para obtener una información más completa de las situaciones

Tabla 5.1. Preguntas para la Entrevista de Evaluación de los Diferentes Tipos de Estímulos Provocadores de la Ansiedad

Tipo de estímulos situacionales	Preguntas clínicas
Situaciones, contextos, objetos externos	• ¿Ha advertido si existen ciertas situaciones o experiencias en las que sea más probable que usted se sienta ansioso? • ¿Hay algunas situaciones que le ocasionen sólo una ansiedad leve o que sienta ansiedad sólo algunas veces y otras situaciones que le ocasionen niveles más extremos de ansiedad? • ¿Podría contarme cómo fue la última vez que vivió cada una de estas situaciones y si sintió ansiedad? [El terapeuta busca una explicación detallada de las situaciones que provocan ansiedad mediante la obtención de ejemplos del pasado inmediato del cliente]. • ¿Ha advertido si existe algo en la situación que podría empeorar su ansiedad? • ¿Hay algo sobre la situación que podría aliviar su ansiedad? • ¿Con qué frecuencia experimenta estas situaciones en su vida diaria? • ¿Trata de evitar las situaciones? ¿En qué medida interfiere esto con su vida cotidiana?
Claves interoceptivas (físicas)	• Cuando se encuentra en una situación ansiosa, ¿ha advertido cambios en sus sensaciones físicas? [El terapeuta podría mencionar la mayoría de las señales de hiperactivación si el cliente necesita ayuda]. • ¿Ha advertido si estas sensaciones físicas ocurren antes de que usted comience a sentirse ansioso? • ¿Con qué frecuencia percibe estas sensaciones físicas cuando está ansioso? ¿Algunas están siempre presentes mientras que otras sólo se presentan ocasionalmente? • ¿Cuál de las sensaciones físicas percibe más intensamente cuando está ansioso? • ¿Cuál de las sensaciones advierte en primer lugar cuando está ansioso? • ¿Ha advertido si usted se siente más ansioso una vez que es consciente de las sensaciones físicas? [p. ej., el cliente puede sentir más ansiedad porque el ritmo cardíaco aumente repentinamente]. • ¿Le ha ocurrido alguna vez que la sensación física (p. ej., dolor en el pecho) le ocurra inesperadamente sin que se sintiera ansioso? ¿Puede recordar algún caso de este tipo? ¿Cómo se sintió tras percibir esta sensación? • ¿Adopta precauciones especiales para asegurarse de que no experimentará alguna sensación física particular? [p. ej., el cliente podría evitar las presiones de tiempo porque quiere mantener un estado de calma y evitar sentirse tenso].
Claves cognitivas	• ¿Ha tenido alguna vez un pensamiento, imagen o impulso sobre algo bastante extraño, inesperado, incluso molesto, que irrumpa repentinamente en su mente? [El terapeuta podría ofrecer ejemplos o presentar al cliente un listado de intrusiones indeseadas comunes para facilitar el auto-informe de las intrusiones]. • Cuando se aproxima a una situación ansiosa [el terapeuta especifica las situaciones], ¿recuerda algún pensamiento o imagen que haya irrumpido en su mente? • ¿Conlleva alguno de estos pensamientos o imágenes inesperados cosas que son ajenas a su carácter o que serían fuente de vergüenza considerable o de consecuencias temidas? • ¿Qué grado de molestia le hacen sentir estos pensamientos? • ¿Se ha sentido alguna vez preocupado porque haya en usted algo que no funcione bien o que algo malo pueda ocurrirle a consecuencia de un pensamiento, imagen o impulso intruso?

provocadoras. El terapeuta podría acompañar al cliente en situaciones particulares o establecer una tarea para casa que conllevara la exposición a una situación en cuestión, a fin de evaluar sus propiedades elicitoras de ansiedad. Sin embargo, esto podría ser excesivamente amenazante para muchos individuos ansiosos, especialmente en la fase inicial del tratamiento.

Estímulos provocadores interoceptivos

La mayoría de los individuos ansiosos tienen una elevada conciencia y responsabilidad ante las sensaciones corporales que caracterizan a la hiperactivación fisiológica en la ansiedad. Las sensaciones físicas como son el aumento del ritmo cardíaco, la sensación de sofoco, debilidad, tensión y similares se convierten en estímulos provocadores para los ansiosos. Por ello es importante determinar si existen sensaciones corporales particulares que lleven a los clientes a sentirse más ansiosos. Aunque las claves interoceptivas de la ansiedad son particularmente evidentes en la angustia, suelen estar presentes en todos los trastornos de ansiedad (Antony & Rowa, 2005). Por ejemplo, una persona con fobia social podría sentir incluso más ansiedad en un contexto social si comienza a sentirse acalorada, porque esta sensación sería interpretada como señal del aumento de ansiedad que puede ser advertida por los demás.

El terapeuta debería incluir preguntas en la entrevista clínica, relativas a las claves interoceptivas (véase Tabla 5.1), pero muchos clientes disponen incluso de menos sensibilidad para la presencia de estímulos provocadores físicos que para las claves externas. Al cliente se le puede asignar como tarea para casa auto-monitorear las sensaciones físicas reflejadas en un listado similar al que se presenta en el Apéndice 5.3, a fin de recoger una información más precisa de los estímulos provocadores interoceptivos. La prueba de exposición interoceptiva es otra estrategia útil para evaluar los estímulos físicos provocadores de ansiedad. Taylor (2000) describe diferentes ejercicios que pueden usarse en la sesión terapéutica para inducir sensaciones físicas. Por ejemplo, se pide al cliente que respire a través de una pajita o que corra sin moverse del sitio para inducir la presión del pecho, que tense los músculos para inducir temblores o que se coloque fren-

te a un calentador para percibir las sensaciones corporales de calor. Aunque la inducción intencionada de tales sensaciones no puede equipararse a la aparición espontánea de estas sensaciones *in vivo*, ofrecen al terapeuta la oportunidad de observar directamente la reacción del cliente ante las mismas.

Estímulos provocadores cognitivos

Los pensamientos, imágenes o impulsos intrusos indeseados son un ejemplo de una cognición que puede provocar ansiedad. Prácticamente todas las personas experimentan intrusiones mentales indeseadas que con tanta frecuencia se hallan en los trastornos de ansiedad. Inicialmente descritos por Rachman (1981) en el contexto del TOC, los pensamientos, imágenes o impulsos intrusos indeseados son “cualquier acontecimiento cognitivo distinto e identificable que es indeseado, no-intencionado y recurrente. Interrumpe el flujo del pensamiento, interfiere en la ejecución de la tarea, se asocia con el afecto negativo y es difícil de controlar” (Clark & Rhyno, 2005, p. 4). Algunos ejemplos de intrusiones comunes son “dudas improvocadas sobre si una puerta está o no cerrada con llave, cuando sé que lo hice”, “tocar algo asqueroso y sucio que esté en el suelo”, “hacer un comentario insultante o vergonzoso sin razón aparente”, “expresar una obscenidad en un encuentro público”, “desviar el coche repentinamente en la dirección contraria” y similares. Las intrusiones indeseadas son frecuentes en el TOC como obsesiones y en el TEPT como recuerdos repentinos del trauma pasado. Sin embargo también pueden producirse en el TAG como una consecuencia negativa del exceso de preocupación (Wells, 2005a) o como cogniciones indeseadas en la fase previa al sueño de los individuos que padecen insomnio (Harvey, 2005). Las intrusiones indeseadas suelen conllevar el tema de la pérdida de control que conduce a la consecuencia negativa temida.

Es importante que el terapeuta cognitivo pregunte por los pensamientos intrusos indeseados. La Tabla 5.1 enumera algunas posibles preguntas para evaluar este fenómeno clínico. A excepción del TOC o del TEPT, los individuos muchas veces no son conscientes de sus pensamientos intrusos. Se puede recurrir a un listado de intrusiones indeseadas frecuentes y preguntar a los clientes si alguna vez han

tenido alguno de esos pensamientos, imágenes o impulsos (diversos listados pueden hallarse en D.A. Clark, 2004; Rachman & de Silva, 1978; Stekee & Barlow, 2002). Como la mayoría de las intrusiones son provocadas por claves externas, se puede pedir a los clientes que estén especialmente vigilantes ante las intrusiones mentales en las situaciones que tipifican sus preocupaciones ansiosas.

Elementos de un Análisis Situacional Completo

Un análisis situacional completo y exhaustivo debería incluir los siguientes elementos:

- Una descripción detallada de múltiples situaciones y estímulos provocadores
- La intensidad de la ansiedad asociada
- La frecuencia y duración de la exposición a la situación/estímulo
- La presencia de respuestas de huida, evitación
- Las claves elicitoras específicas

Se necesita una *descripción detallada* de cada situación o estímulo provocador. Los cambios sutiles en el contexto que puedan alterar la intensidad de la ansiedad. Por ejemplo, un paciente con trastorno de angustia podría manifestar poca ansiedad conduciendo al trabajo por una ruta muy familiar. Sin embargo, si se modifica la ruta en una única calle, el nivel de ansiedad podría alterarse dramáticamente. La proximidad de una señal de seguridad también influirá sobre la ansiedad (p. ej., presencia de un amigo de confianza o la distancia hasta el centro médico). Es posible que una situación particular (p. ej., interaccionar con los compañeros de trabajo) necesite ser fragmentada en sus gradientes más pequeños a fin de comprender sus propiedades provocadoras de ansiedad. El terapeuta cognitivo debería disponer de detalles suficientes sobre cada situación o estímulo provocador de ansiedad para poder construir tareas de exposición precisas.

Es importante conocer *la intensidad de la ansiedad* sentida en cada situación porque el terapeuta debería disponer de una gama de situaciones o estímulos provocadores que eliciten estados de ansiedad leve. Algunos clientes requieren bastante práctica en el empleo de la

escala de valoración de 0-100 para valorar su nivel de ansiedad, especialmente si son propensos al pensamiento dicotómico (p. ej., sienten ansiedad intensa o no sienten nada de ansiedad). Sin embargo, estas valoraciones son imprescindibles para elaborar un plan efectivo de tratamiento.

El terapeuta debería determinar *la frecuencia* con que la persona experimenta una situación provocadora de ansiedad y *la duración* de su exposición a la situación. Las situaciones que provocan ansiedad y que ocurren regularmente en la vida cotidiana de la persona serán más útiles para el tratamiento que las ocasiones excepcionales. Por ejemplo, las interacciones sociales diarias con los compañeros de trabajo que provoquen ansiedad en alguien con fobia social serán mucho más importantes para el tratamiento que una ocasión en la que le corresponda hacer una exposición pública que rara vez ocurre en la vida de la persona. Además, conviene saber si la situación provocadora conlleva una exposición breve o prolongada cuando la persona se encuentra en la circunstancia. Las situaciones provocadoras de ansiedad que conllevan intervalos más prolongados de exposición (p. ej., usar un baño público) serán más útiles en el plan de tratamiento que los estímulos que conlleven una exposición breve (p. ej., tocar un teléfono público al pasar junto a él).

El terapeuta cognitivo debería también obtener información sobre el grado en que cada situación se asocia con la *huída o evitación*. Al cliente debería preguntársele si siempre trata de evitar la situación o a escapar de ella tan pronto como le sea posible. En esta fase de la evaluación, el terapeuta debería comprender bien cómo tolera el cliente la ansiedad en cada situación provocadora. Si se evita la situación en algunas ocasiones pero no en otras, ¿qué es lo que determina la presencia o ausencia de evitación? ¿Depende esto del estado anímico de la persona o de algunas características sutiles de la situación? La información sobre la huída y la evitación serán fundamentales para planificar la jerarquía de la exposición.

Por último, el terapeuta cognitivo debería determinar si existen *claves o estímulos específicos en una situación* que son los primeros en ser reconocidos por el individuo ansioso. Por ejemplo, ¿cuando una persona con miedo a contaminarse entra en un local público,

qué es lo primero que advierte que le provoque alguna preocupación, la mota de suciedad en el suelo o el hecho de que un desconocido acaba de rozarle al pasar? Una persona con TEPT podría evitar una ruta particular al trabajo por la ansiedad, pero realmente es el hecho de pasar cerca de una tienda étnica particular a lo largo del trayecto lo que provoca las imágenes del pasado y que se hallan en el núcleo del problema. Además es importante determinar si la persona es hipervigilante ante estas claves sutiles y específicas que provocan ansiedad. Es probable que se necesite una tarea de auto-monitoreo para identificar los rasgos sobresalientes de las situaciones provocadoras de ansiedad.

Pauta clínica 5.4

Un análisis situacional completo debería incluir información detallada sobre una amplia gama de situaciones o estímulos externos e internos que provocan ansiedad, con un foco de atención específico en la intensidad de la ansiedad, la frecuencia y la duración de la exposición situacional, medida de huida/evitación y presencia de claves elicitoras.

Los primeros pensamientos e imágenes aprensivos

Una de las principales consecuencias de la activación del esquema de amenaza durante la fase de respuesta inmediata de miedo es la producción de pensamientos e imágenes automáticos orientados al miedo (véase Figura 2.1). Estos pensamientos e imágenes automáticos orientados a la amenaza se producen en el momento inicial de generación de ansiedad y son la ventana que nos permite introducirnos en el contenido esquemático, que es la base del trastorno de ansiedad.

En el contexto de la evaluación el terapeuta cognitivo puede referirse a estos pensamientos automáticos iniciales orientados a la amenaza como los *primeros pensamientos aprensivos*. Se definen como *pensamientos o imágenes breves, repentinos y completamente automáticos de que algo malo o desagradable va a ocurrir, o por lo menos podría ocurrir, a personas o recursos valiosos*. En el trastorno de angustia estos primeros pensamientos aprensivos podrían referirse a los peligros sugeridos por una sensación física percibida, en la fobia

social podrían ser el pensamiento de atraer la atención ajena, en el TOC podría ser alguna catástrofe para los demás como resultado de la acción o inacción de alguien, en el TEPT podría ser la sensación de perder el control y de aumento de la vulnerabilidad personal y en el TAG podría ser que ocurra algún acontecimiento vital grave. No debemos olvidar que los primeros pensamientos aprensivos siempre reflejan algún aspecto importante de las preocupaciones ansiosas primarias de la persona. De hecho, el análisis situacional ofrecerá al terapeuta algunas claves sobre los primeros pensamientos aprensivos a partir de los tipos de situaciones que provocan ansiedad.

Descubrir los primeros pensamientos aprensivos del cliente constituye uno de los retos fundamentales de la evaluación. Muchas veces estos pensamientos son tan rápidos y transitorios que la persona sólo los experimenta como un sentimiento repentino de miedo o aprensión. El contenido real del pensamiento automático se pierde porque suele ser rápidamente sustituido por una revaloración más elaborativa y razonada de la situación. Por lo tanto, cuando el terapeuta pregunta al cliente sobre su primer pensamiento aprensivo, lo que éste recuerda y describe son los pensamientos de revaloración más elaborados que se producen en la segunda fase de la ansiedad. Los clientes entrevistados, cuando no sienten ansiedad, pueden descartar los primeros pensamientos aprensivos como excesivamente exagerados e irreales, y en consecuencia, incluso negar que se hayan producido durante el episodio ansioso.

Siendo así, ¿cómo puede el terapeuta cognitivo acceder a este fugaz contenido cognitivo? Es importante introducir el tema de los primeros pensamientos aprensivos de un modo colaborador y exploratorio. Al cliente debería ofrecérsele una descripción de estos primeros pensamientos aprensivos y se le debería advertir de la dificultad inicial para identificarlos en el ciclo ansioso. Se recomienda explicar que al introducirnos en una situación ansiosa, la mayoría de las personas nos centramos tanto en cómo nos sentimos y en los detalles de la situación, que la mayoría de las veces perdemos nuestros primeros pensamientos aprensivos. El siguiente ejemplo puede ser usado para presentar a los clientes el concepto de los *primeros pensamientos aprensivos*.

“Imagine por un momento que está paseando sola por una calle o carretera desierta y comienza a oscurecer. Repentinamente escucha una voz detrás de usted. Inmediatamente se tensa, su corazón comienza a latir con rapidez y usted acelera el paso. ¿A qué se debe esta oleada de adrenalina? Sin ninguna duda usted interpreta instantáneamente la voz como posibilidad peligrosa: ‘¿Podría alguien aproximárseme por la espalda que me pudiera ocasionar algún daño?’ Usted se gira y no ve a nadie. Rápidamente piensa para usted misma ‘No hay nadie, ha debido de ser el viento, una ardilla o mi imaginación’. Es este pensamiento secundario, esta reevaluación de la situación la que se adhiere a su mente. Si posteriormente le pregunto por su paseo, usted recordaría una momentánea ráfaga de miedo y el posterior reconocimiento de que ‘ahí no había nada’. El primer pensamiento aprensivo que provocó el miedo ‘¿Hay un agresor detrás de mí?’ se pierde para el recuerdo, y se sustituye por su respuesta razonada a la situación”.

“Durante las dos últimas sesiones ha descrito varias situaciones que le ocasionan una ansiedad considerable. En estas situaciones usted habría tenido algunos pensamientos o imágenes aprensivos que aumentaron su miedo o ansiedad. Es posible que ahora no pueda recordar en qué consistieron, porque no se siente amenazada en este momento y no se encuentra en una situación que le provoque ansiedad. Sin embargo, es importante para nuestro tratamiento que descubramos estos primeros pensamientos aprensivos. Queremos saber qué es lo que arranca la ansiedad. Entre ambos, repasando cuidadosamente cada situación y recabando algunas informaciones adicionales, podremos descubrir los tipos de pensamientos o imágenes aprensivos que definen sus experiencias de ansiedad”.

La primera estrategia de evaluación para identificar los pensamientos aprensivos iniciales es la *entrevista clínica*. Aunque los individuos, muchas veces, no recuerden sus pensamientos automáticos iniciales. Unas pocas preguntas específicas y bien formuladas pueden proporcionar algunas claves iniciales de estos pensamientos. A continuación se presentan algunos ejemplos de preguntas clínicas:

- “Usted ha señalado que en la situación X siente mucha ansiedad. ¿Para usted cuál sería la peor cosa que podría ocurrir en esta situación? ¿Cuál podría ser el peor resultado posible? Trate de pensar en la peor consecuencia sin considerar si lo que piensa es o no probable”.
- “¿Hay algo específico que le preocupe sobre la situación o sobre cómo se siente usted? ¿Qué le parece que no es normal? ¿En qué se diferencia de su ser normal?”.
- “¿Cómo podría cambiar la situación para que se sienta menos preocupado y menos incómodo?”.
- “¿Qué se dice a sí mismo para aliviar su ansiedad, para tranquilizarse porque todo volverá a estar bien?”.

Es importante que el primer pensamiento aprensivo quede registrado en las propias palabras de la persona y que no refleje las sugerencias del terapeuta. El terapeuta puede colaborar con cierto tipo de contenido del pensamiento, pero su expresión real debería reflejar las preocupaciones idiosincrásicas del cliente. Esto garantizará que el contenido del pensamiento aprensivo sea altamente relevante para las preocupaciones ansiosas específicas del cliente.

También conviene recordar que incluso la misma situación provocadora de ansiedad variará en el foco de su aprensión y, por lo tanto, es importante que el terapeuta descubra la aprensión ansiosa única de cada cliente. Por ejemplo, un cliente manifiesta ansiedad intensa a reunirse con sus compañeros de trabajo. El primer pensamiento aprensivo podría ser cualquiera de las siguientes posibilidades:

- “¿Qué ocurrirá si me formulan alguna pregunta en la reunión y no puedo contestar? Todo el mundo pensará que soy incompetente”. (Cognición sobre evaluación de ejecución)
- “¿Qué ocurrirá si tengo que decir algo y todos me miran a mí? Esto me pone tan nervioso”. (Cognición sobre evaluación social)
- “¿Qué pasaría si me tiembla la voz cuando hablo? Todos sabrán que soy nervioso y se preguntarán qué me ocurre”. (Condición de fobia social)
- “¿Qué ocurriría si sufro una crisis de angustia en la reunión?”. (Cognición de trastorno de angustia)

- “¿Qué pasaría si accidentalmente se me escapa algún comentario insultante?”. (Cognición TOC)
- “¿Qué pasaría si se supone que yo no debo estar en esa reunión y todos se preguntan por qué estoy ahí?”. (Cognición sobre aceptación interpersonal)
- “¿Qué ocurriría si siento náuseas durante la reunión y debo salir corriendo a vomitar?”. (Cognición sobre el miedo específico a vomitar)
- “Realmente nunca sé qué decir en estas reuniones y como conversar con los demás; realmente odio esto”. (Cognición sobre déficit de habilidades sociales)

Como puede verse a través de este ejemplo, los posibles pensamientos aprensivos generados por una situación provocadora de ansiedad son múltiples. La finalidad de la evaluación cognitiva es identificar el contenido del pensamiento ansioso que es exclusivo de cada cliente.

Las tareas de auto-monitoreo deben de ser asignadas para lograr una evaluación más inmediata y precisa del primer pensamiento o imagen aprensivo. La columna “pensamientos ansiosos inmediatos” del Formulario para el Análisis Situacional (Apéndice 5.2) puede usarse como primer intento para recoger los datos del auto-monitoreo sobre el primer pensamiento aprensivo. Se debe animar a los clientes para que presten atención a “lo peor que podría ocurrir en esa situación” sin considerar si es probable, realista o racional. Se les debería sugerir que anoten por escrito los pensamientos automáticos de amenaza mientras sufren la situación ansiosa. Se puede preguntar, “¿Qué es tan malo en esta situación?”, “¿Qué creo que podría ser lo peor que podría ocurrir?” o “¿En esa situación qué me perjudicaría?”. Si se necesita un formulario de auto-monitoreo más detallado se puede recurrir al Formulario de Auto-Monitoreo de Pensamientos Aprensivos (véase Apéndice 5.4).

Durante la sesión terapéutica también puede recurrirse a la *imaginación* o a los *rol-plays* para determinar las cogniciones aprensivas del individuo en situaciones ansiosas. De hecho, los pacientes ansiosos muchas veces presentan fantasías conscientes o imágenes de

daño físico o psicológico que pueden elicitar intensos sentimientos subjetivos de ansiedad (Beck et al., 1974). Es importante, por lo tanto, que el terapeuta determine si la aprensión inicial puede adoptar la forma de una imagen intrusa como la de revivir un suceso traumático. Sea cual sea el caso, se puede pedir al cliente que imagine una situación reciente que le haya provocado ansiedad o el terapeuta y el cliente pueden interpretar los roles de la situación para elicitar los pensamientos o imágenes automáticos de ansiedad. En general, el terapeuta considerará las valoraciones de la situación del cliente ansioso y su capacidad de afrontamiento. Naturalmente la efectividad de este enfoque de evaluación depende de la capacidad imaginativa o capacidad del cliente para participar en el *rol-play*.

Los *ejercicios de inducción* también pueden usarse para elicitar pensamientos aprensivos. Por ejemplo, se pueden inducir varios síntomas de hiperactivación fisiológica y animar a los clientes a verbalizar su “caudal de pensamientos” mientras experimentan tales síntomas. En la sesión terapéutica se podría crear una situación o presentar estímulos para elicitar ansiedad y se podría pedir a los clientes que verbalicen los pensamientos que tienen. Por ejemplo, alguien con miedo a contaminarse podría recibir una tela sucia y posteriormente describir sus pensamientos ansiosos.

Por último, el procedimiento más efectivo para elicitar los primeros pensamientos ansiosos consiste en acompañar al cliente hasta una *situación naturalista que provoque ansiedad*. Aunque la presencia del terapeuta podría tener el efecto de una clave de seguridad, el sondeo atento del caudal de pensamientos del cliente revelaría sus primeros pensamientos aprensivos. Incluso generar la expectativa de exposición a una situación que provoque ansiedad podría ser suficiente para elicitar estos pensamientos ansiosos automáticos primarios.

Pauta clínica 5.5

Conviene obtener una evaluación precisa de los primeros pensamientos aprensivos del cliente en una variedad de situaciones provocadoras de ansiedad para determinar los esquemas subyacentes de amenaza responsables del estado ansioso.

Activación Automática Percibida

Los individuos suelen ser muy conscientes de los síntomas físicos de la ansiedad y por consiguiente pueden describir sin problemas estos síntomas durante la entrevista clínica. Se les debería pedir ejemplos de episodios recientes de ansiedad y de los síntomas físicos experimentados en esos momentos. En lugar de que los clientes se refieran a la crisis de ansiedad típica, es preferible que describan incidentes específicos de ansiedad y los síntomas físicos exactos experimentados durante dichos episodios. Se puede esperar alguna variación de los síntomas físicos de la ansiedad en los distintos episodios.

El profesional confiará básicamente en los auto-informes del cliente de sus respuestas fisiológicas porque en el contexto clínico rara vez es posible recurrir a equipo psicofisiológico de laboratorio o de ambulatorio para fines de monitoreo. Se debería recurrir a formularios de auto-monitoreo para que los clientes registren datos “en línea” de sus respuestas fisiológicas en los momentos en los que sienten ansiedad. En la mayoría de los casos podemos ofrecer al cliente el Formulario de Auto-Monitoreo de Sensaciones Físicas (Apéndice 5.3) como tarea para casa y aportará la información necesaria sobre el perfil de activación automática del cliente. En ciertos casos en los que la activación fisiológica desempeñe un rol particularmente importante en la persistencia de la ansiedad (es decir, trastorno de angustia, hipocondriasis), se podría añadir un listado más amplio de sensaciones corporales (véase Apéndice 5.5).

Son tres las cuestiones que deben contemplarse al evaluar la hiperactivación fisiológica subjetiva en la fase de respuesta inmediata de miedo. La primera, cuál es el perfil típico de respuesta fisiológica cuando la persona se encuentra en un estado de ansiedad elevada. Es conveniente determinar si el cliente normalmente experimenta los mismos síntomas fisiológicos en una variedad de situaciones provocadoras de ansiedad. ¿Cuáles son las sensaciones corporales más intensas? ¿Cuáles son los síntomas de activación que se experimentan en primer lugar? ¿Cuánto tiempo perduran? ¿Hace algo la persona para aliviar la hiperactivación?

La segunda pregunta se refiere al modo en que el individuo interpreta la hiperactivación fisiológica. ¿Hay algunas sensaciones corpo-

rales que absorben la atención? ¿Qué le preocupa o qué teme el cliente de esa sensación? La identificación de la valoración exagerada de la amenaza que constituye una sensación corporal particular es otra importante fuente de información sobre los esquemas nucleares de amenaza que están impulsando la ansiedad. En la Tabla 5.2 se presentan las valoraciones y esquemas exagerados de amenaza que pueden estar asociados a varios síntomas fisiológicos de hiperactivación.

Una última cuestión al evaluar la activación fisiológica es su función en la persistencia de la ansiedad. La malinterpretación catastrófica de los síntomas físicos desempeña un papel crítico en el trastorno de angustia (D.M. Clark, 1986a) y en la hipocondriasis (Salkovskis & Bass, 1997) pero es menos prominente en el TOC o en el TAG. En los trastornos de ansiedad, en los que la malinterpretación de los síntomas físicos es una preocupación importante, el tratamiento se centrará en “decatastrofizar” estas valoraciones exageradas. Por consiguiente, las formulaciones de caso para la ansiedad deben tomar en cuenta la naturaleza, la interpretación y la función de la hiperactivación fisiológica durante la fase de miedo inmediato.

Tabla 5.2. Valoraciones y esquemas exagerados de amenaza que podrían asociarse a los síntomas físicos habituales de la ansiedad

Sensación física	Valoración exagerada errónea	Esquema orientado a la amenaza
Dificultad para respirar, falta de aire	“No puedo respirar debidamente, siento que no puedo obtener suficiente aire”	Riesgo de una muerte lenta y agonizante por asfixia
Presión, dolor en el pecho, palpitaciones	“Quizá esté sufriendo un ataque al corazón”	Muerte por un ataque cardíaco repentino
Inquietud, agitación	“Estoy perdiendo el control; no puedo aguantar esta sensación de ansiedad”	Riesgo de volverse loco, avergonzado consigo mismo, sobrecargado por una ansiedad indefinida, etc.
Mareo, aturdimiento, desmayo	“Podría estar perdiendo la conciencia”	Podría no recuperar nunca la conciencia; vergüenza por desmayarse en público.
Nauseas	“Siento el estómago revuelto; podría vomitar”	Asfixia por vómitos; vergüenza por marearse en un contexto público

Nota. Basado en Taylor (2000).

Pauta clínica 5.6

La naturaleza, función e interpretación de la hiperactivación fisiológica y de otras sensaciones corporales debe determinarse como parte de cualquier formulación de caso de ansiedad.

Respuestas Inhibitorias Inmediatas

Las respuestas defensivas inmediatas como la huida, la congelación o el desmayo (Beck et al., 1985, 2005) son parte de la estrategia inhibitoria automática para reducir el miedo. Una parte importante de cualquier evaluación cognitiva de la ansiedad consiste en identificar estas respuestas inhibitorias de miedo y, sin embargo, su detección puede ser difícil porque son tan automáticas que el individuo tiene poca conciencia de su presencia. A pesar de esto, es conveniente determinar la presencia de tales respuestas porque deberían ser objetivos de cambio, dada su capacidad para reforzar el estado de ansiedad y minar la efectividad del tratamiento. A modo de ejemplo, hace algunos años uno de nosotros trató a una mujer con pánico a conducir tras haber sufrido un accidente de tráfico por alcance trasero. Durante la evaluación se descubrió que en la actualidad, mientras conducía, miraba ansiosa y constantemente el espejo retrovisor para comprobar que el coche posterior no se aproximara demasiado a ella. Ejecutaba la conducta de comprobación casi automáticamente, como una respuesta defensiva. Sin embargo, esa conducta conllevaba que no prestara suficiente atención al tráfico que la precedía, aumentando así la probabilidad de que sufriera otro accidente.

Una vez más, la entrevista clínica detallada, el auto-monitoreo y la observación conductual en los períodos ansiosos son los principales enfoques de evaluación para identificar las conductas defensivas inmediatas. Hay múltiples reacciones defensivas de cuya existencia, como respuesta inhibitoria inmediata, el terapeuta debería ser consciente.

- *Evitar el contacto ocular* a los estímulos amenazantes (p. ej., las personas socialmente ansiosas no establecen contacto ocular cuando conversan con los demás).

- *La evitación cognitiva* en la que se aleja la atención del pensamiento o imagen molestos (p. ej., en el TEPT una intrusión relacionada con el trauma podría provocar un estado de disociación).
- *Conducta de huida inmediata* (p. ej., una persona con miedo a contaminarse acelera el paso cuando pasa cerca del banco en el que se sientan los vagabundos).
- *Evitación conductual* (p. ej., una persona con agorafobia leve selecciona automáticamente una tienda menos frecuentada).
- *Búsqueda de confirmación* (p. ej., una persona se dice constantemente la frase “No hay nada por qué preocuparse”).
- *Respuesta compulsiva* (p. ej., una persona prueba repetidamente la puerta del coche para comprobar que está cerrada con llave).
- *Respuesta defensiva psicológica refleja* (p. ej., una persona ansiosa por ingerir alimentos comienza a bromear cuando trata de tragar; una persona con miedo a conducir endereza el cuerpo o se tensa cada vez que va de pasajero en un coche).
- *Inmovilidad tónica (congelación)* (p. ej., durante un brutal ataque la persona puede sentirse paralizada, sintiéndose incapaz de moverse [véase Barlow, 2002]).
- *Desmayo* (p. ej., una persona experimenta una caída repentina del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea al ver sangre humana o cuerpos mutilados).
- *Conductas automáticas de seguridad* (p. ej., la persona se aferra automáticamente a un objeto para evitar caerse o perder el control).

Dada la naturaleza automática e inmediata de estas respuestas defensivas, es probable que se necesite alguna forma de observación conductual para evaluar debidamente su presencia. Sería preferible que el terapeuta cognitivo acompañara al cliente ansioso a las situaciones y observara las respuestas inhibitorias. Alternativamente, un amigo, un miembro de la familia o el cónyuge podría recibir el listado anterior de respuestas defensivas y se le podría pedir que señale si ha observado alguna de estas respuestas al acompañar al cliente en situaciones ansiosas.

Pauta clínica 5.7

Se deben descubrir las respuestas automáticas inhibitorias cognitivas y conductuales mediante la observación directa para identificar las reacciones que posteriormente podrían minar la efectividad de la exposición.

Errores cognitivos de procesamiento

El procesamiento cognitivo durante la respuesta inmediata de miedo tiende a ser muy selectivo, y, la atención se centra casi exclusivamente en la fuente de la amenaza y en la propia capacidad (o incapacidad) para manejar la amenaza. En consecuencia se evidenciarán algunos errores no intencionados en la evaluación que hace el cliente de la amenaza y que no serán inmediatamente visibles para el individuo. Estos errores cognitivos pueden determinarse a partir de los pensamientos y las conductas automáticas ansiosas que se elicitán en las situaciones provocadoras de ansiedad. En el Apéndice 5.6 se presenta un listado de errores cognitivos comunes observados en los trastornos de ansiedad, seguidos por un formulario de auto-monitoreo que los clientes podrían usar para llegar a ser más conscientes de sus sesgos de procesamiento ansioso. Esto debería ser presentado una vez que se haya enseñado al cliente a identificar el primer pensamiento aprensivo. Enseñar a los clientes a identificar los errores cognitivos no sólo servirá para recabar información para la formulación del caso, será también una estrategia útil de intervención cognitiva (véase Capítulo 6).

A muchos clientes ansiosos les cuesta identificar los errores cognitivos de su pensamiento ansioso. Pueden ser necesarias varias sesiones antes de que el cliente perciba ejemplos de sus propios sesgos de pensamiento. En ese intervalo el terapeuta podría recurrir al Apéndice 5.6 para identificar algunos errores de pensamiento que se han hecho visibles en la entrevista clínica y en el auto-monitoreo de los pensamientos ansiosos.

Pauta clínica 5.8

Conviene recurrir al Apéndice 5.6, Errores y Sesgos Comunes en la ansiedad, para entrenar a los clientes en la identificación de los errores cognitivos automáticos que se producen cada vez que algún estímulo interno o externo les provoque ansiedad.

Revaloración secundaria: evaluación y formulación

La ansiedad es siempre el resultado de un proceso de dos estados que conlleva la activación inicial de la amenaza seguida por un procesamiento más reflexivo y más lento de la misma a la luz de los propios recursos de afrontamiento. Por esta razón el terapeuta cognitivo también debe evaluar el procesamiento elaborativo secundario, centrándose en dos cuestiones que serán contempladas en la conceptualización del caso.

1. ¿Cómo produce la revaloración más elaborativa de la situación que hace el individuo un aumento de la ansiedad?
2. ¿Qué grado de efectividad tiene la revaloración reflexiva del individuo para reducir o finalizar el programa de ansiedad?

La evaluación de la revaloración secundaria no es tan compleja como la evaluación de la respuesta inmediata de miedo porque estos procesos son menos automáticos y, consecuentemente, son más accesibles a la conciencia. Los individuos suelen ser más conscientes de estas respuestas más lentas e intencionadas que son responsables de la persistencia de la ansiedad. Como la terapia cognitiva tiende a centrarse en este nivel secundario, es crítica la evaluación precisa de los procesos elaborativos para que la intervención tenga éxito. En este apartado examinaremos los cinco dominios del procesamiento cognitivo que deberían incluirse en la evaluación.

Evaluación de las capacidades de afrontamiento

Se cree que los factores críticos del procesamiento emocional erróneo en general y de la persistencia de la ansiedad en particular son la confianza en estrategias maladaptativas de afrontamiento y el fracaso en la adopción de respuestas más sanas ante la amenaza (Beck et al.,

1985, 2005; Wells, 2000). Una de las distinciones más comunes en la literatura sobre el afrontamiento es la establecida entre las estrategias que se centran en la regulación emocional versus las que se centran directamente en los problemas vitales. Lazarus y Folkman (1984) definían originalmente el afrontamiento centrado en la emoción como “dirigido a regular la respuesta emocional ante el problema” (p. 150) y el afrontamiento centrado en el problema como “dirigido a manejar o modificar el problema que causa la angustia” (p. 150). En la actualidad existe un amplio cuerpo de investigación que indica que ciertos aspectos del afrontamiento centrado en la emoción (p. ej., rumiación) se relacionan con la persistencia de los estados emocionales negativos, mientras que el afrontamiento centrado en el problema se asocia con la reducción del afecto negativo y la promoción de la emoción positiva y del bienestar (p. ej., Carver, Scheier & Weintraub, 1989; véanse revisiones de Fields & Prinz, 1997; Folkman & Moskowitz, 2004; para un comentario sobre los aspectos positivos de la expresión de la emoción, véase Austenfeld & Stanton, 2004).

En el contexto presente esta distinción entre un enfoque centrado en la emoción y centrado en el problema es útil para entender la persistencia de la ansiedad. Las respuestas de afrontamiento que se centran en “¿Cómo puedo lograr sentirme menos ansioso?” son más contraproducentes (es decir, conducen a la persistencia de la ansiedad indeseada), y el afrontamiento dirigido al problema (es decir, “Tengo un problema vital real que debo afrontar”) suele llevar a la reducción de la ansiedad.

Los terapeutas cognitivos deberían recordar esta diferencia al evaluar las respuestas de afrontamiento de los clientes ansiosos. ¿En qué medida está dominado el repertorio de afrontamiento del cliente por estrategias centradas en la emoción versus orientadas en el problema? Además, otras tres cuestiones también deben ser contempladas durante la evaluación:

- ¿Con qué frecuencia usa el individuo diferentes respuestas de afrontamiento maladaptativas y adaptativas cada vez que siente ansiedad?
- ¿Cuál es la percepción del cliente sobre la efectividad de las estrategias de afrontamiento para la reducción de la ansiedad?
- ¿Percibe el cliente que el aumento o la persistencia de la ansiedad se asocia con la respuesta de afrontamiento?

En el Apéndice 5.7 se presenta un listado de 34 respuestas conductuales y emocionales de afrontamiento que se corresponden con la ansiedad. Sugerimos que el terapeuta revise el listado como parte de la entrevista clínica porque la mayoría de los clientes suele ser bastante consciente de sus respuestas de afrontamiento en estados de ansiedad. Además, la mayoría de los individuos ansiosos probablemente no haya considerado la efectividad percibida de su afrontamiento y los efectos sobre la intensidad y duración de la ansiedad. Por lo tanto, puede ser conveniente algún repaso y cuestionamiento a fin de obtener dicha información.

A partir de esta evaluación uno debería ser capaz de especificar en la formulación del caso cuáles son las estrategias maladaptativas de afrontamiento que habitualmente se asocian con la ansiedad y su efectividad relativa, la efectividad relativa de cualquier estrategia adaptativa que el cliente ya emplee y el nivel general de seguridad o indefensión sentido al manejar la ansiedad. Esto también proporcionará claves al terapeuta sobre los cambios conductuales que podrían ser buscados en el tratamiento. Sin embargo, es también probable que este listado de valoración deba ser complementado con preguntas relativas a las respuestas de afrontamiento que pueden ser únicas para los trastornos específicos de ansiedad. Además, muchas de las estrategias incluidas en el Apéndice 5.7 podrían ser respuestas de manejo de estrés. Por lo tanto, es importante pedir a los clientes que se concentren en las actividades empleadas directamente en respuesta a su ansiedad y no en actividades que usen para aliviar el estrés general, mejorar el estado anímico o fortalecer su sensación general de bienestar.

Pauta clínica 5.9

Conviene hacer uso del Apéndice 5.7, Listado de Respuestas Conductuales ante la Ansiedad, a fin de evaluar con qué frecuencia se usan varias estrategias de afrontamiento conductual y emocional para controlar la ansiedad. Es útil subrayar la función de estas estrategias en la persistencia de la ansiedad en la conceptualización del caso.

Conducta Intencionada de Búsqueda de Seguridad

White y Barlow (2002) definen las conductas de seguridad como “esas acciones que ejecuta el paciente encaminadas a ayudarlo a sentirse más seguro o protegido” (p. 343). El objetivo de las conductas de seguridad es sentirse seguro, a salvo, lo que provoca el beneficio obvio de reducir los sentimientos de ansiedad (véase Capítulo 3, Hipótesis 2 y 7).

En la formulación del caso es importante identificar con claridad las principales respuestas de búsqueda de seguridad, tanto si son más automáticas y comunes como si son respuestas de afrontamiento intencionadas y mediadas por la conciencia. Para este punto de la evaluación gran parte de esta información ya habrá sido recogida a partir de las respuestas de auto-monitoreo del individuo en las situaciones ansiosas (es decir, Formulario de Análisis Situacional, Formulario de Auto-Monitoreo de Pensamientos Aprensivos) o a partir de la evaluación previa de las estrategias de afrontamiento (es decir, Listado de Respuestas Conductuales ante la Ansiedad). El terapeuta cognitivo puede volver a estos formularios y seleccionar las respuestas que habitualmente se producen en las situaciones ansiosas. Para cada respuesta deberían formularse las siguientes preguntas a fin de evaluar la función de búsqueda de seguridad de la respuesta:

- “Observo en su formulario que a menudo hace X [respuesta real] cuando se siente ansioso. ¿En qué medida se siente más seguro o más a salvo tras haberlo hecho? [p. ej., ¿Cuánto más seguro se siente si acude al centro comercial con un amigo que si acude solo?]”.
- “¿Qué ocurriría con su ansiedad si no ejecutara esta actividad de seguridad? [¿Qué le ocurriría a su ansiedad si no llevara la medicación con usted?]”.
- “¿Qué grado de importancia tiene esta actividad para que usted afronte o maneje la ansiedad? ¿Es algo que usted hace intencionalmente o es algo más automático, como un hábito del que casi no es consciente?”.

Una vez identificadas las principales respuestas de búsqueda de seguridad del cliente, es importante especificar también las cogniciones y sensaciones físicas asociadas con la búsqueda de seguridad

(es decir, Salkovskis, Clark et al., 1999). Esto puede ser bastante obvio a partir de las respuestas cognitivo-conductuales registradas en los formularios de auto-monitoreo o, en algunas ocasiones, el terapeuta cognitivo necesitará evaluarlas de forma más específica. En el siguiente extracto clínico ficticio se ilustra el tipo de preguntas que podrían usarse para identificar las cogniciones de búsqueda de seguridad.

TERAPEUTA: Observo en el listado que usted indica que siempre lleva consigo su Activan. ¿Podría decirme por qué es tan importante para usted?

CLIENTE: Bueno, me siento mejor sabiendo que tengo la medicación si la necesito alguna vez. Llevo meses sin tomar Activan, pero sabiendo que la tengo a mano me siento mejor.

TERAPEUTA: ¿Qué ocurriría si olvidara coger el frasco?

CLIENTE: Sé que me sentiría mucho más ansioso si fuera consciente de que no lo he cogido. El Activan es muy efectivo para aliviar la ansiedad. Si lo llevo conmigo, sé que en cualquier momento puedo tomarme una píldora si la ansiedad es grave. Incluso aunque no haya tomado medicación durante meses, sólo saber que la ansiedad no se me va a escapar de las manos porque llevo Activan conmigo, parece ayudar.

TERAPEUTA: ¿Hay algo que sienta o experimente en una situación ansiosa que es algo mejor sabiendo que tiene la medicación?

CLIENTE: Como sabe, me asusta mucho la idea de sentir otra crisis de angustia cuando noto que me empiezo a sentir más ansioso. Lo peor es sentir que voy a perder el control. Saber que puedo tomar un Activan y sentirme más calmado y con más control en pocos minutos me ayuda a sentirme mucho mejor; me ayuda a sentirme más seguro de mí mismo.

Algunas cogniciones se asociación de forma evidente con la conducta de búsqueda de seguridad relacionada con la medicación del cliente. El cliente cree que el mero hecho de tener acceso a la medicación le confiere seguridad y le hace sentirse más a salvo, más seguro. En esta misma línea, existe una relación funcional directa

entre el pensamiento catastrófico “de perder el control” y ser capaz de tomarse la medicación. Esta creencia relativa a que la medicación es una fuente importante para el restablecimiento del control y para impedir que se instaure la ansiedad incapacitante se convertirá en objetivo del tratamiento. Si la base cognitiva de la búsqueda de seguridad no puede determinarse a partir de la entrevista o de la revisión de los formularios de auto-monitoreo, entonces quizá sea necesaria la observación directa de la ansiedad del cliente bien sea acompañándolo en la situación ansiosa o creando en la sesión un ejercicio de inducción de ansiedad. En todos los casos la identificación de las conductas primarias de búsqueda de seguridad y sus bases cognitivas son una parte importante de la formulación del caso de ansiedad.

Pauta clínica 5.10

Es necesario identificar las conductas intencionadas principales de búsqueda de seguridad revisando el Listado de Respuestas Conductuales ante la Ansiedad (Apéndice 5.7) y determinar el valor funcional y base cognitiva de las respuestas. Conviene reconsiderar también la función de búsqueda de seguridad que puede estar asociada con las reacciones inhibitorias más automáticas señaladas en la pauta clínica 5.7. Esto debería generar una especificación clara de las conductas de búsqueda de seguridad más sutiles y automáticas así como de las más conscientes e intencionadas que caracterizan a la ansiedad del cliente.

Modo constructivo

Una parte importante de la fase secundaria de la ansiedad es la activación de un enfoque orientado en el problema, más constructivo ante la situación amenazante. Debe reconocerse que todos los individuos que solicitan tratamiento disponen de cierta capacidad para responder a su ansiedad de una manera más constructiva. Es importante identificar estos puntos fuertes en la formulación de caso, de modo que puedan ser incorporados al plan de tratamiento. ¿Qué respuestas conductuales ante la ansiedad muestra desde ahora el cliente que sean indicativas de un enfoque más constructivo? ¿Es la persona capaz de participar en una solución adaptativa del problema? ¿Exis-

ten estrategias cognitivas que podrían generar la reducción del nivel percibido de amenaza? Es útil evaluar el modo constructivo cuando la persona se encuentra en un estado no-ansioso. ¿Cómo percibe la amenaza y su vulnerabilidad personal en una situación no-ansiosa? ¿Qué capacidad muestra para trasladar esta perspectiva adaptativa, más realista, a las situaciones de ansiedad? ¿Qué dificultades encuentra para confiar en esta perspectiva realista cuando está ansiosa?

A menudo los individuos que solicitan terapia cognitiva para la ansiedad han recibido previamente tratamiento o han leído libros de auto-ayuda orientados en la teoría cognitiva. Por consiguiente, es probable que ya esté presente alguna respuesta constructiva en su ansiedad. En la Tabla 5.3 se presentan varios tipos de respuestas constructivas ante la ansiedad y una muestra de cuestiones clínicas que podrían usarse para evaluar la activación del modo constructivo en situación de ansiedad.

La evaluación del uso “espontáneo” que hace el cliente de varios enfoques constructivos ante la ansiedad es importante por dos razones. La primera, porque ofrece algunas indicaciones con respecto a los puntos fuertes del cliente a cuya sombra podrá formularse el plan de tratamiento. Y la segunda, porque es posible que algún enfoque constructivo particular no haya sido empleado con efectividad y, consecuentemente, el cliente tenga expectativas negativas sobre su éxito. Será necesario que el terapeuta conozca esto antes de asignarle esta estrategia como tarea para casa. En suma, la evaluación de la activación del modo constructivo es un apartado esencial de la formulación de caso.

Pauta clínica 5.11

Es necesario identificar las estrategias de afrontamiento que están presentes en el repertorio del cliente y el grado en que estas respuestas se utilizan durante los períodos de ansiedad. La evaluación del modo constructivo también incluye la evaluación de la capacidad del cliente para efectuar una valoración más realista de sus preocupaciones ansiosas cuando no está ansioso y si esta perspectiva más realista está disponible durante los episodios ansiosos.

**Tabla 5.3. Ejemplos de Respuestas Constructivas
ante la Ansiedad que deberían ser evaluadas como parte
de la Conceptualización de Caso**

Respuesta constructiva	Preguntas clínicas
Exposición espontánea	• ¿Con qué frecuencia se expone el cliente intencionadamente a situaciones provocadoras de ansiedad? • ¿Qué intensidad y durante cuánto tiempo tolera la ansiedad antes de que inicie la huida? • ¿Se produce la exposición de forma regular? ¿Están presentes o ausentes las claves de seguridad? • ¿Qué evaluación hace el cliente de la experiencia de exposición? ¿Percibe que así reduce o exagera la ansiedad?
Prevención auto-iniciada de respuesta	• ¿Con qué frecuencia inhibe el cliente las respuestas que tratan de reducir la ansiedad (p. ej., ritual compulsivo en TOC)? • ¿Cuánto le cuesta resistirse a la urgencia de iniciar la actividad de reducción de la ansiedad? • ¿Se produce la resistencia de forma regular? • ¿Cómo evalúa el intento de resistirse a la actividad reductora de ansiedad? ¿Considera que la resistencia mejora o empeora la ansiedad?
Respuesta de relajación	• ¿Con qué frecuencia inicia el cliente la relajación muscular, la respiración controlada o la meditación en respuesta a la ansiedad? • ¿Cómo evalúa el cliente la efectividad de estas estrategias para manejar la ansiedad? • ¿Existe alguna prueba de que el cliente esté usando la relajación como estrategia de escape por miedo a sentir ansiedad? ¿En qué medida es la relajación una estrategia de respuesta adaptativa o maladaptativa para la ansiedad?
Capacidad de resolución de problemas	• ¿Aplica el cliente un enfoque de solución de problemas para la fuente de la ansiedad? (p. ej., un estudiante preocupado por suspender un examen trabaja mejorando sus estrategias de aprendizaje) • ¿Cuál es el efecto percibido de estos esfuerzos de resolución de problemas sobre el nivel de ansiedad? • ¿Existe algún punto débil en la estrategia de resolución de problemas que pudiera minar su efecto positivo sobre la ansiedad?
Revaloración realista de la amenaza	• ¿Cuestiona o revalora el cliente de alguna manera su valoración inicial de amenaza, y en caso afirmativo, qué grado de efectividad tiene este cuestionamiento? • ¿Puede poner en práctica la recogida de pruebas, actividad mediante la cual busca información que desmienta el pensamiento inicial relativo a la gravedad de la amenaza? • ¿Recorre alguna vez a alguna forma de puesta en prueba de hipótesis empíricas mediante la cual localice experiencias para determinar si sus miedos son realistas o exagerados?
Revaloración de la vulnerabilidad personal	• ¿Inicia el cliente alguna forma de recogida de información relativa a su capacidad para afrontar la amenaza? • ¿Puede recordar experiencias pasadas de afrontamiento satisfactorio como medio para reajustar su sensación inicial de vulnerabilidad personal? • ¿Practica intencionadamente actividades provocadoras de ansiedad para poner a prueba su vulnerabilidad?

Afrontamiento cognitivo y la función de la preocupación

Preocupación excesiva

Previamente hemos defendido que la preocupación en individuos muy ansiosos es un elemento contribuyente a la persistencia de la ansiedad por el dominio de la activación del modo de amenaza (Beck & Clark, 1997; véase Capítulo 2). La preocupación es una estrategia cognitiva de afrontamiento perjudicial (véase Capítulo 3, Hipótesis 10) que es evidente en la mayoría de los trastornos de ansiedad, especialmente en el TAG. Por lo tanto es importante evaluar la naturaleza, extensión y función de la preocupación al elaborar la formulación del caso para la ansiedad.

La primera cuestión a contemplar es si el cliente se preocupa cuando siente ansiedad y, en caso afirmativo, cuál es el contenido de la preocupación, su frecuencia y su persistencia. El terapeuta puede esperar que el contenido de la preocupación se ajuste globalmente a los principales motivos de la ansiedad del cliente. Por ejemplo, en el trastorno de angustia la preocupación suele referirse a las sensaciones corporales, mientras que en la fobia social son dominantes la ejecución y la evaluación ajena.

En el Apéndice 5.8 se presenta el Formulario A para Auto-Monitoreo de la Preocupación, y puede ser usado para evaluar cualquier contenido de la preocupación asociado a los episodios de ansiedad. El terapeuta puede asignar como tarea para casa la cumplimentación de este formulario o puede completarse durante la sesión terapéutica sobre la base de las situaciones ansiosas identificadas en el Formulario de Análisis Situacional o el Formulario de Auto-Monitoreo de Pensamientos Aprensivos. El propósito del Formulario A de Auto-Monitoreo de la Preocupación es recoger información cualitativa sobre cualquier tema de inquietud o preocupación que pueda desempeñar alguna función en la persistencia de la preocupación. Este contenido de la preocupación nos ofrecerá información útil para las intervenciones cognitivas que el terapeuta empleará posteriormente en el tratamiento. También es necesario determinar la frecuencia con que se preocupa el cliente en estado ansioso y la duración del episodio de preocupación. La preocupación que es frecuente y dura entre 1 y 2 horas presenta implicaciones de tratamiento muy diferentes de los brotes puntuales de preocupación que se eliminan en pocos minutos.

En el Capítulo 3 hemos comentado diversas consecuencias negativas asociadas a la preocupación que pueden justificar sus efectos patológicos sobre la ansiedad (p. ej., mayor sensibilidad a la información amenazante, mayor sensación de vulnerabilidad personal, aumento de los pensamientos intrusos indeseados, escalada de las emociones negativas, evitación cognitiva/emocional y resolución inefectiva de problemas). Sin embargo, la mayoría de los individuos carecerá del insight suficiente relativo a los efectos negativos de la preocupación como para poder asignarles a modo de tarea para casa esta recogida de información. En lugar de esto, el terapeuta podría hacer uso de los episodios de preocupación registrados en el Formulario A de Auto-Monitoreo de la Preocupación como base para formular preguntas que examinen las consecuencias negativas de la preocupación. A continuación se presenta un extracto terapéutico de un cliente con fobia social que sentía ansiedad al interrumpir a su supervisor para formularle una pregunta importante:

TERAPEUTA: John, he observado en el Formulario de Auto-Monitoreo de la Preocupación que el viernes se sentía particularmente ansioso ante la idea de acudir al despacho de su supervisor para formularle una pregunta muy importante sobre el proyecto que usted trataba de concluir. Usted valoró su ansiedad como 80/100 y el primer pensamiento aprensivo fue “va a enfurecerse mucho porque le interrumpo con una pregunta estúpida”.

CLIENTE: Sí, estaba realmente molesto por esa situación. Este tipo de cosas me preocupa realmente. Compruebo que siento mucha ansiedad.

TERAPEUTA: Parece que dedicó una media hora a preocuparse por esto antes de acudir a él y después pasó la mayor parte del día preocupado de que su supervisor estuviera furioso con usted por interrumpirle. Ha escrito que antes de formularle la pregunta, a usted le preocupaba sobre todo su reacción de furia (es decir, si me chillaría), si usted sería capaz de expresarse con suficiente claridad como para ser comprendido y si usted comprendería la respuesta del supervisor. Con posterioridad usted siguió repitiéndose mentalmente la conversación para determinar si usted había parecido estúpido o no. Además, se preocupó de la opinión que su supervisor

tiene de usted y si esto se reflejaría negativamente en la evaluación de ejecución que se realiza al finalizar el año. También ha anotado que usted estaba preocupado de que los demás escucharan la conversación que mantenía con su supervisor en el despacho y estaba pensando que usted era “tan patético” (haciendo uso de sus propias palabras).

CLIENTE: Compruebo que me preocupo mucho por cómo aproximarme a los demás y los efectos negativos de mis “atropelladas” conversaciones con los demás.

TERAPEUTA: ¿John, en esta situación advirtió algún cambio en su nivel de ansiedad mientras se preocupaba antes o después de la interacción con su jefe?

CLIENTE: No estoy seguro de entenderlo.

TERAPEUTA: ¿Advirtió algún aumento o reducción en sus sentimientos de ansiedad mientras se preocupaba?

CLIENTE: Bueno, definitivamente me sentía más ansioso. Antes de la interacción traté de convencerme de que todo iba a salir bien, pero sólo podía pensar en su ira, y después volví a tratar de tranquilizarme de que todo iría bien pero cuanto más pensaba en ello más me convencía de que él piensa que soy un incompetente.

TERAPEUTA: En consecuencia, uno de los efectos negativos de la preocupación es que le lleva a sentir más ansiedad y no menos. ¿Cree que preocuparse por hablar con su jefe le sirvió para proceder con más efectividad cuando realmente acudió a él y le formuló la pregunta?

CLIENTE: No, no creo que preocuparme por ello me diera más confianza en mí mismo ni que mejorara la conversación. Sólo podía pensar en pasarla y hacer frente a las consecuencias negativas posteriores.

TERAPEUTA: Ha mencionado algunas otras formas en que la preocupación puede afectarle negativamente. Parece como que le hace pensar en evitar o escapar tan pronto como le sea posible. Además, se podría pensar que la preocupación no le ayuda a afrontar las situaciones o los problemas con mayor efectividad. ¿Advirtió algo más sobre su pensamiento mientras se preocupaba?

CLIENTE: No estoy muy seguro de lo que quiere decir.

TERAPEUTA: ¿Advirtió si muchos otros pensamientos incómodos irrumpían en su cabeza incluso aunque usted no quisiera?

CLIENTE: Claro que sí. Veía una imagen del rostro enfurecido de mi supervisor; podía escucharle gritándome y seguía pensando “Pienso que soy tan idiota”.

TERAPEUTA: De su descripción, John, parece que la preocupación tiene diversos efectos negativos sobre su ansiedad. Se asocia con un aumento de los sentimientos de ansiedad; puede interferir con su capacidad para manejar las situaciones; intensifica la urgencia a escapar o a evitar la ansiedad y aumenta los pensamientos e imágenes angustiosas indeseadas. Esto es común en la ansiedad. Nuestra investigación indica que produce efectos negativos tales que pueden contribuir a la persistencia de la ansiedad. ¿Le gustaría que uno de los objetivos importantes del plan de tratamiento de la ansiedad fuera la reducción de la preocupación?

CLIENTE: Sí, definitivamente creo que debo aprender a poner cierre a mi preocupación.

Otras estrategias cognitivas de afrontamiento

En el Capítulo 3 (véase Hipótesis 10) se consideraba que los intentos para suprimir intencionadamente los pensamientos y sentimientos indeseados eran estrategias compensatorias de afrontamiento que podrían contribuir a la persistencia de la ansiedad. Además, la supresión intencionada de la expresión emocional puede tener efectos adversos sobre la emoción negativa, aunque los estudios que han analizado esta posibilidad no son aún suficientes. En la formulación del caso debería incluirse una evaluación de la supresión intencionada de pensamientos y de la inhibición emocional. En el Apéndice 5.9 se presenta un listado de afrontamiento cognitivo que incluye la inhibición de la emoción juntamente con otras estrategias intencionadas de control de pensamientos que pueden exacerbar el estado ansioso.

El Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad (Apéndice 5.9) puede asignarse como tarea para casa, sin embargo, la mayoría de los clientes ansiosos probablemente no serán conscientes de sus

estrategias de control de pensamiento, porque con el transcurso del tiempo estas respuestas pueden convertirse en habituales. Por consiguiente, puede ser necesario cierto entrenamiento y formación para enseñar a los clientes cómo inician sus estrategias maladaptativas de control de pensamiento que sólo fortalecen aún más los pensamientos ansiosos. Se podría revisar un episodio ansioso reciente y utilizar el listado para determinar cuál de las 10 estrategias se empleó y en qué grado contribuyó a la reducción de la ansiedad. Alternativamente, podría inducirse un estado de ansiedad durante la sesión terapéutica (u observarlo en un contexto naturalista) y se podría preguntar al cliente si hace uso de algunas estrategias del listado para el control de sus pensamientos o preocupaciones ansiosas.

Otro modo de subrayar la naturaleza del control de pensamientos en la experiencia de ansiedad del cliente consiste en probar un experimento de supresión de pensamiento. En el siguiente ejemplo se ilustra esta última propuesta:

TERAPEUTA: Lorraine, me gustaría analizar con mayor profundidad su ansiedad relativa a sufrir una crisis de angustia. Usted ha señalado que, a menudo, siente presión en el pecho y que sus primeros pensamientos aprensivos son “Debo empezar a ponerme ansiosa. Realmente necesito tranquilizarme. Si no lo hago podría sufrir otro de estos terribles ataques de angustia”.

LORRAINE: Sí, exactamente así es como me siento. Realmente odio esos sentimientos y haría cualquier cosa por librarme de ellos.

TERAPEUTA: Bien, me gustaría hacer aquí un ejercicio con usted ahora mismo. Primero, me gustaría ver si puede concentrarse ahora en sus pensamientos ansiosos. Quizá podría lograr que esos pensamientos surjan en su mente tensando los músculos del pecho o imaginando que se encuentra en una situación ansiosa reciente. Es importante cómo lo hace, pero me gustaría que pensara en sentirse ansiosa y en la posibilidad de sufrir una crisis de angustia.

LORRAINE: No estoy segura de que quiera hacer esto. Temo que pueda provocar una crisis. Ya he empezado a sentir ansiedad.

TERAPEUTA: Comprendo su preocupación. Podemos detener el ejercicio en cualquier momento. Simplemente quiero concentrar

toda su atención sobre sus pensamientos ansiosos. Si ha comenzado a sentirse ansiosa, entonces quizá pueda concentrarse en esos pensamientos ansiosos ahora mismo incluso sin tensar los músculos del pecho.

LORRAINE: Desde luego, no tengo ningún problema para pensar ahora en mi ansiedad y en la posibilidad de una crisis de angustia.

TERAPEUTA: Muy bien, Lorraine, cierre los ojos y centre su atención en los pensamientos de sentirse ansiosa que percibe ahora. Piense en cómo se siente y en la última vez que sufrió una crisis de angustia. Voy a pedirle que mantenga ese pensamiento durante 30 segundos... [pausa]. Ahora deje de pensar en la ansiedad. Le voy a dar otros 30 segundos para dejar de pensar en su ansiedad y en la posibilidad de la angustia. Puede hacerlo como quiera... Bien, deténgase [pausa]. ¿Ha sido capaz de impedir pensar en su ansiedad y en la posibilidad de una crisis de angustia?

LORRAINE: Esto es realmente duro. He tratado de no pensar en ello, pero era casi imposible. Creo que ha sido demasiado corto. Necesitaría más tiempo para librarme de mis pensamientos ansiosos.

TERAPEUTA: Es cierto que sólo le he dejado medio minuto. Sin embargo, muchas personas comprueban que el ejercicio es aún más frustrante si lo mantengo durante más tiempo. Lo importante es si ha sido capaz de detener el pensamiento ansioso.

LORRAINE: Lo cierto es que no. Me parecía que cuanto más intentaba librarme de los pensamientos más ansiosa me sentía.

TERAPEUTA: Acaba de dar en el clavo. Cuanto más se esfuerza por “no pensar en la ansiedad, más piensa en ella”. Tengo en mis manos un listado de varias estrategias que emplean las personas para modificar su pensamiento ansioso. [El terapeuta pasa a Lorraine una copia del Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad]. ¿Podría revisar la lista y decirme si acaba de usar alguna de estas estrategias en su intento por no pensar en la ansiedad?

LORRAINE: Bien, he intentado no pensar en la ansiedad (ítem 1) y me decía una y otra vez que es estúpido estar ansiosa porque estoy aquí en su despacho (6) y trataba de convencerme de que no era posible sufrir una crisis de ansiedad ahora mismo (3). Sin embar-

go, nada de esto parecía funcionar muy bien.

TERAPEUTA: A partir de este ejercicio hemos descubierto dos cosas. La primera, que usted ha dicho que cuanto más se esforzaba por tratar de controlar sus pensamientos ansiosos, éstos empeoraban. Y la segunda, que usted ha reconocido haber recurrido a varias estrategias de control mental para librarse de los pensamientos ansiosos. Reconozco que acaba de hacer una “simulación” porque en la vida real sus pensamientos y sentimientos ansiosos serían mucho más intensos de los que ha sentido aquí en el despacho. Me pregunto con qué frecuencia trata de controlar automáticamente sus pensamientos ansiosos cada vez que siente ansiedad haciendo uso de las mismas estrategias que acaba de mencionar. Y me pregunto qué efecto puede tener esto sobre su ansiedad. ¿Mejora o empeora su ansiedad? ¿Le gustaría saberlo?

LORRAINE: Seguro, creo que sería una buena idea.

TERAPEUTA: Bien, antes de nuestra próxima sesión, podría revisar el Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad que acabamos de usar y comprobar cuáles emplea cuando está ansiosa. Trate de centrarse en sus esfuerzos por controlar el pensamiento ansioso. ¿A cuáles de estas estrategias de control de pensamiento recurrió y qué grado de efectividad tuvieron? Bajo la categoría de frecuencia límitese a señalar si la ha usado o no. No necesita registrar todos los momentos de ansiedad. ¿Le parece que es posible hacerlo?

LORRAINE: Sí, creo que podré hacerlo la próxima semana. Sigo sintiendo mucha ansiedad.

Pauta clínica 5.12

Un aspecto importante en la formulación del caso sobre la persistencia de la ansiedad es la evaluación de la naturaleza, frecuencia y función de la preocupación y de otras respuestas cognitivas de control. El Formulario A de Auto-Monitoreo de la Preocupación (Apéndice 5.8) puede usarse para obtener información clínica sobre la preocupación y el Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad (Apéndice 5.9) es útil para evaluar las estrategias intencionadas de control de pensamientos.

Revaloración de la amenaza

Este aspecto final de la conceptualización del caso es la culminación de todas las actividades de evaluación que han sido previamente descritas. Cuando los clientes reflexionan consciente e intencionadamente sobre su ansiedad en un contexto seguro y relajado, ¿cómo evalúa la amenaza y su capacidad para afrontarla? El Apéndice 10, Formulario para Revaloración de la Ansiedad, puede usarse para examinar con los clientes sus cogniciones de amenaza y de vulnerabilidad cuando se sienten ansiosos y, posteriormente, su evaluación de la amenaza y de la vulnerabilidad personal en situación no-ansiosa. Uno podría esperar que en la situación ansiosa el pensamiento debería estar sesgado hacia la amenaza exagerada y hacia la capacidad de afrontamiento subestimada, mientras que en los períodos de no-ansiedad la evaluación de la amenaza sería más realista y la persona mostraría una mayor confianza en sí misma.

El Formulario de Valoración de Ansiedad debería usarse como recurso clínico en la sesión terapéutica y no ser asignado como tarea para casa, para que el terapeuta pueda examinar y registrar las valoraciones ansiosas y no-ansiosas del cliente. El terapeuta cognitivo debería subrayar las diferencias existentes entre el pensamiento del cliente cuando está ansioso y cuando no lo está. Debería subrayarse que el cliente es capaz de pensar de un modo más realista sobre sus preocupaciones ansiosas cuando está tranquilo y relajado. Esto implica que el objetivo de la terapia es ayudar a los clientes a aprender a generalizar su pensamiento más realista sobre la amenaza y su capacidad de afrontamiento a los momentos ansiosos más difíciles. De este modo, la información obtenida en el Formulario de Reevaluación de la Ansiedad puede usarse para definir uno de los principa-

les objetivos de tratamiento de la terapia cognitiva para la ansiedad.

Pauta clínica 5.13

Conviene hacer uso del Formulario de Revaloración de la Ansiedad (Apéndice 5.10) para evaluar la capacidad del cliente para generar una revaloración más realista de la amenaza y de la vulnerabilidad personal durante los períodos de ansiedad. Esto puede usarse para subrayar la naturaleza sesgada y exagerada de su pensamiento ansioso. El cambio a una valoración más realista que es evidente en la ansiedad baja debería ser especificado como objetivo de tratamiento.

Formulación de caso para la ansiedad: un caso ilustrativo***Formulación cognitiva de caso***

Concluimos este capítulo con un caso ilustrativo para mostrar cómo utiliza el profesional la perspectiva diagnóstica basada en la teoría que se ha descrito en este capítulo a fin de llegar a una conceptualización cognitiva de caso de la ansiedad. Aunque hemos descrito un enfoque cognitivo muy detallado para evaluar y formular el caso, en el siguiente ejemplo se evidencia que gran parte de la información clínica puede obtenerse a partir de la entrevista clínica, los formularios de auto-monitoreo, la observación de la ansiedad durante la sesión y la entrevista diagnóstica y cuestionarios estandarizados. Por ello, es razonable esperar que la conceptualización cognitiva inicial de un caso se realice durante las dos o tres primeras sesiones, conceptualización que será frecuentemente revisada y elaborada a lo largo del proceso de tratamiento. De hecho, esta naturaleza cambiante y evolutiva es el núcleo de la conceptualización del caso (Persons, 1989).

En el Apéndice 5.11 se presenta un diagrama de conceptualización cognitiva de caso de ansiedad que puede usarse para sintetizar la información de la evaluación y extraer una formulación individualizada. Aunque sean muchos los componentes de una formulación, el terapeuta nunca espera obtener una “formulación final” antes de iniciar el tratamiento. Ciertos elementos centrales de la

conceptualización deberían ser visibles tras la evaluación inicial y antes del tratamiento, como los estímulos situacionales provocadores, los primeros pensamientos aprensivos (automáticos ansiosos), la hiperactivación fisiológica, las respuestas defensivas (es decir, de seguridad), el contenido primario de la preocupación (si es relevante) y las estrategias de afrontamiento. Durante las siguientes sesiones de tratamiento estos aspectos de la formulación serán revisados y completados con otros componentes. De todo ello, a lo largo del curso de la terapia se obtiene una formulación individualizada del caso.

Conceptualización cognitiva de caso

Volvemos al caso clínico presentado al comienzo de este capítulo. Sharon solicitó tratamiento para un problema que llevaba sufriendo desde mucho tiempo atrás con ansiedad persistente que se manifestaba mientras interactuaba con sus compañeros de trabajo en el contexto laboral.

Evaluación diagnóstica y de síntomas

A Sharon se le administraron el ADIS-IV y las medidas de ansiedad general comentadas en este capítulo. Sobre la base del ADIS-IV su trastorno del Eje I fue la fobia social. El trastorno de angustia sin evitación agorafóbica fue un segundo diagnóstico del Eje I. Satisfacía también los criterios de un episodio único de depresión mayor en el pasado. La depresión remitió espontáneamente tras 2 meses y había ocurrido en respuesta a la muerte de un animal de compañía. Manifestaba también un temor subclínico a las alturas y preocupación, pero esta última se vinculaba directamente con sus ansiedades sociales en el trabajo. Obtuvo las siguientes puntuaciones en la batería de cuestionarios; Total Inventario de Ansiedad de Beck = 6, Total Inventario-II Depresión de Beck = 12, Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton = 10, Listado de Cogniciones – Depresión = 15 y Listado de Cogniciones – Ansiedad = 7, Total Estado de Preocupación de Penn = 64. Sharon completó también el Inventario de Fobia

Social y Ansiedad (SPAI; Turner, Beidel & Dancu, 1996) y obtuvo una puntuación diferencial de 105.9, que es coherente con la fobia social generalizada y no tratada. Por lo tanto, los datos psicométricos sugerían sólo síntomas de ansiedad leve que eran de naturaleza más cognitiva que fisiológica. La puntuación del Estado de Preocupación de Penn es elevada, pero esto se debe a la preocupación de la cliente sobre sus interacciones sociales en el trabajo. El BDI-II y el CCL-D sugieren la presencia de algunos síntomas depresivos. Un nivel medio diario de ansiedad pretratamiento de 21/100 confirma, una vez más, su nivel relativamente bajo de ansiedad.

La evaluación diagnóstica indicaba claramente que el foco del tratamiento debía concentrarse en la fobia social. Aunque la cliente satisfacía los criterios diagnósticos del trastorno de angustia, la aparición inicial había sido 15 meses atrás, y la última crisis plena se había producido un año atrás. En total había experimentado cuatro crisis plenas de angustia y varias veces más síntomas de crisis, y muchas de éstas se habían producido en contextos sociales del trabajo. Sin embargo, Sharon sólo hacía referencia a períodos breves, mínimos, de preocupación frente a las crisis de angustia que duraban entre 3 y 4 días tras el episodio pleno. Sharon señalaba también que las crisis de angustia interferían poco en su funcionamiento diario. De todo esto se concluyó que el tratamiento de la crisis de angustia que no se relacionara con su ansiedad social no iba a ser considerado en esta ocasión.

Evaluación de la respuesta inmediata de miedo

Sharon enumeró las situaciones laborales que le provocaban ansiedad. Entre ellas se incluían: dirigirse al grupo o interactuar en una reunión de pequeño grupo, dirigirse a las personas con autoridad como su supervisor, la interacción cara a cara con los colegas en relación a los problemas que éstos encontraban con sus ordenadores e iniciar llamadas telefónicas. Estas actividades se asociaban con una ansiedad entre moderada y grave y un nivel moderado de evitación. Dado que su trabajo conllevaba asesorar a los demás, Sharon se enfrentaba todos los días varias veces a estas situaciones provocadoras de ansiedad. Otras actividades sociales que provocaban conside-

rable ansiedad y evitación eran acudir a fiestas y ser asertiva, especialmente para rechazar peticiones que no fueran razonables. Sharon cumplimentó el Formulario del Análisis Situacional como parte de una tarea para casa y manifestó que la mayoría de los episodios de ansiedad se centraba en las pequeñas reuniones y en las interacciones cara a cara del trabajo. El único estímulo cognitivo provocador era el pensamiento anticipatorio, “Debo comentar este problema al supervisor”. Se decidió considerar la ansiedad que sentía en las pequeñas reuniones y en la interacción cara a cara con los colegas de trabajo porque eran los principales estímulos de su ansiedad.

De las tareas de auto-monitoreo y de las subsiguientes sesiones de entrevista se extrajeron los dos pensamientos aprensivos automáticos principales. Cuando anticipaba o se introducía en una situación social en el trabajo, Sharon solía pensar “Espero ser capaz de responder bien” y “Espero no ruborizarme”. Las únicas sensaciones fisiológicas que manifestaba en situaciones de ansiedad eran la sensación de calor y de ruborizarse. La principal preocupación de Sharon era la de ruborizarse. Interpretaba esto como una señal de que estaba ansiosa, había perdido la concentración y sería menos capaz de hablar con claridad y sensatez ante los demás. También le inquietaba que las personas advirtieran su rubor y se preguntaran qué le ocurre.

A consecuencia de estas cogniciones ansiosas y las interpretaciones negativas de su tendencia a ruborizarse, Sharon mostraba varias respuestas defensivas automáticas. Conductualmente hablaba lo mínimo en las reuniones (es decir, evitación) y hablaba a gran velocidad cuando se veía forzada a interactuar con los demás (es decir, respuesta de escape). Evitaba el contacto ocular en sus interacciones sociales. Se mostraba hipervigilante ante la sensación de calor y muchas veces se tocaba el rostro o miraba en un espejo para comprobar si su rubor era visible. Su principal defensa cognitiva automática era repetirse a sí misma que todo iba bien y que tratara de relajarse. En suma, su principal respuesta defensiva automática para garantizar la seguridad era hablar lo mínimo posible en las interacciones sociales, evitar el contexto ocular y colocarse en una posición que atrajera la menor atención posible.

Eran evidentes varios errores cognitivos en el pensamiento ansio-

so de Sharon sobre las situaciones sociales. Catastrofizaba en relación a su creencia de que ruborizarse era anormal y algo que los demás también interpretarían como señal de anormalidad. También estaba convencida de que una vez ruborizada, esto implicaba que estaba ansiosa y que perdería la concentración. De esto se derivaría una ejecución pobre, que los demás evaluarían como incompetencia social. La visión de túnel era otro error cognitivo porque Sharon solía preocuparse a menudo por su rostro y si sentía o no calor en los contextos sociales. También recurría al razonamiento emocional porque sentirse incómoda en los contextos sociales significaba que estaba en peligro de no funcionar bien y con más probabilidad de atraer la atención ajena. Por último, tendía a pensar en la ansiedad en términos de todo o nada, por lo cual algunas situaciones estaban asociadas con la amenaza social y eran intolerables, mientras que otras situaciones eran enteramente seguras (p. ej., trabajar a solas en el despacho).

Evaluación de la revaloración secundaria

Sharon mostraba diversas estrategias intencionadas de afrontamiento en respuesta a su ansiedad social. Trataba de relajarse físicamente en las situaciones sociales ejecutando la respiración profunda y controlada, trataba de responder a las preguntas de sus colegas mediante mensajes de correo electrónico a fin de evitar la interacción cara a cara con sus colegas, postergaba cosas como pedir a su supervisor que le explicara alguna duda y se mantenía en silencio y distante en las reuniones, participando tan poco como le fuera posible. También trataba de suprimir sus sentimientos para ocultar cualquier sensación de incomodidad. El uso intencionado de medios de comunicación alternativos con los demás (es decir, el correo electrónico) tenía una función obvia de búsqueda de seguridad. Todas estas estrategias eran algo efectivas para reducir su ansiedad social. A Sharon le preocupaba que si cambiaba su enfoque ante la ansiedad social, su vida laboral fuera mucho más estresante.

La preocupación desempeñaba un papel secundario en la ansiedad social de Sharon. Se preocupaba a diario por las posibles interacciones sociales que podría tener, si sentiría o no mucha ansiedad

a lo largo del día y si, en consecuencia, sería una incompetente social. También le preocupaba que el estrés y la ansiedad sentidos en el trabajo pudieran tener un efecto negativo sobre su salud y bienestar fuera del contexto laboral. Las estrategias cognitivas de afrontamiento de Sharon para controlar su ansiedad eran bastante limitadas, recurría a la reconfirmación y a la racionalización de que todo iba a salir bien y a auto-instrucciones para controlar su ansiedad. Concluía que en general no lograba controlar su ansiedad con efectividad y que la mejor estrategia era minimizar el contacto social tanto como fuera posible. Curiosamente, esta perspectiva sobre la amenaza social y la vulnerabilidad era evidente incluso cuando estaba sola y no sentía ansiedad.

Objetivos de tratamiento

Sobre la base de nuestra conceptualización cognitiva del caso se establecieron los siguientes objetivos para el plan de tratamiento de Sharon:

- Decatastrofizar su malinterpretación y creencias maladaptativas sobre su rubor y la consecuente evaluación negativa de los demás.
- Modificar la creencia de que la ansiedad en contextos sociales debe controlarse porque llevaría a resultados negativos directos como la incompetencia social (es decir, revalorar la probabilidad y gravedad de la amenaza).
- Reducir la evitación y aumentar la exposición a situaciones sociales ansiosas.
- Eliminar las estrategias maladaptativas defensivas y de afrontamiento como hablar apresuradamente cuando se sintiera ansiosa, confiar en la respiración profunda y la auto-racionalización centrada en convencerse a sí misma de que no había amenaza.
- Reducir los efectos negativos de la preocupación por sentirse ansiosa cada vez que se anticipaba una interacción social.
- Mejorar la asertividad y otras destrezas de comunicación verbal al interactuar con figuras de autoridad como el supervisor.

Resumen y conclusión

En este capítulo hemos presentado la perspectiva de la conceptualización cognitiva de un caso que se basa en el modelo cognitivo de la ansiedad (véase Capítulo 2). Aunque este marco de trabajo sea aplicable a todos los casos de ansiedad, requerirá ciertas adaptaciones para cada uno de los trastornos específicos. La formulación del caso desempeña una función importante en la terapia cognitiva para cualquier problema psicológico. En los trastornos de ansiedad, la evaluación se inicia con el diagnóstico clínico y la administración de cuestionarios estandarizados. Es importante evaluar la presencia de síntomas ansiosos y depresivos. Mediante la metodología de la entrevista, los formularios de auto-monitoreo y la observación directa, el terapeuta recoge información sobre las respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales automáticas que caracterizan al programa inicial del miedo. Esto va seguido por la evaluación de estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales más intencionadas que persiguen acabar con el episodio ansioso pero, en lugar de esto, contribuyen inadvertidamente en su persistencia a largo plazo. Se presta atención particular a las respuestas automáticas y a las intencionadas que tengan la función de buscar señales de seguridad. La evaluación culminará con una especificación de las valoraciones de amenaza y de la vulnerabilidad personal generadas cuando el individuo se encuentre en una situación ansiosa y en un estado no-ansioso. Esta detallada formulación cognitiva debería llevarnos a la determinación de objetivos específicos de tratamiento que serán los que dirijan el proceso de intervención. En el Apéndice 5.12 se incluye un Breve Resumen de referencias que puede ser de utilidad para que el terapeuta aplique nuestra perspectiva cognitiva en la evaluación y formulación del caso durante la práctica clínica.

Apéndice 5.1
Valoraciones diarias de ansiedad y registro de situación

Nombre:_____ Fecha:_____

Instrucciones: Utilice la escala de valoración que se presenta a continuación para registrar una cifra de 0 a 100 que indique el nivel medio de ansiedad que haya experimentado durante el día. En la columna de la derecha describa brevemente cualquier situación que le haya parecido particularmente provocadora de ansiedad durante ese día.

0	50	100
“Sin ansiedad alguna, totalmente relajado”	“Nivel moderado o habitual de la ansiedad sentida en estado ansioso”	“Estado extremo, golpe de pánico, que es insoportable y parece mortal”

Día de la semana/ fecha	Valoración del nivel medio de ansiedad (0-100)	Situaciones provocadoras (Señale cualquier situación que haya aumentado su ansiedad durante el día de hoy)
1. Lunes		
2. Martes		
3. Miércoles		
4. Jueves		
5. Viernes		
6. Sábado		
7. Domingo		

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 5.2

Formulario de Análisis Situacional

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por favor anote cualquier situación que haya provocado una respuesta de ansiedad. Describa brevemente la situación en la segunda columna y en la tercera valore la intensidad de la ansiedad (0-100) y su duración (cantidad de minutos). En la cuarta columna señale los síntomas de ansiedad más prominentes que ha experimentado y en la quinta registre cualquier pensamiento inmediato de la situación. En la última columna comente, por favor, su respuesta inmediata ante la ansiedad.

Fecha/Hora	Situación	Intensidad (0-100) y duración de la ansiedad	Síntomas ansiosos primarios	Pensamientos ansiosos inmediatos	Respuesta inmediata al sentir ansiedad
1.					
2.					
3.					
4.					

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 5.3

Formulario de Auto-Monitoreo de Sensaciones Físicas

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por favor, anote a continuación cualquier situación o experiencia que produjera un aumento de ansiedad. Preste atención particular a las sensaciones corporales que se presentan en este formulario y señale las que haya percibido durante la experiencia. Use las escalas de valoración que se presentan al lado de cada sensación para indicar cómo se sintió en relación a cada sensación.

1. Describa brevemente la situación ansiosa: _____

Registre el nivel de ansiedad en la situación (escala 0-100): _____

Listado de sensaciones físicas experimentadas en la situación:

Sensación Física	Intensidad de la sensación física (Use la escala 0-100 que se define a continuación)	Ansiedad relativa a la sensación física (Use la escala 0-100 que se define a continuación)
Presión en pecho		
Ritmo cardíaco acelerado		
Temblores		
Dificultad para respirar		
Tensión muscular		
Náuseas		
Mareado, aturdido		
Débil, inestable		
Sensación de calor, sudoroso		
Sequedad de boca		

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 5.3 (página 2 de 2)

2. Describa brevemente la situación ansiosa: _____

Registre el nivel de ansiedad en la situación (escala 0-100): _____

Listado de sensaciones físicas experimentadas en la situación:

Sensación Física	Intensidad de la sensación física (Use la escala 0-100 que se define a continuación)	Ansiedad relativa a la sensación física (Use la escala 0-100 que se define a continuación)
Presión en pecho		
Ritmo cardíaco acelerado		
Temblores		
Dificultad para respirar		
Tensión muscular		
Náuseas		
Mareado, aturdido		
Débil, inestable		
Sensación de calor, sudoroso		
Sequedad de boca		

Instrucciones de la escala de valoración: Escala de Intensidad de Sensaciones Físicas, 0 = casi no se ha advertido la sensación; 50 = sensación intensa; 100 = dominante, sensación de sobrecarga.

Ansiedad sobre las sensaciones físicas: 0 = no se ha sentido ninguna ansiedad por percibir esa sensación; 50 = preocupación considerable por tener esta sensación; 100 = intensamente ansioso, con pánico por tener esta sensación

Apéndice 5.4

Formulario de Auto-Monitoreo de Pensamientos Aprensivos

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por favor anote cualquier situación que haya conllevado un aumento de ansiedad. Tras valorar el nivel de ansiedad experimentado en la segunda columna, escriba las respuestas a las preguntas formuladas en las siguientes columnas, teniendo en consideración lo que pensaba y sentía en la situación. Trate de cumplimentar este formulario mientras se encuentre en la situación ansiosa o tan pronto como le sea posible.

Situación provocadora de ansiedad [Describa brevemente la situación e incluya fecha y hora del día]	Nivel medio de ansiedad [Escala 0-100]	Peor resultado posible [¿Qué es lo peor que podría ocurrir, independientemente de que sea o no realista?]	¿Qué fallaba en la situación? [¿Qué le desconcierta de la situación o de su forma de sentir o comportarse? ¿Cómo podrían comportarse los demás con usted que le molestaría?]	Pensamientos ansiosos inmediatos [¿Cómo podría cambiar la situación para aliviar su ansiedad? ¿Qué podría cambiar usted o los demás para aliviar su ansiedad?]
1.				
2.				

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 5.5

Listado de Comprobación de Sensaciones Físicas

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: A continuación encontrará un listado de las sensaciones físicas que pueden experimentarse en los períodos de mucha ansiedad o durante las crisis de angustia. Por favor, indique la intensidad de la sensación física durante un episodio típico de ansiedad o crisis de angustia. El listado debería ser cumplimentado mientras sienta la ansiedad o poco tiempo después de haberla sufrido. Asimismo, rodee con un círculo la reacción física o sensación que advirtió en primer lugar durante el período de ansiedad.

Sensación Física	Ausente	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
Músculos tensos					
Dolor muscular					
Debilidad					
Calambres, espasmos musculares					
Adormecimiento de manos, pies (o sensaciones de pinchazos)					
Hormigueo en manos y pies					
Náusea					
Calambres en el estómago					
Indigestión					
Urgencia de orinar					
Diarrea					
Congestión nasal o acumulación de mucosidad en nariz o garganta					
Sequedad bucal					

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 5.5 (página 2 de 2)

Sensación Física	Ausente	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
Dificultad para respirar profundamente o para tomar aire					
Siente constreñida la garganta (como si estuviera obstruida)					
Presión en el pecho					
Dolor en el pecho					
Palpitaciones					
Arritmia, el corazón pierde una palpitación					
Temblores					
Sensación de inquietud, nervios					
Sentimientos de irrealidad					
Sacudidas musculares					
Mareo					
Sensación de aturdimiento					
Sensación de desmayo					
Desequilibrio, dificultad para permanecer de pie					
Sofocos o sensación de quedarse helado					
Sudores					
Otras sensaciones (señale cuáles)					

Apéndice 5.6

Errores y Sesgos Comunes en la Ansiedad

A continuación se presenta una relación de errores de pensamiento que son habituales cuando las personas sienten miedo o ansiedad. Puede comprobar si usted ha cometido algunos de estos errores cuando se siente ansioso, pero es poco probable que cometa todos los errores cada vez que siente ansiedad. Revise el listado de errores con sus definiciones y ejemplos. Haga una señal al lado del que sea particularmente relevante para usted. Observará que los errores se solapan, porque todos ellos se refieren a los diferentes aspectos de la sobreestimación de la amenaza y de la subestimación de la seguridad en situaciones de ansiedad. Después de leer todo el listado, vaya a la siguiente página donde encontrará un formulario que podrá usar para ser más consciente de sus propios errores cuando se sienta ansioso.

Error de pensamiento	Definición	Ejemplos
Catastrofizar	Focalizarse en el peor resultado posible de la situación ansiosa	- Pensar que la presión en el pecho es señal de ataque al corazón - Asumir que sus amigos piensan que su comentario es estúpido - Pensar que será despedido por cometer un error en el informe
Saltar a conclusiones	Esperar que el resultado temido sea extremadamente probable	- Esperar suspender el examen por inseguridad en una pregunta - Predecir que se quedará en blanco durante el discurso - Prever que se sentirá extremadamente ansioso si hace el viaje
Visión de túnel	Focalizarse sólo en la posible información relevante para la amenaza al mismo tiempo que se ignoran las pruebas de seguridad	- Advertir que una persona parece aburrida mientras usted habla en una reunión - Advertir una gota de orina en el suelo de un baño muy limpio - Persona con TEPT de combate experimenta recuerdos e imágenes mientras ve una noticia de un lugar geográfico distante
Propensión a la aproximación	Tendencia a asumir que la amenaza es inminente (inmediata)	- Un individuo con TOC está convencido de la posible contaminación, incluso aunque pasee a varios metros de un vagabundo - Un individuo propenso a preocuparse está convencido de que será despedido en cualquier momento - La persona con miedo a vomitar se preocupa porque tiene una sensación "inestable" en el estómago
Razonamiento emocional	Suponer que cuanto mayor sea la ansiedad, mayor es la amenaza real	"Volar debe ser peligroso porque siento tanta ansiedad cada vez que vuelo" - La persona con pánico asume que la probabilidad de "perder el control" es mayor cuanto mayor sea la ansiedad que siente - El individuo propenso a preocuparse está aún más convencido de que algo malo va a ocurrir porque se siente ansioso
Pensamiento de todo o nada	La amenaza y la seguridad se ven de forma rígida, en términos absolutos de presentes o ausentes	- La persona con dudas obsesivas está constantemente preocupada de no haber apagado completamente una luz - La persona con ansiedad social está convencida de que, si habla en la reunión, sus colegas de trabajo pensarán que es incompetente - La persona que experimenta un trauma pasado está convencida de que debe evitar cualquier cosa que le recuerde al incidente pasado

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 5.6 (página 2 de 2)
Identificar los Errores del Pensamiento Ansioso

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Teniendo como referencia el documento “**Errores y Sesgos Comunes en la Ansiedad**” de la página anterior, use el formulario que se presenta a continuación para describir sus propios errores de pensamiento que se producen cuando se siente ansioso. Por favor, concéntrase en cuáles son sus pensamientos en las situaciones ansiosas o cuando anticipa una de estas situaciones. Fíjese preferentemente en sus pensamientos aprensivos inmediatos más que en las reconsideraciones secundarias de la situación.

Error de pensamiento	Ejemplos de mis propios errores de pensamiento ansioso
Catastrofizar	_____ _____ _____
Saltar a conclusiones	_____ _____ _____
Visión de túnel	_____ _____ _____
Propensión a la aproximación	_____ _____ _____
Razonamiento emocional	_____ _____ _____
Pensamiento de todo o nada	_____ _____ _____

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 5.7

Listado de Respuestas Conductuales ante la Ansiedad

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: A continuación encontrará una relación de diversos modos en los que las personas tienden a responder ante la ansiedad. Por favor, indique la frecuencia con la que ejecuta cada una de estas respuestas *cuando usted siente ansiedad*, señale también la eficacia de la estrategia para reducir o eliminar los sentimientos de ansiedad y si cree que la estrategia, inintencionadamente, produce la persistencia de la ansiedad.

Descripciones de la escala: ¿Con qué frecuencia ejecuta usted esta respuesta en la situación ansiosa? [0 = nunca, 50 = durante la mitad del tiempo, 100 = durante todo el tiempo]. Cuando ejecuta esta respuesta, ¿con qué grado de efectividad reduce su ansiedad? [0 = ninguna, 50 = moderadamente efectiva para reducir la ansiedad, 100 = elimina completamente mi ansiedad]. Teniendo en cuenta toda su experiencia, ¿en qué medida cree que esta respuesta contribuye a la persistencia de la ansiedad? [0 = no contribuye de ninguna manera, 50 = tiene una contribución moderada, 100 = es un factor muy importante en la persistencia de mi ansiedad].

Respuestas Conductuales y Emocionales	Frecuencia [Escala 0-100]	Efectividad para Reducir Ansiedad [Escala 0-100]	Aumenta la Persisten- cia de la Ansiedad [Escala 0-100]
1. Trato de relajarme físicamente (p. ej., relajación muscular, respiración controlada, etc.)			
2. Evito situaciones que provocan ansiedad			
3. Abandono las situaciones cuando siento ansiedad			
4. Tomo medicación prescrita			
5. Busco confirmación, apoyo del cónyuge, familia o amigos			
6. Inicio un ritual compulsivo (p. ej., comprobar, lavar, contar)			
7. Me distraigo con actividades			
8. Suprimo los pensamientos (es decir, contengo mis sentimientos)			
9. Consumo alcohol, marihuana u otras drogas			
10. Me emociono mucho, lloro			
11. Tengo un brote de ira			

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 5.7 (página 2 de 2)

Respuestas Conductuales y Emocionales	Frecuencia [Escala 0-100]	Efectividad para Reducir Ansiedad [Escala 0-100]	Aumenta la Persisten- cia de la Ansiedad [Escala 0-100]
12. Me pongo físicamente agresivo			
13. Hablo o actúo con más rapidez, de un modo apresurado			
14. Me callo, me distancio de los demás			
15. Solicito ayuda médica/profesional (p. ej., llamo al terapeuta o al médico de cabecera; acudo al servicio de urgencias)			
16. Recorro a Internet para hablar con un amigo u obtener información			
17. Reduzco el nivel de actividad física			
18. Descanso, duermo			
19. Me esfuerzo por buscar una solución para el problema que origina la ansiedad			
20. Rezo, medito en un esfuerzo por reducir los sentimientos de ansiedad			
21. Fumo un cigarrillo			
22. Tomo una taza de café			
23. Participo en un juego de azar			
24. Ejecuto una actividad que me proporcione placer			
25. Ingiere alimentos reconfortantes (p. ej., mi comida basura preferida)			
26. Busco algún lugar que me permita sentirme seguro, no ansioso			
27. Escucho música relajante			
28. Veo televisión o vídeos (DVDs.)			
29. Hago algo relajante (p. ej., me tomo un baño o ducha caliente, me tomo un masaje)			
30. Busco a una persona que me haga sentirme bien, tranquila, sin ansiedad			
31. No hago nada, me limito a dejar que la ansiedad "se consuma a sí misma"			
32. Efectúo ejercicio físico (p. ej., acudo al gimnasio, corro)			
33. Leo material espiritual, religioso o de meditación (p. ej., la Biblia, poesía, libros de inspiración)			
34. Voy de compras (compro cosas)			

Apéndice 5.8

Formulario A de Auto-Monitoreo de la Preocupación

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Recurriendo al formulario que se presenta a continuación, por favor, señale las preocupaciones que le surjan asociadas a la ansiedad. En la primera columna anote algunas ocasiones en las que se sienta ansioso, a continuación valore la intensidad de la ansiedad en una escala de 0 a 100, y después trate de captar su primer pensamiento aprensivo (ansioso) en esa situación. Puede retroceder al **Formulario de Auto-Monitoreo de Pensamientos Aprensivos** si necesita ayuda para identificar el pensamiento aprensivo. En la columna final describa cualquier cosa que le preocupe con respecto a la situación, así como la duración de la preocupación (cantidad de minutos u horas).

Situación Ansiosa [Describa brevemente la situación e incluya fecha y hora]	Intensidad de la Ansiedad [Escala 0-100]	Primer Pensamiento Aprensivo (Ansioso)	Contenido de la Preocupación [¿Hay algo que le preocupe con respecto a la situación o a los efectos de la ansiedad? ¿Hay alguna consecuencia negativa que le preocupe? ¿Durante cuánto tiempo se preocupó?]
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 5.9

Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: A continuación encontrará una relación de varios modos con los que las personas tratan de controlar sus pensamientos ansiosos y de preocupación. Por favor, indique con qué frecuencia recurre usted a cada respuesta cuando se siente ansioso y qué efectividad tiene esa estrategia para reducir o eliminar los pensamientos ansiosos.

Descripciones de la escala: ¿Con qué frecuencia inicia usted esta respuesta en situación ansiosa? [0 = nunca, 50 = durante la mitad del tiempo, 100 = durante todo el tiempo]. Cuando pone en marcha esta estrategia cognitiva, ¿con qué grado de efectividad reduce o elimina los pensamientos ansiosos? [0 = ninguna, 50 = moderadamente efectiva para reducir la ansiedad, 100 = elimina completamente los pensamientos ansiosos].

Respuesta de Control Cognitivo al Pensamiento Ansioso	Frecuencia de Uso de Estrategia [Escala 0-100]	Efectividad para Reducir Pensamiento Ansioso [Escala 0-100]
1. Intencionadamente trato de no pensar en lo que me preocupa o aumenta mi ansiedad.		
2. Me digo que todo estará bien, que todo saldrá bien.		
3. Trato de racionalizar la ansiedad; busco razones que indiquen que mis preocupaciones ansiosas son irreales.		
4. Trato de distraerme pensando en alguna otra cosa.		
5. Trato de sustituir el pensamiento ansioso con un pensamiento más positivo o reconfortante.		
6. Me hago comentarios críticos o negativos por sentir ansiedad.		
7. Me digo a mí mismo que simplemente “deje de pensar” de este modo.		
8. Pienso en una frase u oración reconfortante.		
9. Rumio sobre el pensamiento ansioso o la preocupación; reviso mentalmente una y otra vez lo ocurrido en el pasado o lo que podría ocurrir en el futuro.		
10. Cuando comienzo a sentir ansiedad, trato de eliminar los sentimientos para no parecer nervioso o molesto.		

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 5.10

Formulario de Revaloración de la Ansiedad

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por favor, cumplimente el formulario que se presenta a continuación para registrar su punto de vista cuando siente ansiedad y cuando no siente ansiedad. Cuando siente ansiedad, describa el peor resultado posible que más teme y valore la probabilidad sentida entre 0 (ninguna probabilidad de que ocurra) y 100 (espero absolutamente que ocurra). A continuación indique cómo cree que podría afrontar la ansiedad y valore su nivel de confianza en usted mismo de 0 (ninguna confianza) a 100 (confianza absoluta). Después de esto conteste a las mismas preguntas cuando no esté ansioso. Cuando revisa las situaciones ansiosas, ¿qué resultado espera y qué capacidad percibe para afrontar su ansiedad?

CON Sentimientos de Ansiedad		SIN Sentimientos de Ansiedad	
Resultado temido [Describa el peor resultado y valore su probabilidad 0-100]	Capacidad para Afrontar la Ansiedad [Describa su capacidad de afrontamiento y confianza 0-100]	Resultado esperado [Describa el resultado más probable y valore su probabilidad 0-100]	Capacidad para Afrontar la Ansiedad [Describa su capacidad de afrontamiento y confianza 0-100]

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 5.11

Diagrama de Conceptualización Cognitiva de Caso de Ansiedad

Nombre: _____ Fecha: _____

A. INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA ACTUAL

[Basada en ADIS o SCID; la duración se refiere al tiempo de instauración del presente trastorno]

Diagnóstico primario del Eje I: _____ Duración: _____

Diagnóstico secundario del Eje I: _____ Duración: _____

Diagnóstico terciario del Eje I: _____ Duración: _____

Diagnósticos subclínicos adicionales: _____

Número de episodios del diagnóstico primario: _____

B. PERFIL DE SÍNTOMAS

Total del Inventario de Ansiedad de Beck: _____ Total del Inventario II de Depresión de Beck: _____

Listado de Cogniciones – Ansiedad: _____ Listado de Cogniciones – Depresión: _____

Puntuación Total de la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (opcional): _____

Total del Cuestionario de Estados de Preocupación de Penn: _____

Media de Ansiedad Diaria Pretratamiento (sumatorio de valoraciones de una semana/7): _____

C. PERFIL DE RESPUESTA INMEDIATA DE MIEDO

Análisis Situacional	
<u>Enumere los estímulos provocadores externos primarios</u>	<u>Enumere los estímulos provocadores internos/cognitivos primarios</u>
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
5. _____	5. _____



Primeros Pensamientos/Imágenes Aprensivos
Enumere los principales pensamiento/imágenes ansiosos automáticos [presentes durante el episodio de ansiedad]
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 5.11 (página 2 de 3)

Hiperactivación Psicológica Percibida	
<u>Enumere los síntomas/sensaciones físicas primarias</u>	<u>Malinterpretación de Sensación/Síntoma</u>
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
5. _____	5. _____



Respuestas Inhibitorias/Defensivas Automáticas	
<u>Enumere las defensas conductuales primarias</u>	<u>Enumere las defensas cognitivas primarias</u>
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
* Señale con asterisco las defensas que tengan función de búsqueda de seguridad	



Errores Cognitivos Primarios [Evidenciados durante episodios ansiosos]	
<u>Tipo de error cognitivo</u>	<u>Ejemplo real de error de la evaluación del cliente</u>
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
5. _____	5. _____

D. PERFIL DE REVALORACIÓN SECUNDARIA

Principales Estrategias Conductuales y Emocionales de Afrontamiento	
<u>Describe brevemente la estrategia de afrontamiento</u>	<u>Efecto percibido en la reducción de la ansiedad</u>
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
5. _____	5. _____
* Señale con un asterisco las estrategias que tengan la función de búsqueda de seguridad.	



Apéndice 5.12

Resumen Breve de Referencia del Capítulo 5: Evaluación Cognitiva de la Ansiedad

I. Dirigir entrevista diagnóstica (ADIS-IV o SCID-IV)

II. Evaluar el perfil de síntomas

Inventario de Ansiedad de Beck (puntuación de corte 10+), Listado de Cogniciones –subescala de Ansiedad (M = 18.13, SD = 10.06 para diagnóstico primario de trastorno de ansiedad)*, Cuestionario de Estados de Preocupación de Penn (puntuación de corte 45+), Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (M = 19.1, SD = 9.11 para no-clínicos; M = 36.4, SD = 10.3 para trastorno de angustia)+, BDI-II (puntuación de corte 14 +), Valoración del Estado Anímico Cotidiano (Apéndice 6.1 – Valoraciones Diarias de Ansiedad y Registro de Situación); medidas opcionales (HRSA, DASS, STAI).

III. Perfil de Activación Inmediata de Miedo

1. **Análisis Situacional** (evaluar estímulos ambientales, interoceptivos y cognitivos provocadores de ansiedad; usar Apéndice 5.2 – Formulario de Análisis Situacional; descripción detallada, valoración de intensidad y duración de ansiedad, respuestas de escape/evitación, señales provocadoras específicas; comenzar durante la sesión y posteriormente asignar como auto-monitoreo)
2. **Evaluar los Primeros Pensamientos Aprensivos** (ofrecer explicación ilustrativa que se presenta en el Capítulo 5; probar –“¿Qué es lo peor que podría ocurrir?”, “¿Qué le preocupa de la situación?”; usar Apéndice 5.4 – Registro de Pensamientos Aprensivos para auto-monitoreo; comenzar con prueba durante la sesión)
3. **Activación Autónoma Percibida** (respuestas fisiológicas típicas y su interpretación; usar Apéndice 5.3 – Formulario de Auto-Monitoreo de Sensaciones Físicas o Apéndice 5.5 –Listado ampliado de Sensaciones Físicas para auto-monitoreo; durante la sesión y auto-monitoreo)
4. **Respuestas Defensivas Automáticas** (examinar la evitación cognitiva automática, búsqueda de confirmación, compulsiones, lucha/huida inmediata, evita contacto ocular, desmayos, búsqueda automática de seguridad, etc.; completar durante la sesión y observación)
5. **Errores Cognitivos de Procesamiento** (ofrecer al cliente el listado de errores habituales –Apéndice 5.6 y recurrir a la Identificación de Errores de Pensamiento Ansioso para descubrir los errores típicos del cliente; completar durante la sesión)

IV. Perfil de Respuesta Elaborativa Secundaria

1. **Evaluar Respuestas de Afrontamiento** (diagnosticar las respuestas conductuales y emocionales de afrontamiento cuando el cliente esté ansioso; usar Apéndice 5.7– Listado de Respuestas Conductuales ante la Ansiedad durante la sesión)
2. **Evaluar la función de Búsqueda de Seguridad de las Respuestas de Afrontamiento** (identificar las respuestas usadas para restablecer sensación de seguridad y sus efectos sobre la ansiedad; completar durante la sesión)
3. **Identificar los Enfoques Constructivos Adaptativos ante la Ansiedad** (cualquier muestra de que el cliente dispone de vías sanas para afrontar la ansiedad en otras situaciones; completar durante la sesión)

4. **Evaluar la Función de la Preocupación** (recurrir al Apéndice 5.8 – Formulario A de Auto-Monitoreo de la Preocupación para evaluar el contenido de la preocupación; determinar su efecto sobre la ansiedad; completar durante la sesión)
5. **Identificar las Estrategias Cognitivas de Afrontamiento** (utilizar el Apéndice 5.9 – Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad para identificar confianza y efectividad percibida de las respuestas cognitivas maladaptativas como la supresión del pensamiento, la búsqueda de confirmación, detención del pensamiento, etc.; completar durante la sesión)
6. **Obtener Descripción de la Revaloración de la Amenaza** (recurrir al Apéndice 5.10 –Formulario para Revaloración de la Amenaza para obtener las valoraciones ansiosas y no ansiosas; posteriormente se convierte en objetivo del tratamiento; completar durante la sesión)

V. Completar Formulación de Caso (utilizar Apéndice 5.11 – Diagrama de Conceptualización Cognitiva de Caso de Ansiedad)

- * Steer, R.A., Beck, A.T., Clark, D.A., & Beck, J.S. (1994). Psychometric properties of the Cognitions Checklist with psychiatric outpatients and university students. *Psychological Assessment*, 6, 67-70.
- + Antony, M.M. (2001). Measures for panic disorder and agoraphobia. In: M.M. Antony, S.M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 95 –125). New York: Kluwer Academic/Plenum.

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

6

Intervenciones cognitivas para la ansiedad

El coraje no es la falta de miedo sino la capacidad para afrontarlo.

LT. JOHN B. PUTNAM JR. (23 años, Soldado de las Fuerzas Aéreas Americanas asesinado en la II Guerra Mundial)

Pierre era un hombre casado de 33 años de edad con dos hijos en edad preescolar y un historial de 15 años de trastorno de angustia y un único episodio de depresión mayor en remisión. El tratamiento pasado había consistido fundamentalmente en farmacoterapia que se demostró bastante efectivo para reducir su depresión pero que había tenido un menor impacto sobre sus síntomas de ansiedad. Pierre mostraba ahora interés por participar en un proceso de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para la ansiedad y los síntomas de angustia.

Durante la entrevista de ingreso Pierre satisfacía los criterios del trastorno de angustia. Informaba de, como mínimo, cinco crisis plenas de angustia durante el último mes las cuales habían conllevado palpitaciones, sudores, náuseas, falta de aire, sofocos, mareos y aturdimiento. La náusea era la sensación física inicial que a menudo precipitaba la crisis de angustia. Pierre temía que la náusea le llevara a vomitar. Su mayor miedo era a perder el control y

a vomitar en un contexto público. En consecuencia se mostraba hipervigilante a cualquier señal de náusea o molestias abdominales. Descubrió que las situaciones sociales eran las más propensas a provocar la náusea y los elevados niveles de ansiedad y por ello tendía a evitar estas situaciones o a abandonarlas tan pronto como aparecían las molestias abdominales. A consecuencia de su aprendizaje por el aumento de ansiedad y angustia, Pierre desarrolló síntomas agorafóbicos limitados para evitar el riesgo de pánico.

La principal base cognitiva de la ansiedad de Pierre era su creencia de que “sentir náusea o molestias abdominales en el contexto público podría causarle vómitos o, por lo menos ansiedad intensa o pánico”. Sus malinterpretación catastrófica de la náusea no se relacionaba con el miedo a vomitar *per se* (es decir, no temía enfermar), sino a sufrir una crisis de angustia que le llevara a sentirse avergonzado por vomitar en público. Sólo podía recordar un incidente en el que había vomitado en respuesta a una crisis grave de angustia. Parece que este incidente hubiera podido estar originado por un aumento de su medicación. Más recientemente parecía que la ansiedad podía estar generalizándose a otras situaciones como volar, alejarse del domicilio familiar y dormir.

Pierre desarrolló una serie de estrategias de afrontamiento para minimizar su ansiedad. Aunque la huida y la evitación constituían su respuesta dominante de búsqueda de seguridad, monitoreaba cuidadosamente todo lo que ingería, se sentaba siempre en las filas posteriores, próximas a la salida, en los encuentros y, cada vez que salía de casa, siempre llevaba consigo clonazepam. La valoración exagerada de amenaza asociada con la náusea no se observaba en otras áreas de su vida. Era un ávido jugador de *checkers* que seguía practicándolo en el equipo senior de hombres. Por ello regularmente se enfrentaba al peligro de sufrir accidentes, pero esto no le hacía sentir ni la mínima ansiedad. La sensación de náusea o molestias abdominales era, por el contrario, lo que se asociaba con las valoraciones de amenaza o peligro inaceptable.

La terapia se centró en la malinterpretación catastrófica que hacía Pierre de la náusea. La exposición *in vivo* era de valor limitado porque Pierre ya se venía forzando a sí mismo a situaciones ansiosas, aunque muchas veces las abandonaba cuando comenza-

ba a preocuparse por la náusea. La exposición interoceptiva no fue utilizada por la dificultad de provocar sensaciones de náusea en el contexto controlado. En lugar de esto, en terapia se recurrió fundamentalmente a las estrategias de intervención cognitiva que contemplaban la valoración errónea de la náusea, la creencia disfuncional de que la náusea provocaría la angustia y el vómito y la creencia de que la huida era el medio más efectivo de garantizar la seguridad. Las primeras estrategias de intervención cognitiva empleadas fueron la psicoeducación relativa al modelo de terapia cognitiva para la angustia, la recogida de pruebas, la generación de interpretaciones alternativas y la puesta en prueba de hipótesis empíricas. Tras ocho sesiones, Pierre manifestaba una reducción significativa de la angustia incluso ante el aumento de exposición a situaciones que provocaban ansiedad. Los síntomas de ansiedad general mostraban alguna mejoría, aunque en menor grado. La terapia se mantuvo centrada en otros problemas relacionados con su nivel general de ansiedad y con los síntomas depresivos como son la falta de confianza en sí mismo y el pesimismo.

En este capítulo describimos la terapia cognitiva para las valoraciones y creencias maladaptativas que contribuyen a la persistencia de la ansiedad. Comenzamos por la finalidad y objetivos fundamentales que subyacen a las intervenciones cognitivas. Esto va seguido por un comentario respecto a cómo educar al cliente sobre el modelo cognitivo y cómo enseñarle destrezas para la identificación de pensamientos y valoraciones ansiosas automáticas. A continuación describimos el uso de la reestructuración cognitiva para modificar las valoraciones exageradas de amenaza y vulnerabilidad así como la necesidad de eliminar las respuestas intencionadas de control del pensamiento. La puesta en prueba de las hipótesis empíricas se describe a continuación como la estrategia de intervención cognitiva más potente para modificar la cognición ansiosa. El capítulo concluye con una breve consideración de algunas de las intervenciones cognitivas más modernas como el entrenamiento atencional, la intervención metacognitiva, el reprocesamiento imaginario, la conciencia plena y la difusión cognitiva que parecen ser prometedores para la terapia cognitiva de la ansiedad.

Principales objetivos de las intervenciones cognitivas

Las estrategias de tratamiento cognitivo descritas en este capítulo se basan en el modelo cognitivo de ansiedad presentado en el Capítulo 2 (véase Figura 2.1). Están diseñadas para tratar los pensamientos, valoraciones y creencias ansiosas subrayadas en la evaluación y conceptualización del caso (véase Capítulo 5). Las intervenciones cognitivas buscan modificar la perspectiva del cliente de peligro y vulnerabilidad personal exagerados a una perspectiva de amenaza mínima aceptable y capacidad percibida de afrontamiento. Son seis los principales objetivos de las intervenciones cognitivas para la ansiedad.

Cambiar el foco de la amenaza

Uno de los principales objetivos de las intervenciones cognitivas es alejar el foco de atención del cliente de los estímulos o situaciones internas o externas que causan miedo y ansiedad. La mayoría de los individuos con un trastorno de ansiedad acuden a terapia creyendo que la causa de su ansiedad está en la situación que provoca sus episodios ansiosos. Por ejemplo, los individuos con trastorno de angustia creen que están ansiosos porque sufren una presión en el pecho que podría ser un ataque al corazón, mientras que los individuos TAG creen que la causa de su ansiedad es la posibilidad real de experiencias vitales negativas en un futuro próximo. Como consecuencia de esta creencia, los individuos ansiosos buscan intervenciones que alivien lo que consideran la fuente de su ansiedad. La persona con trastorno de angustia busca eliminar el dolor o presión del pecho, eliminando consecuentemente la posibilidad de un ataque al corazón, mientras que la persona con fobia social puede buscar señales de que no está siendo negativamente evaluado. Una de las primeras tareas de la terapia cognitiva es guiar a los clientes al reconocimiento de que los estímulos situacionales y posibilidades percibidas de resultados terribles no son la causa de su ansiedad. Esto se logra mediante intervenciones como la reestructuración cognitiva y la puesta en prueba de hipótesis empíricas, que se comentarán a continuación.

Es fundamental que el terapeuta cognitivo evite cualquier esfuerzo por persuadir verbalmente a los clientes ansiosos de su amenaza ansiosa. Esta recomendación de no tratar de modificar verbalmente

el contenido de la amenaza del cliente fue subrayada por Salkovskis (1985, 1989) para el tratamiento de las obsesiones. Por lo tanto, el terapeuta no debe participar en debates verbales sobre la posibilidad de sufrir o no un ataque al corazón, de asfixiarse, de contaminar a los demás con algún germen mortal, de cometer un error, de ser negativamente evaluado en una situación social, de ser víctima de otra agresión o de experimentar algún resultado negativo en el futuro. Después de todo, cualquier argumento inteligente que pueda ser propuesto por el terapeuta será inmediatamente rechazado por el cliente porque los errores también ocurren, las personas pueden ser víctimas de enfermedades por contagio e, incluso, hay jóvenes que mueren por un ataque al corazón. La realidad muestra que la amenaza no puede eliminarse por completo. En el mejor de los casos tales debates persuasivos sólo se añadirán a la confirmación tranquilizadora que proporciona un alivio temporal de la ansiedad y, en el peor de los casos, provocarán el rechazo definitivo del cliente de la efectividad de la terapia cognitiva. Por todo esto, para que la terapia cognitiva tenga éxito es básico que la terapia evite el foco directo sobre el contenido de la amenaza del cliente.

Pauta clínica 6.1

Conviene evitar cualquier intento de persuasión lógica que aborde directamente el contenido primario de la amenaza. Tales intentos minarán la efectividad de la terapia cognitiva y derivarán en la persistencia del estado ansioso.

Atención dirigida a las valoraciones y creencias

La perspectiva cognitiva contempla la ansiedad en términos de un sistema de procesamiento de información que exagera la probabilidad y gravedad de la amenaza, minimiza la capacidad personal para afrontarla y no reconoce los aspectos de seguridad (es decir, Rachman, 2006). Un objetivo importante de la terapia cognitiva es, por lo tanto, modificar el foco de atención de los clientes del contenido de la amenaza al modo en que se valora o evalúa ésta. Para que la terapia cognitiva sea efectiva, el cliente debe aceptar el modelo cognitivo

(es decir, la explicación del tratamiento) según el cual la ansiedad se deriva de sus pensamientos, creencias y valoraciones erróneas de la amenaza y no del contenido mismo de la amenaza.

Este enfoque de la ansiedad reconoce que los individuos con un trastorno de ansiedad, a menudo, no adoptan una valoración racional y realista de los peligros relacionados con sus preocupaciones ansiosas, especialmente durante los estados ansiosos. De hecho, los individuos ansiosos reconocen muchas veces que un peligro es muy improbable, incluso imposible. Sin embargo, el problema es que valorarán un peligro incluso remoto (1/1.000.000.000) como un riesgo inaceptable. Por consiguiente, el terapeuta cognitivo debe centrar su atención en los pensamientos, valoraciones y creencias relativas a la amenaza (p. ej., sensaciones de náusea) y vulnerabilidad y evitar el contenido *per se* de la amenaza. A continuación se presenta un fragmento clínico que ilustra cómo puede lograrse este cambio en la orientación terapéutica con una persona que sufre fobia social:

TERAPEUTA: Al revisar su diario, observo que la semana pasada se sintió muy ansioso en relación a una reunión que tuvo con sus compañeros de trabajo.

CLIENTE: Sí, la ansiedad fue realmente intensa. Temía tanto que alguien me hiciera alguna pregunta.

TERAPEUTA: ¿Qué sería tan malo de eso?

CLIENTE: Temo decir alguna estupidez y que todos piensen que soy idiota.

TERAPEUTA: ¿Qué cree que le causaba la ansiedad relacionada con la reunión?

CLIENTE: Bueno, estaba ansioso ante la idea de que me formularan alguna pregunta y entonces yo respondiera alguna estupidez y todos pensarán mal de mí. [foco en el contenido de la amenaza]

TERAPEUTA: Parece que tenía pensamientos ansiosos del tipo a “qué ocurriría si me formulan una pregunta” y “qué ocurriría si digo alguna estupidez”. ¿Cree que otras personas que no sufren ansiedad social también tienen estos mismos pensamientos de vez en cuando?

CLIENTE: Bueno, supongo que lo hacen, pero yo me siento muy ansioso y ellos no.

TERAPEUTA: Efectivamente, ésa es una diferencia importante. Pero me pregunto si esta diferencia está originada por cómo evalúa usted estos pensamientos cuando los tiene y cómo evalúa una persona no ansiosa esos pensamientos referidos a una reunión laboral.

CLIENTE: No estoy seguro de entender lo que me dice.

TERAPEUTA: Cuando piensa “Me podrían formular alguna pregunta” y “Podría decir algo estúpido”, ¿qué probabilidad cree que tiene esto y cuál cree que podría ser la consecuencia o el resultado?

CLIENTE: Cuando estoy ansioso tiendo a estar plenamente convencido de que voy a decir algo estúpido y que todos los presentes pensarán que soy idiota.

TERAPEUTA: Por lo tanto, cuando tiene estos pensamientos ansiosos usted evalúa como muy alta la probabilidad de que ocurra (“usted dirá algo estúpido”) y que de ello se deriven consecuencias terribles (“todos pensarán que soy idiota”). ¿Considera que esto puede ser la fuente de su ansiedad, de que son estas valoraciones de probabilidad alta y graves consecuencias las que le originan la ansiedad? [foco en las valoraciones de la amenaza].

CLIENTE: Bien, no lo sé realmente. Yo siempre he creído que lo que me llevaba a estar ansioso es mi tendencia a decir estupideces cuando estoy rodeado de personas.

TERAPEUTA: Veamos si podemos descubrir más sobre este particular. Como tarea para casa, ¿tiene familiares o amigos próximos a quienes pueda preguntar si a ellos les preocupa decir algo estúpido en un contexto público? Sería interesante comprobar cómo valoran o qué piensan sobre estas situaciones y qué les ayuda a no sentirse ansiosos.

CLIENTE: Sí, podría hacerlo.

TERAPEUTA: ¡Muy bien! Veamos si el modo en que nosotros valoramos o pensamos sobre las situaciones (p. ej., “Probablemente diré algo estúpido y todos pensarán que soy un idiota”) es o no una causa importante de la ansiedad. Si estas valoraciones son importantes, entonces queremos cambiarlas como parte de nuestro tratamiento para la ansiedad social.

Pauta clínica 6.2

Un elemento clave de la terapia cognitiva para la ansiedad es enseñar a los clientes que la fuente de ansiedad persistente son sus valoraciones sesgadas de amenaza. El éxito de otras intervenciones cognitivas depende de que los clientes acepten esta formulación cognitiva o de procesamiento de información en la ansiedad.

Modificar la amenaza, la vulnerabilidad y las valoraciones y creencias sesgadas

En la terapia cognitiva de la ansiedad el principal objetivo de las intervenciones cognitivas es modificar las valoraciones exageradas de la amenaza y de la vulnerabilidad personal relacionadas con la preocupación ansiosa primaria, así como cambiar la perspectiva del cliente sobre los aspectos de seguridad de la situación. Las intervenciones cognitivas tienden a centrarse en los cuatro elementos clave de la falsa cognición.

- *Estimación de probabilidad:* ¿Cuál es la amenaza o peligro percibido? ¿Está generando el cliente una estimación exagerada de la probabilidad del peligro o amenaza?
- *Estimaciones de gravedad:* ¿Hay una evaluación sesgada de la gravedad del resultado o consecuencia percibida de la amenaza?
- *Estimaciones de vulnerabilidad:* ¿Cuál es el nivel de vulnerabilidad personal percibido cuando se halla en la situación ansiosa? ¿En qué medida exagera el cliente su debilidad percibida cuando está ansioso?
- *Estimaciones de seguridad:* ¿Qué información de seguridad está siendo ignorada o subestimada, generando una estimación a la baja de la seguridad percibida en la situación ansiosa?

Las valoraciones erróneas de amenaza y vulnerabilidad son evidentes en los pensamientos e imágenes aprensivos automáticos, en las malinterpretaciones de la activación fisiológica, en los errores cognitivos, en las defensas y estrategias de afrontamiento disfuncionales y en los síntomas primarios de preocupación identificados en la conceptualización del caso (véase Apéndice 5.11). En la Tabla 6.1 se ilustran las valoraciones típicas que se asocian con los trastornos de ansiedad.

Tabla 6.1. Ejemplos ilustrativos de valoraciones de amenaza, vulnerabilidad y seguridad asociados a trastornos ansiosos

Trastornos de Ansiedad	Valoraciones de probabilidad de amenaza	Valoraciones de gravedad de amenaza	Estimaciones percibidas de vulnerabilidad	Estimaciones sesgadas de seguridad
Trastorno de angustia	"Tengo dificultades para respirar; no consigo aire suficiente".	"¿Qué ocurriría si no puedo respirar y me asfixio?"	"No puedo manejar esta sensación de no poder respirar; es una experiencia terrible".	"No hay nadie a mi alrededor que pueda ayudarme. Estoy tan lejos del hospital. Necesito más oxígeno".
Trastorno de ansiedad generalizada	"Sólo sé que voy a hacerlo mal en la entrevista laboral".	"Voy a quedar tan mal; los entrevistadores se preguntarán cómo se me ha ocurrido solicitar este trabajo. Nunca encontraré un buen trabajo".	"Nunca hago bien las entrevistas. Me pongo tan ansioso que pierdo la concentración y acabo desordenándolo todo".	"Los entrevistadores se limitan a buscar una excusa para eliminarte. Además, ya han decidido no contratarte antes de que hayas comenzado con la entrevista".
Fobia social	"Las personas me miran y advierten que estoy temblando".	"Se preguntarán qué me ocurre; pensarán si sufro una enfermedad mental".	"No puedo afrontar estas situaciones sociales; me pongo demasiado ansiosa".	"No puedo disimular mi ansiedad ante los demás; ¿cómo no puede ver alguien que estoy ansiosa?"
Trastorno obsesivo-compulsivo	"Tengo la terrible sensación de no haber apagado la estufa".	"Si he dejado encendida la estufa, podría producirse un incendio".	"Soy propensa a cometer errores, a olvidar cosas y fácilmente hubiera podido dejar encendida la estufa".	"No tengo el recuerdo exacto de haberla apagado completamente. Debo comprobarlo y concentrarme bien en si el botón está completamente cerrado".
Trastorno por estrés postraumático	"Tengo que evitar las situaciones que me recuerdan al trauma porque sufriré recuerdos intrusos de lo que me ocurrió".	"Me siento tan indefenso, sólo y asustado cuando sufro estos pensamientos e imágenes intrusas de la emboscada. Estoy casi tan mal como cuando estaba en medio del tiroteo".	"Debo dejar de tener estos pensamientos y recuerdos intrusos de la emboscada. Y sin embargo no puedo controlarlos; se han apoderado de mi vida".	"El único momento en que puedo olvidarlo es mientras bebo. No hay escapatoria de los recuerdos, ni siquiera mientras duermo".

Una vez que las valoraciones sesgadas se hayan articulado debidamente en la terapia, el objetivo de las intervenciones cognitivas es llegar a una valoración más equilibrada y realista de la probabilidad y gravedad de la amenaza, de la capacidad real de la persona para afrontar la situación y si es o no más realista asumir la seguridad en lugar del peligro. Esta última perspectiva sólo puede alcanzarse ayudando a los clientes a abandonar sus prácticas maladaptativas de búsqueda de seguridad y a centrarse en aspectos de la situación ansiosa que denotan seguridad. Las intervenciones como la reestructuración cognitiva y la puesta en prueba de hipótesis empíricas se usan para lograr esta modificación de los pensamientos, imágenes y valoraciones ansiosas.

La atención dirigida a la modificación de las valoraciones de amenaza siempre ha estado en el centro de la terapia cognitiva para la ansiedad (p. ej., D.M. Clark, 1986b; Wells, 1997). Beck et al. (1985, 2005) afirman que la reestructuración cognitiva enseña a los clientes a sustituir las preguntas relativas al “por qué” ellos sienten ansiedad por “cómo” provocan ellos mismos su ansiedad (es decir, valoraciones de amenaza). Los últimos manuales de tratamiento cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad subrayan también el uso de las intervenciones cognitivas para modificar las valoraciones de amenaza (p. ej., Craske & Barlow, 2006; D.C. Clark, 2004; D.M. Clark, 1997; Rachman, 2003; Rygh & Sanderson, 2004; Taylor, 2006). Además, las pruebas de la literatura social experimental sobre la regulación de la emoción indican que la revaloración cognitiva como estrategia de afrontamiento se asocia con una mayor emoción positiva, menor emoción negativa y mejor salud psicológica (John & Gross, 2004). Por ello, nuestro énfasis en la revaloración de la amenaza y de la vulnerabilidad encuentra mucho apoyo en la literatura psicoterapéutica y experimental.

Pauta clínica 6.3

El foco principal de las intervenciones cognitivas se encuentra en la modificación de las estimaciones (valoraciones) exageradas de la probabilidad y gravedad de la amenaza así como de las evaluaciones de vulnerabilidad personal y falta de seguridad.

Normalizar el miedo y la ansiedad

La normalización de la ansiedad fue originalmente mencionada por Beck et al. (1985) en su capítulo sobre la modificación del componente afectivo de la ansiedad. En aquel momento la normalización de la ansiedad se subrayó como el modo de ayudar a los clientes para que no se sintieran tan absortos en sus síntomas ansiosos. Son tres los aspectos de la normalización de la ansiedad que deben ser considerados.

Normalización en relación a los demás. Las situaciones, pensamientos y sensaciones que se asocian a la ansiedad deberían ser normalizadas. Los individuos ansiosos, a menudo, se centran tanto en su propia experiencia de la ansiedad que no logran reconocer que estos fenómenos son casi universales. Por ejemplo, ¿con qué frecuencia experimentan las personas dolor de pecho o ahogo, preocupación por causar una mala impresión en los demás, dudas sobre sus acciones o decisiones, incertidumbre sobre la posibilidad de que ocurra un accidente o calamidad futura o recuerdos de alguna experiencia atemorizante? El terapeuta podría pedir a los clientes que consideren la “normalidad de la amenaza” e, incluso, recoger algunos testimonios sobre si los individuos no-ansiosos experimentan alguna vez la amenaza ansiosa. La finalidad de este ejercicio es apartar el foco del individuo del contenido de la amenaza como fuente de su ansiedad y dirigirlo a su valoración de la amenaza como principal elemento contribuyente a su estado de ansiedad.

Normalización en relación a las experiencias pasadas. El terapeuta debería examinar las experiencias pasadas de los clientes con las situaciones, pensamientos o sensaciones que ahora provocan su ansiedad. “¿Hubo algún tiempo en el que sentir presión en el pecho no le preocupara?”. “¿Siempre le ha preocupado tanto lo que piensen los demás de usted?”. “¿Hubo alguna época en la que la preocupación por lo gérmenes no le afectara tanto?”. Preguntando por el pasado, los clientes recordarán momentos en los que afrontaban mejor la amenaza percibida. Una vez más, esto modifica el foco de atención de “Yo soy una persona ansiosa” a “¿Qué hago ahora que haya provocado el empeoramiento de mi ansiedad?”.

Normalización en relación a las situaciones. Cuando evaluamos las situaciones que provocan ansiedad, el terapeuta cognitivo también

puede identificar otras situaciones que provocan los mismos pensamientos o sensaciones pero que no conducen a un episodio ansioso. Por ejemplo, cuando trabajamos con el trastorno de angustia, muchas veces, es útil preguntar si el cliente experimenta sensaciones físicas mientras hace ejercicio físico o ejecuta una actividad física demandante pero no siente ansiedad. De hecho, se podría pedir a los clientes que lo probaran como experimento conductual y que subrayaran las diferencias en sus valoraciones de las sensaciones físicas (véase comentario en el siguiente capítulo). Este tipo de normalización pone de manifiesto la naturaleza situacional y subraya la capacidad del cliente para afrontar los estímulos relacionados con la ansiedad cuando se producen en situaciones no-ansiosas. Refuerza también la perspectiva cognitiva de que la ansiedad se deriva de las valoraciones más que de los estímulos reales que provocan la ansiedad. (P. ej., “Cuando hace ejercicio físico y siente presión en el pecho, usted atribuye ésta al esfuerzo físico. Usted espera sentir presión mientras hace ejercicio físico. Pero cuando siente espontáneamente presión en el pecho, la atribuye a un posible ataque inminente. Se dice que algo falla, que eso no debería ocurrir. Por lo tanto cuando hace ejercicio físico interpreta la presión pectoral de un modo que no genera ansiedad, mientras que cuando la presión surge inesperadamente, usted interpreta las sensaciones de un modo que le conduce a sentir ansiedad, incluso pánico”).

Normalizar el miedo y la ansiedad es un objetivo importante de la terapia cognitiva para la ansiedad. No sólo refuerza el foco sobre las valoraciones de amenaza como fuente de ansiedad, sino que produce una actitud más optimista hacia la superación de la ansiedad. Se recuerda a los clientes que muchas veces reaccionan a la amenaza de un modo no-ansioso, incluso valiente. Como señalaba Rachman (2006), “En circunstancias especificables virtualmente cualquiera, incluidos los pacientes que sufren trastornos de ansiedad, pueden comportarse con valentía” (p. 7). En terapia cognitiva recordamos a los clientes que, a menudo, “apagan el programa de miedo” en muy diversas situaciones no relacionadas con su trastorno de ansiedad. En consecuencia, el objetivo del tratamiento es seguir construyendo sobre sus propias capacidades naturales para superar el miedo y aplicar estos recursos al trastorno de ansiedad.

Pauta clínica 6.4

La normalización del miedo y de la ansiedad, un elemento importante de la terapia cognitiva, se logra subrayando la universalidad de la amenaza, las experiencias pasadas del cliente con señales de ansiedad y la naturaleza situacional o variable de los estímulos que provocan la ansiedad.

Fortalecer la eficacia personal

En terapia cognitiva las intervenciones terapéuticas no sólo se centran en modificar las valoraciones erróneas de la amenaza sino también en corregir las falsas creencias sobre la vulnerabilidad personal e incapacidad percibida para manejar las propias preocupaciones ansiosas. El terapeuta cognitivo puede construir la perspectiva de la vulnerabilidad del cliente a partir de los primeros pensamientos aprensivos, respuestas defensivas automáticas, estrategias de afrontamiento y preocupaciones identificadas en la conceptualización cognitiva del caso. Un tema importante que se mantendrá vigente a lo largo del todo el curso del tratamiento es “Usted es más fuerte de lo que piensa” en lo que respecta a afrontar las preocupaciones ansiosas. Crear una mayor sensación de auto-eficacia (es decir, Bandura, 1977, 1989) mediante experiencias estructuradoras y subrayando la información que refuerza el control percibido o el dominio de la amenaza relacionada con la ansiedad son elementos críticos de la terapia cognitiva de la ansiedad que ayudarán a los clientes a superar la activación de esquemas de amenaza.

Durante el desarrollo de ejercicios de reestructuración cognitiva y puesta en prueba de hipótesis empíricas el terapeuta cognitivo subraya la diferencia entre la vulnerabilidad inicial estimada y el resultado real vinculado con la situación ansiosa. El objetivo es enseñar a los clientes que sus pensamientos y creencias iniciales sobre la vulnerabilidad son una representación falsa de la realidad que les lleva a sentirse más ansiosos y contribuye a las respuestas de evitación y afrontamiento inefectivo. El siguiente extracto clínico ilustra cómo puede desafiarse la vulnerabilidad percibida con un cliente que sufre ansiedad generalizada.

CLIENTE: Llevo preocupada varios días por la visita de mi hija. Me preocupa tanto que todo salga bien. Usted ya sabe que llevo mucho tiempo sin verla. Cuando se marchó de casa hace un par de años tuvimos una discusión muy fuerte. En aquel momento me juró que nunca más volvería a casa.

TERAPEUTA: ¿Qué es lo peor que podría ocurrir cuando la visite?

CLIENTE: Bueno, podría recordar el pasado y que iniciáramos entonces una discusión tremenda. Después se marcharía de casa y nunca volvería.

TERAPEUTA: Eso sería ciertamente un resultado terrible para usted. Ya sé cuanto quiere a su hija.

CLIENTE: He tratado de pensar cómo podría evitar una discusión.

TERAPEUTA: ¿Y a qué conclusión ha llegado?

CLIENTE: Básicamente a nada. Cada vez que trato de visualizar cómo va a salir y lo que yo haré si ella recuerda el pasado, todo lo que veo es ira, gritos y mi hija golpeando la puerta y marchándose de casa. [valoraciones y creencias de baja auto-eficacia]

TERAPEUTA: Parece como si se sintiera bastante inútil. ¿Cuando piensa así, qué ocurre con su ansiedad y preocupación?

CLIENTE: Acabo sintiéndome más ansiosa y preocupada por la visita.

TERAPEUTA: Por lo tanto, un efecto de pensar que usted es incapaz de manejar esta situación es que su ansiedad y preocupación aumentan considerablemente. ¿Cómo cree que todo esto afectará a las interacciones con su hija?

CLIENTE: No creo que me ayude de ninguna manera. Acabo sintiéndome tan asustada y confusa; probablemente acabaré soltando alguna estupidez cuando esté a mi lado que sólo empeorará las cosas.

TERAPEUTA: Muy bien, permítame hacer un resumen. Usted ha descrito las preocupaciones por la visita de su hija la próxima semana. Uno de los temas que se observa en la preocupación es “Soy incapaz de evitar el conflicto” y esta incapacidad le hace sentirse incluso más ansiosa y menos preparada para la visita de su hija. Pero me pregunto si usted es tan incapaz como piensa. Me pregunto si a usted le cuesta tanto como piensa afrontar la confron-

tación o la ira de su hija. Me gustaría sugerir un par de cosas. En primer lugar, revisemos algunas de sus experiencias pasadas con personas con las que se ha enfadado o a quienes se ha enfrentado y veamos cómo las manejó. ¿Es tan mala como cree afrontando estas situaciones? En segundo lugar, adoptemos un enfoque de resolución de problemas y anotemos, incluso ensayemos, algunas estrategias que podría usar con su hija cuando venga a visitarla. [La intervención terapéutica buscar contrastar la auto-eficacia percibida del cliente con los resultados reales en el pasado, a fin de subrayar la discrepancia y la exageración de la baja auto-eficacia percibida.]

CLIENTE: Eso suena bien. Estoy realmente preocupada por su visita.

Pauta clínica 6.5

El terapeuta se centra en la corrección de la auto-eficacia percibida para la ansiedad señalando que la discrepancia entre la capacidad percibida para afrontarla y los resultados reales del pasado contribuyen a la ansiedad. Además el terapeuta adopta un enfoque de resolución de problemas para ampliar el repertorio del cliente de recursos de afrontamiento efectivo y para fortalecer las experiencias que promuevan la auto-eficacia.

Enfoque adaptativo hacia la seguridad

En el Capítulo 3 hemos revisado la investigación empírica que indica que los pensamientos, creencias y conductas de búsqueda de seguridad son contribuyentes importantes a la ansiedad. Consecuentemente la gestión de los problemas relacionados con la búsqueda de seguridad es un tema fundamental en la terapia cognitiva de la ansiedad. En el tratamiento deben considerarse tres aspectos de la búsqueda de seguridad.

Valoraciones falsas de riesgo

Salkovskis (1996a) señalaba que la valoración de amenaza que conduce a la búsqueda de seguridad es un equilibrio entre la proba-

bilidad y gravedad percibidas de la amenaza, por una parte, y la capacidad de afrontamiento y otros factores de rescate percibidos, por el otro. Kozak, Foa y McCarthy (1988) comentaban que en el TOC se asume el riesgo salvo que existan pruebas de seguridad absoluta, mientras que en los estados no-ansiosos prevalece el punto de vista contrario, donde se asume la seguridad salvo que haya evidencias válidas de peligro. La persona con trastorno de angustia puede pensar que el ritmo cardíaco aumenta demasiado, o la persona TOC podría estar convencida de que cualquier suciedad observable es un presagio de enfermedad y destrucción. Esta estrategia confirmará el miedo del paciente al mismo tiempo que se pasará por alto cualquier muestra de seguridad que las desmienta.

Un objetivo importante de la terapia cognitiva es investigar con los clientes si sostienen falsas valoraciones y presunciones sobre el riesgo. ¿Qué es un “nivel aceptable de riesgo”? ¿“Se puede eliminar toda posibilidad de riesgo”? ¿“Qué efecto produce esto sobre la vida de la persona”? ¿“Viven las personas no-ansiosas con el riesgo”? ¿“Qué nivel de éxito ha tenido eliminando todo riesgo y a qué coste”? Estas son preguntas que el terapeuta cognitivo examina con los clientes al revisar sus diarios de auto-monitoreo en un esfuerzo por corregir la valoración maladaptativa del riesgo.

Fortalecer el procesamiento de búsqueda de seguridad

En las situaciones ansiosas hay muchos aspectos indicativos de seguridad, pero la persona ansiosa, a menudo, pasa por alto dicha información. Al revisar las asignaciones de tareas para casa, puede prestarse una atención particular a los elementos de seguridad que el cliente ha podido ignorar o minimizar. Además, a los clientes ansiosos se les puede pedir que registren intencionadamente cualquier información de seguridad que reciba en la situación ansiosa. Esta información de seguridad puede contrastarse con la información de amenaza, a fin de generar una revaloración más realista de la magnitud del riesgo asociado con una situación particular. A lo largo del tratamiento el terapeuta cognitivo debe estar vigilante a los sesgos que minimicen la seguridad y maximicen la amenaza, produciendo así un sesgo del procesamiento de información orientado a la amenaza.

Evitación disfuncional y conducta de búsqueda de seguridad

Un objetivo crítico de la terapia cognitiva para la ansiedad es la identificación y consecuente corrección de la conducta de evitación y búsqueda maladaptativa de seguridad que contribuye a la persistencia de la ansiedad. Como se ha mencionado en el apartado correspondiente a la conceptualización cognitiva del caso, estas estrategias de búsqueda de seguridad pueden ser de naturaleza cognitiva o conductual. Por ejemplo, los clientes con trastorno de angustia pueden recurrir a la respiración controlada cada vez que sienten ahogos para impedir la crisis de angustia y otra persona con ansiedad social puede evitar el contacto ocular en las interacciones sociales.

Muchas veces las respuestas de búsqueda de seguridad se han creado durante años y pueden surgir de formas bastante automáticas. En tales casos uno no puede esperar que el cliente elimine inmediatamente la conducta de búsqueda de seguridad. En lugar de esto, el terapeuta cognitivo debería desafiar gradualmente la búsqueda de seguridad, primeramente tratando de entender junto con el cliente la función de tal conducta en la persistencia de la ansiedad. Una vez que el cliente reconozca sus efectos perjudiciales, entonces puede eliminarse gradualmente el afrontamiento maladaptativo y ser sustituido por estrategias adaptativas más positivas. Es probable que este proceso deba ser repetido varias veces con los clientes que tengan múltiples respuestas evitativas y de búsqueda de seguridad.

Pauta clínica 6.6

El terapeuta debe considerar las falsas valoraciones de riesgo, el procesamiento inhibido de las señales de seguridad y las respuestas maladaptativas de evitación y búsqueda de seguridad durante el curso de la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad. Gradualmente las respuestas maladaptativas de búsqueda de seguridad perderán vigor y serán sustituidas por estrategias alternativas más adaptativas a lo largo de un período largo de tiempo.

Estrategias de intervención cognitiva

En este apartado presentamos las estrategias terapéuticas mismas que pueden usarse para alcanzar los principales objetivos de la terapia cognitiva para la ansiedad. Naturalmente, estas estrategias de intervención serán modificadas cuando se empleen con los trastornos específicos de ansiedad comentados en la tercera parte del presente volumen.

Formar al cliente

Formar a los clientes ha sido siempre un elemento clave de la terapia cognitiva (Beck et al., 1979, 1985, 2005). En la actualidad se sigue subrayando su importancia en casi todos los manuales de terapia cognitiva o tratamiento cognitivo-conductual (p. ej., J.S. Beck, 1995; D.A. Clark, 2004; D.M. Clark, 1997; Craske & Barlow, 2006; Rygh & Sanderson, 2004; Rachman, 1998, 2003, 2006; Taylor, 2006; Wells, 1997). El componente didáctico del tratamiento puede no sólo mejorar el cumplimiento del tratamiento sino también contribuir directamente a la corrección de creencias falsas sobre el miedo y la ansiedad (Rachman, 2006).

Tres son los principales aspectos a considerar al formar a los clientes en la terapia cognitiva para la ansiedad. El primero, que los individuos a menudo presentan malentendidos sobre la ansiedad y por ello debería comentarse con ellos la función del miedo y la ansiedad con referencia a las experiencias personales del cliente. En segundo lugar, debería proporcionarse al cliente una explicación cognitiva sobre la persistencia de la ansiedad de un modo que el cliente comprenda de forma inmediata y la aplique a su propia situación. Y, por último, debería clarificarse el por qué del tratamiento cognitivo, de modo que los clientes colaboren plenamente en el proceso de tratamiento. A juzgar por nuestra experiencia, los clientes que concluyen la terapia durante las primeras tres o cuatro sesiones, muchas veces, lo hacen porque no han sido debidamente formados en el modelo cognitivo o no han aceptado esta explicación para su ansiedad. En cualquiera de los casos, la formación del cliente comienza en la primera sesión y será un ingrediente terapéutico importante durante las primeras sesiones.

Tabla 6.2. Elementos primarios del programa de educación del Modelo Cognitivo y Tratamiento de la Ansiedad para los clientes

Temas que se subrayan al formar al cliente

- Definición de la ansiedad y de la función del miedo
 - La naturaleza universal y adaptativa del miedo
 - Explicación cognitiva de la activación inapropiada del programa de ansiedad
 - Huida, evitación y otros esfuerzos por controlar la ansiedad
 - Objetivo del tratamiento: apagar el programa de ansiedad
 - Estrategias de tratamiento usadas para desactivar el programa de ansiedad
 - La función de otros enfoques para la reducción de ansiedad (p. ej., medicación, relajación, remedios herbales)
-

En la Tabla 6.2 se presentan los principales temas que deberían ser tratados al formar al cliente en el enfoque cognitivo de la ansiedad. A continuación comentamos brevemente cómo el terapeuta transmite esta información a los clientes de un modo comprensible.

Definir la ansiedad y la función del miedo

Los clientes deberían disponer de una definición operativa relativa a lo que significan el miedo y la ansiedad desde una perspectiva cognitiva. Sobre la base de las definiciones del Capítulo 1, *el miedo puede describirse como la amenaza o el peligro percibido para nuestra seguridad física o emocional*. Se puede pedir a los clientes que sugieran ejemplos de las circunstancias en las que han sentido miedo y cuál ha sido el peligro percibido que caracterizaba al miedo (p. ej., accidente próximo, esperar resultado de pruebas médicas, amenaza con violencia o agresión). Debería mencionarse que el hecho mismo de pensar o imaginar los peores escenarios puede provocar miedo. Una vez más, podrían comentarse ejemplos de miedos imaginados. La ansiedad puede describirse de forma similar *como un sentimiento prolongado, más complejo, de incomodidad o aprensión que conlleva sentimientos, pensamientos y conductas que se producen cuando nuestros intereses vitales están amenazados*. A diferencia del miedo que suele ser momentáneo, la ansiedad puede durar horas e incluso días. Dada la naturaleza ubicua de las tecnologías de la información y comunicación en la sociedad moderna, la mayoría de las personas entenderán fácilmente que la ansiedad se describa como análoga a

“un programa informático que, cuando arranca, se superpone al sistema operativo y no desaparece hasta que no se desactive o se apague”. Durante el curso del tratamiento nos parece útil referirnos a “activar y desactivar el programa del miedo” y a la importancia de “apagar el programa del miedo” a fin de eliminar la ansiedad. El terapeuta debería pedir al cliente ejemplos personales de miedo y ansiedad para reforzar una comprensión plena de los conceptos. Esto garantizará que el cliente y el terapeuta empleen un lenguaje común cuando se refieran a las experiencias de ansiedad.

Valor adaptativo del miedo

La mayoría de los individuos que sufren un trastorno de ansiedad han olvidado la inestimable función del miedo en nuestra supervivencia. El terapeuta debería comentar la naturaleza universal del miedo y su función de supervivencia. A los clientes se les puede preguntar por las veces en que tener miedo “salvó su vida” poniéndolos en marcha para que manejaran la amenaza o el peligro potencial. Beck et al. (1985, 2005) señalaban que, a menudo, es útil comentar con los clientes la respuesta de “lucha-o-huida” que caracteriza al miedo.

Del mismo modo, los niveles moderados de ansiedad subjetiva (nerviosismo) pueden ser adaptativos si no son demasiado intensos o prolongados. Estar nervioso en relación a un examen o entrevista laboral inminente puede motivar a la persona a prepararse mejor. Los actores reconocen que cierto grado de inquietud es esperable y beneficiosa antes de subir al escenario. Una vez más el terapeuta puede pedir al cliente que rememore experiencias pasadas en las que la ansiedad haya sido auténticamente funcional.

La razón para un comentario sobre la función positiva y valor adaptativo del miedo y de la ansiedad es subrayar que estos estados no son anormales. El problema de los trastornos de ansiedad no es la experiencia de miedo o de ansiedad, sino el hecho de que el programa de miedo se active o “ponga en marcha” inapropiadamente. Así pues, el objetivo de la terapia no es eliminar toda la ansiedad sino reducir la ansiedad que sea inapropiada o maladaptativa. Otra razón para subrayar el valor de supervivencia del miedo es normalizar la ansiedad del cliente de modo que la vea como una exageración o apli-

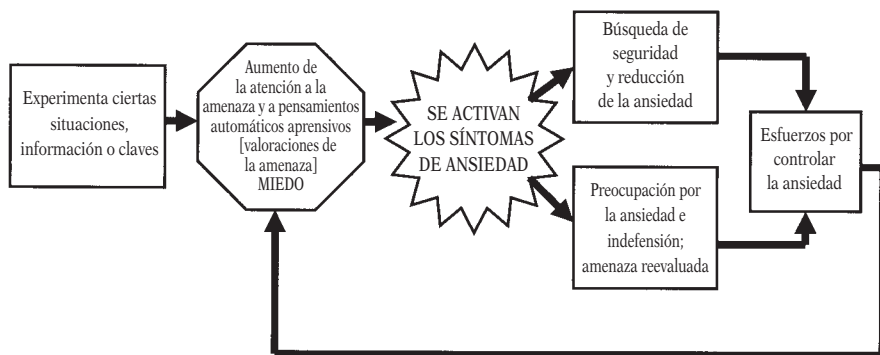
cación inapropiada de la emoción normal. Esto debería generar en el cliente una mayor sensación de esperanza y optimismo en el tratamiento porque no es tan diferente de las “personas normales” como ha podido venir creyendo.

Explicación cognitiva de la activación inapropiada del programa de ansiedad

El comentario precedente sobre la normalidad del miedo y de la ansiedad llevará naturalmente a la cuestión de por qué la ansiedad del cliente es mucho más intensa, persistente y está provocada por cosas que no preocupan a la mayoría de las personas. Éste es el punto neurálgico de la fase educativa porque es de importancia crítica para el éxito de la terapia que los clientes reconozcan que sus valoraciones de la amenaza son los determinantes primarios de su ansiedad clínica. Se puede ofrecer a los clientes una copia de la Figura 6.1 para facilitar la explicación del modelo cognitivo de la ansiedad.

La formación sobre el modelo cognitivo se producirá tras la fase de evaluación, de modo que el terapeuta pueda recurrir a la conceptualización cognitiva del caso para obtener ejemplos de las respuestas típicas del cliente ante la ansiedad. El terapeuta debería revisar uno a uno los pasos de la Figura 6.1 y elicitar del cliente ejemplos de situaciones típicas, pensamientos automáticos, síntomas ansiosos, búsqueda de seguridad y evitación, preocupación por la ansiedad y por la indefensión y los intentos fallidos por controlar la ansiedad. Estas experiencias podrían ser escritas en la Figura 6.1 como recordatorio para el cliente sobre el modo en que el modelo cognitivo explica la activación inapropiada del miedo y la persistencia de su ansiedad clínica. Cualquier pregunta o duda del cliente relativa a la aplicabilidad de la explicación cognitiva de la ansiedad debería ser considerada usando el procedimiento del descubrimiento guiado, mediante el cual el terapeuta pregunta al cliente de un modo que le motive a reevaluar sus incertidumbres/dudas sobre la explicación cognitiva (Beck et al., 1979). En la mayoría de los casos es útil asignar alguna tarea como la de rellenar la Figura 6.1 inmediatamente después de un episodio de ansiedad. Esto le ayudará a consolidar una comprensión más plena y una aceptación más completa de la explicación cognitiva sobre el estado de ansiedad clínica.

Figura 6.1. Diagrama del modelo cognitivo de la ansiedad para su uso con clientes



Consecuencias de la ansiedad inapropiada.

La mayoría de los individuos con un trastorno de ansiedad están bien familiarizados con las consecuencias negativas de su ansiedad. Sin embargo, es importante comentar las consecuencias porque tener “miedo a la ansiedad” es un rasgo prominente de la ansiedad clínica (Beck et al., 1985, 2005; D.M. Clark, 1986b). El terapeuta puede examinar con el cliente si estar “ansioso por estar ansioso” puede realmente intensificar el trastorno clínico haciendo que la persona sea más sensible o vigilante hacia cualquier señal de ansiedad.

Es importante comentar cómo se manifiesta la ansiedad en los tres principales sistemas de respuesta: el fisiológico, el conductual y el cognitivo. Esto debería comentarse en referencia a las propias experiencias de ansiedad del cliente. Craske y Barlow (2006) ofrecen una explicación muy útil sobre los tres componentes de la ansiedad en su libro de auto-ayuda titulado *Cómo dominar la propia ansiedad y preocupación [Mastery of Your Anxiety and Worry]*. Los autores señalan que un mejor conocimiento de los componentes físicos, cognitivos y conductuales de la ansiedad ayuda a reducir el misterio y la incontrolabilidad de la ansiedad y proporciona el marco para aprender modos de reducir la misma.

En el programa de formación del cliente debería incluirse algún comentario respecto a las consecuencias más generales de la ansiedad. ¿Qué efecto produce la ansiedad en la vida cotidiana del cliente,

en su trabajo, en el hogar o en su tiempo libre? ¿Impone restricciones o limitaciones sobre qué puede hacer dónde puede y no puede ir? El impacto global negativo de la ansiedad debe ser subrayado a fin de fortalecer el compromiso del cliente con el proceso terapéutico, ayudando a los individuos a pensar en términos de los costes y los beneficios del cambio. Contemplar la “carga personal de la ansiedad” también puede ser útil en la definición de los objetivos del tratamiento.

La función de la evitación y la búsqueda de seguridad

Es conveniente preguntar a los clientes cuál creen que es el modo más efectivo de reducir la ansiedad. Aunque es posible obtener diversas respuestas, debería subrayarse que la huida y la evitación (o cumplimiento de un ritual compulsivo en el TOC) garantizan la reducción más inmediata de la ansiedad. El terapeuta y el cliente pueden comentar varios ejemplos de situaciones de amenaza mortal en las que la huida o la evitación realmente aseguran la propia supervivencia. También se pueden presentar ejemplos del reino animal (es decir, los animales domésticos del cliente si los tuviera) que huyen o evitan automáticamente el peligro percibido. Debería subrayarse que la huida y la evitación son respuestas naturales a la amenaza o peligro percibido.

El comentario sobre el carácter automático y natural de la huida y de la evitación debería llevarnos a considerar las consecuencias negativas y sobre el modo en que la huida y la evitación contribuyen a la persistencia de la ansiedad. En su libro de auto-ayuda sobre la angustia *10 Soluciones Simples para la Angustia [10 Simple Solutions to Panic]*, Antony y McCabe (2004) citan cuatro desventajas de la huida/evitación.

- Impide aprender que las situaciones son seguras, no peligrosas o amenazantes (es decir, no logran desmentir las falsas valoraciones y creencias de amenaza).
- El alivio subjetivo asociado con la huida/evitación refuerza esta conducta en los episodios futuros de ansiedad.
- Ceder a la huida/evitación aumenta la sensación de culpa y decepción hacia uno mismo y la pérdida de auto-confianza.
- El alivio inmediato asociado con la huida/evitación aumenta la propia sensibilidad hacia claves de amenaza, de modo que a largo plazo esto mantendrá o incluso empeorará el miedo y la ansiedad.

Mientras se comentan los efectos negativos de la huida/evitación, el terapeuta debería solicitar ejemplos personales y preguntar al cliente sobre cualquier consecuencia adversa de la huida/evitación continuada. Cuando se educa al cliente sobre la función de la huida/evitación en la ansiedad, el terapeuta trata de aumentar la conciencia de cuán importante es eliminar esta estrategia de control para que el tratamiento sea satisfactorio. Lo que servirá también para establecer los cimientos de la introducción a la exposición prolongada a la amenaza como el remedio obvio para la estrategia defensiva maladaptativa (un hecho que la mayoría de los individuos con ansiedad son bastante reacios a aceptar).

El terapeuta debería también examinar con los clientes cualquier conducta disfuncional de búsqueda de seguridad que pueda usarse para aliviar los sentimientos de ansiedad. ¿Llevan consigo medicaciones ansiolíticas en todo momento por si pudieran ser necesarias? ¿Sólo se atreven a entrar en determinados recintos cuando van acompañados de un amigo próximo o de un miembro de la familia? ¿Existen otras formas más sutiles de búsqueda de seguridad como aferrarse a las barandillas al sentirse aturdido o sentarse automáticamente al sentirse débil? Una vez elicitados los ejemplos de búsqueda de seguridad, el terapeuta debería comentar que esta forma de afrontamiento de la ansiedad puede contribuir a su persistencia porque:

- Impide a uno aprender que sus miedos (es decir, amenazas percibidas) carecen de base (Salkovskis, 1996a).
- Crea una sensación falsa de seguridad (p. ej., la persona con trastorno de angustia desarrolla la creencia maladaptativa de que estar cerca de un amigo próximo reduce el riesgo de escuchar palpitaciones y sufrir un ataque al corazón).

Una vez más, la finalidad de educar a los clientes sobre las respuestas de búsqueda de seguridad es aumentar su aceptación de que la reducción de esta conducta constituye un objetivo importante del tratamiento.

Objetivo del tratamiento

Manteniendo nuestra metáfora del miedo como “programa informático”, el terapeuta presenta la justificación del tratamiento explicando el objetivo de la terapia cognitiva en términos de “desactivar o apagar” intencionada y voluntariamente el programa del miedo ejecutando para ello actividades que “superen” o “contrarresten” el miedo o la ansiedad. El terapeuta debería referirse a la Figura 6.1 y señalar que el programa del miedo puede desactivarse interviniendo en cada uno de los diferentes pasos que contribuyen a la persistencia de los síntomas de ansiedad. Se podría pedir a los clientes que aporten ejemplos de sus propios éxitos al superar intencionadamente el miedo inicial. También es importante preguntar a los clientes sobre las expectativas del tratamiento a fin de elicitar cualquier malentendido que pudiera minar el éxito de la terapia cognitiva.

Es frecuente que los clientes tengan diversas ideas previas falsas relativas al tratamiento que deberían ser contempladas en este momento. En primer lugar, el tratamiento no puede eliminar permanentemente el miedo. El objetivo no es eliminar totalmente la ansiedad (incluso aunque esto fuera posible) sino ayudar a los clientes a desarrollar formas efectivas de invalidar el programa del miedo cuando éste se active inadecuadamente. En segundo, la experiencia de la ansiedad parecerá más natural, mientras que los esfuerzos por reducirla parecerán mucho más difíciles. Esto se debe a que la ansiedad es una respuesta automática a la amenaza percibida y los esfuerzos por eliminarla requieren una respuesta mucho más deliberada y costosa. Lo que no significa que las respuestas intencionadas a la ansiedad no sean suficientemente poderosas como para desactivar el miedo y reducir la ansiedad, sino que serán necesarias las experiencias repetidas de estas respuestas costosas para mejorar su eficiencia y efectividad. Y en tercer lugar, el objetivo de la terapia cognitiva no es enseñar a las personas modos más efectivos de “controlar su ansiedad”, sino ayudar a los individuos a desarrollar una “actitud de aceptación” frente a una “actitud de resistencia (es decir, de control)” hacia la ansiedad. Cuando pensamientos como “No puedo permitir que se mantengan estos sentimientos ansiosos” se sustituyen por

“Puedo permitirme sentir ansiedad porque sé que estoy exagerando la amenaza y el peligro”, entonces la intensidad y la persistencia de la ansiedad se reducen enormemente (Beck et al., 1985, 2005).

Estrategias de tratamiento

Debería ofrecerse a los clientes una breve descripción y justificación de las estrategias de intervención que se emplearán para “apagar” el programa del miedo y para reducir sus sentimientos de ansiedad. El terapeuta debería explicar que un mayor conocimiento de la propia ansiedad a través de la formación y el auto-monitoreo de los episodios ansiosos son intervenciones importantes en la terapia cognitiva de la ansiedad. Estos componentes del tratamiento ayudan a contrarrestar la naturaleza inesperada e imprevisible de la ansiedad.

El terapeuta explica que una segunda clase de intervenciones de terapia cognitiva se centra directamente en la modificación de los pensamientos y creencias ansiosas. Esto se logra aprendiendo a cuestionar críticamente si los pensamientos aprensivos iniciales constituyen una valoración exacta de la situación y después sustituyendo estas interpretaciones ansiosas por un modo de pensamiento más realista. Los experimentos conductuales específicos se diseñan para ayudar al cliente a desarrollar un modo de pensamiento menos ansioso. El terapeuta debería subrayar que el desarrollo de nuevas formas de pensamiento sobre las preocupaciones ansiosas es una parte importante del tratamiento porque se destina directamente a los pensamientos automáticos aprensivos que originan los síntomas ansiosos (referencia a la Figura 6.1).

Una tercera categoría de intervenciones de terapia cognitiva está constituida por las respuestas conductuales y las estrategias de afrontamiento que pueden contribuir a la persistencia de la ansiedad. Se persigue la modificación de la huida, la evitación, la conducta de búsqueda de seguridad y otras respuestas cognitivas y conductuales empleadas por los clientes en su esfuerzo por controlar su ansiedad. Se enseña a los clientes formas alternativas para responder ante la ansiedad y se les anima a que evalúen la utilidad de estos enfoques a través del uso de los ejercicios conductuales.

Un último ingrediente de la terapia cognitiva para la ansiedad conlleva la exposición gradual y repetida de las situaciones que provocan ansiedad y el desfase de la huida, evitación, búsqueda de seguridad y otras formas de respuestas neutralizadoras (p. ej., rituales compulsivos en el TOC). Al presentar el concepto de exposición al miedo, no debe pasarse por alto que esto puede ser terrorífico para los individuos ansiosos. Muchos clientes ansiosos se niegan a continuar con el tratamiento ante la mera mención de la exposición porque no pueden imaginarse manejando la intensa ansiedad que esperan experimentar en las situaciones que tanto temen. Para contrarrestar las expectativas negativas del cliente, el terapeuta debería subrayar que la exposición a las situaciones temidas es la intervención más potente para alcanzar una reducción duradera del miedo. Los ejercicios de exposición se introducirán después de bien iniciada la terapia y de un modo muy gradual, comenzando por experiencias con un nivel entre bajo y moderado de ansiedad a fin de elicitar cogniciones nucleares que subyacen a los sentimientos de ansiedad. Todas las tareas serán comentadas de un modo colaborador, siendo el cliente quien tenga la última palabra en relación a lo que se espera en cualquier punto de la terapia. El terapeuta debería tranquilizar a los clientes con respecto a las tareas de exposición, señalando que aquella que parece demasiado difícil siempre puede ser fraccionada o modificada para reducir el nivel de ansiedad. Por último, el terapeuta debería explicar los beneficios de la exposición a las situaciones ansiosas: reduce la ansiedad ofreciendo pruebas que desmienten las cogniciones y creencias “calientes” relacionadas con la amenaza, favorece la auto-confianza y concede la oportunidad de poner en práctica modos más adaptativos para afrontar la ansiedad.

Otros enfoques

A menudo los clientes preguntan si pueden hacer uso de medicación, meditación, remedios herbales y similares durante el transcurso de la terapia cognitiva para la ansiedad. Sin embargo, estos enfoques son algo contraproducentes para la terapia cognitiva porque todos ellos buscan la reducción y evitación a corto plazo de los síntomas ansiosos sin cambio concomitante en la cognición. Para muchos

individuos estas intervenciones pueden haberse convertido en una parte importante de su estrategia para afrontar la ansiedad. Así pues, cualquier retirada de estas intervenciones debería realizarse de forma gradual, equilibrada con la reducción del nivel de ansiedad del cliente mediante la terapia cognitiva. Naturalmente no debería recomendarse ningún cambio en la pauta de medicación salvo que lo prescriba su médico.

Métodos de formación de clientes

Aunque en el proceso formativo del cliente cierta cantidad de docencia magistral sea inevitable, no debería de ser el único recurso de formación en el modelo cognitivo y justificación del tratamiento. El terapeuta debería preguntar a los clientes por sus experiencias personales y recurrir al descubrimiento guiado para subrayar los aspectos claves del modelo cognitivo que puedan ser identificados en tales experiencias. Los clientes suelen estar mucho más dispuestos a aceptar el modelo si éste tiene relevancia inmediata con sus propias experiencias ansiosas.

El terapeuta también puede asignar tareas de auto-monitoreo para animar al cliente a explorar si los diversos aspectos del modelo cognitivo son relevantes para su ansiedad. Por ejemplo, a un cliente con fobia social se le podría pedir que experimente con los efectos de tener contacto ocular frente a evitar el contacto ocular en las interacciones sociales, como modo de determinar si las formas sutiles de evitación y búsqueda de seguridad tienen algún efecto sobre su nivel de ansiedad. A un cliente con TOC se le podría pedir que se esfuerce por suprimir una obsesión ansiosa durante un día y después renunciar a los esfuerzos de control durante otro día y registrar los efectos derivados de tratar de controlar la ansiedad. A una persona con trastorno de angustia se le podría pedir que registre los efectos de pensar en un ataque al corazón cuando siente presión en el pecho frente a pensar que es el efecto de la tensión muscular. Observe que todas las asignaciones se centran más en subrayar algún aspecto del modelo cognitivo a través de la experiencia del cliente, que en modificar directamente los pensamientos o la conducta del cliente.

La biblioterapia es un método importante de formar al cliente con respecto al modelo cognitivo. En la actualidad estamos elaborando un libro de trabajo para el cliente basado en el volumen presente que ofrecerá explicaciones y ejemplos útiles para formar a los clientes en la perspectiva de la terapia cognitiva para la ansiedad. En el mercado existen multitud de excelentes libros de auto-ayuda tanto sobre la terapia cognitiva como sobre la terapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad que pueden ser recomendados a los clientes. En el Apéndice 6.1 se presenta la selección de una lista de manuales de auto-ayuda que son coherentes con el modelo cognitivo. Muchas veces los clientes suelen ser mucho más receptivos a la terapia cognitiva tras leer publicaciones varias porque éstas ofrecen una validación externa de que la terapia cognitiva es un tratamiento muy extendido y bien establecido para la ansiedad.

Pauta clínica 6.7

Durante las sesiones iniciales de terapia cognitiva, conviene dedicarse a formar al cliente con respecto al modelo cognitivo de ansiedad y a explicar el tratamiento. Es recomendable describir la ansiedad clínica como una respuesta afectiva automática para una activación inapropiada del miedo que sobrepasa al propio sistema mental. La finalidad de la terapia cognitiva es desactivar o “apagar” el programa de miedo mediante los cambios intencionados y conscientes en el modo de pensar y responder ante la ansiedad. Es preferible no formar exclusivamente a los clientes en el modelo cognitivo con pequeños discursos sino subrayando la aplicabilidad a su experiencia personal de la ansiedad.

Auto-monitoreo e identificación de pensamientos ansiosos

Desde los orígenes de la terapia cognitiva para la ansiedad, enseñar a los clientes a reconocer sus pensamientos ansiosos ha sido uno de los ingredientes básicos (Beck et al., 1985); aún así, ésta es una de las habilidades que más complejidad reviste para los clientes. La razón de tal complejidad debe encontrarse en que el pensamiento ansioso puede ser muy difícil de recordar cuando la persona se encuentra en un estado no-ansioso. Sin embargo, cuando los individuos sienten mucha ansiedad, pueden verse tan superados por ella

que cualquier intento de registrar el pensamiento ansioso sea prácticamente imposible. Además, precisamente durante los períodos de ansiedad intensa es cuando la persona suele mostrar las estimaciones exageradas de probabilidad y gravedad de la amenaza, que son las bases cognitivas nucleares de la ansiedad (Rachman, 2006). Por ello, en la terapia cognitiva para la ansiedad se destina un esfuerzo considerable al entrenamiento en el auto-monitoreo de pensamientos ansiosos automáticos. Rachman (2006) señala también la importancia de identificar la *amenaza presente* que mantiene la ansiedad. Los diarios y el auto-monitoreo de la ansiedad desempeñarán una función importante para identificar la amenaza percibida en la vida cotidiana.

Existen dos modos de introducir a los clientes en el registro de pensamientos. El primero consiste en que los clientes se centren en anotar las situaciones que provocan la ansiedad, valoren el nivel de ésta, describan los síntomas físicos primarios y cualquier respuesta conductual. Estos aspectos de la ansiedad suelen ser relativamente sencillos para los individuos y les permite practicar el rastreo y disecación de sus episodios de ansiedad. En segundo lugar, es importante que la primera introducción al pensamiento ansioso se realice durante la sesión terapéutica (Beck et al., 1985). Como, a menudo, los clientes no suelen estar ansiosos durante la sesión, es posible que se requiera algún ejercicio de inducción de ansiedad leve para elicitar el pensamiento ansioso. Por ejemplo, podría usarse un ejercicio de inducción de pánico como el de 2 minutos de sobre-respiración o intensa actividad física para provocar las sensaciones físicas similares a las de la angustia. Al cliente se le podría pedir que verbalice cualquier pensamiento relacionado con el ejercicio como el miedo a un ataque al corazón, a desmayarse, a perder el control, o equivalentes. A una persona con TEPT podríamos pedirle que recuerde aspectos del trauma pasado y, a continuación, que verbalice sus pensamientos presentes relativos a los recuerdos rememorados. Con alguien que sufre TOC podría inducirse un nivel leve de miedo a la contaminación o duda para provocar sus valoraciones relativas a la amenaza. En cada caso el terapeuta formularía preguntas para poder extraer los pensamientos inmediatos del cliente. “¿Qué ha pasado por su mente mientras estaba respirando más y más intensamente?”, “¿Cuáles eran sus principales preocupaciones?”, “¿Qué era lo peor

que podría haber ocurrido?”, “¿Le parecía que era probable que ocurriera lo peor?”, “¿Ha tenido algún pensamiento competitivo, como que, después de todo, quizá no fuera tan malo?”.

Una vez que el cliente haya demostrado algunas habilidades rudimentarias para identificar sus pensamientos (automáticos) y valoraciones aprensivas en la sesión terapéutica, el terapeuta debería asignar una tarea de auto-monitoreo para casa. El Formulario de Auto-Monitoreo de Pensamientos Aprensivos (véase Apéndice 5.4) podría ser especialmente útil a este respecto. La mayoría de los clientes necesitan mucha práctica en el auto-monitoreo de sus pensamientos ansiosos entre las sesiones. De hecho, el auto-monitoreo de pensamientos y síntomas ansiosos se mantendrá a lo largo de todo el curso del tratamiento. La reestructuración cognitiva y la puesta en prueba de hipótesis empíricas no pueden ser satisfactoriamente aplicadas hasta que el cliente no sea capaz de identificar su pensamiento automático relacionado con la amenaza.

Es importante que el componente de auto-monitoreo sirva para que la persona ansiosa adquiera conciencia relativa a las dos características primarias del pensamiento ansioso:

- Valoraciones de probabilidad sobrestimadas – “¿Estoy exagerando la probabilidad de que ocurra la amenaza o el peligro?”.
- Valoraciones exageradas de gravedad – “¿Estoy excesivamente centrado en el peor resultado posible? ¿Estoy exagerando la gravedad del resultado negativo?”.

La sensibilización de los clientes en relación a sus evaluaciones de la amenaza es clave al modificar su foco de atención desde el contenido amenazante (p. ej., “¿Qué ocurriría si las pruebas médicas señalan que tengo cáncer?”) al modo en que sus valoraciones contribuyen a la ansiedad (p. ej., “¿Estoy exagerando la probabilidad de que las pruebas sean positivas y me lleven al peor resultado posible? En tal caso, ¿qué efecto tiene esto sobre mi ansiedad?”). Los individuos necesitarán práctica repetida en la identificación de sus pensamientos aprensivos iniciales a fin de mejorar su capacidad para captar las valoraciones exageradas de la amenaza. Al revisar las tareas de auto-monitoreo asignadas para casa, el terapeuta cognitivo comprueba la

probabilidad y gravedad exageradas de las valoraciones de amenaza, a fin de reforzar la importancia de este pensamiento en la persistencia de la ansiedad.

Cumplimiento de las tareas para casa

Es importante que el cliente cumpla las tareas para casa asignadas en la terapia cognitiva para la ansiedad y, a menudo, se consideran muy seriamente durante la fase inicial del tratamiento. A muchos clientes no les gusta rellenar formularios o describir sus pensamientos o sentimientos ansiosos. Incluso aunque existan muchas pruebas empíricas relativas a la asociación entre la mejoría del tratamiento y el cumplimiento de las tareas para casa (Kazantzis, Deane & Ronan, 2000), a muchos clientes les cuesta mucho realizar las tareas para casa. Este problema ha sido considerado en diversos volúmenes recientes sobre terapia cognitiva y se han propuesto diferentes alternativas para mejorar el cumplimiento de las tareas (véase J.S. Beck, 2005; Leía, 2001; Kazantzis & L'Abate, 2006). En el presente contexto el terapeuta debería gestionar cualquier malentendido o dificultad que pudiera presentar el cliente para realizar sus tareas. Debería subrayar cuán importante es realizarlas y aprender a identificar el pensamiento ansioso como destreza esencial que debe adquirirse antes de recurrir a otras estrategias cognitivas o conductuales para reducir la ansiedad. Las tareas para casa deberían ser asignadas de un modo colaborador con instrucciones escritas para el cliente. Con todo, si el cliente persiste en su negativa a ejecutar las tareas para casa, quizá sea necesaria la finalización del tratamiento.

Existe una razón para el incumplimiento de las tareas para casa que puede ser específica de los trastornos de ansiedad. Algunos clientes son reacios a proceder con tareas de auto-monitoreo de sus pensamientos y síntomas ansiosos porque les preocupa que esto pueda empeorar su ansiedad. Por ejemplo, un hombre de 33 años de edad con horribles obsesiones sobre sexo pedofílico temía que anotar la aparición de estos pensamientos y las consiguientes valoraciones no sólo aumentaría la frecuencia de su aparición y el nivel de ansiedad, sino que estos pensamientos constituyeran también una violación de sus valores morales. Le preocupaba asimismo que el hecho de desti-

nar más atención a estos pensamientos debilitara aún más su ya escaso control sobre las obsesiones. En este ejemplo, las preocupaciones relativas a la escalada de la ansiedad, la naturaleza repugnante e inhumana de las obsesiones y el miedo a perder el control contribuían, en conjunto, al rechazo a ejecutar el auto-monitoreo de sus pensamientos ansiosos.

Para resolver esta situación deben darse diversos pasos. En primer lugar, es importante convertir en un problema terapéutico el incumplimiento de las tareas para casa. Deberían identificarse las falsas creencias que contribuyen a rechazar el auto-monitoreo de los pensamientos ansiosos y puede emplearse la reestructuración cognitiva para examinar tales creencias y generar interpretaciones alternativas. Posiblemente la tarea puede fraccionarse en pasos menos amenazantes como pedir al cliente que experimente el auto-monitoreo de los pensamientos durante cierto día (o durante un período concreto de un día) y registrar los efectos del mismo. Esto sería una prueba conductual directa de la creencia “anotar mis pensamientos ansiosos me hará sentir más ansiedad”.

El terapeuta cognitivo debería destinar parte de la fase introductoria de formación a subrayar la importancia de las tareas para casa y, después, periódicamente a lo largo del tratamiento a recordar al cliente la función que desempeñan las tareas de casa en el éxito de la terapia cognitiva. A continuación se presenta un ejemplo de posible explicación de la importancia de las tareas para casa para los clientes ansiosos:

“Las tareas para casa constituyen una parte muy importante de la terapia cognitiva. Unos 10-15 minutos antes del final de cada sesión terapéutica, le sugeriré que resumamos las cuestiones principales tratadas durante la sesión y, a continuación, decidiremos qué tareas asignar. Comentaremos entre ambos la tarea y nos aseguraremos de que usted está de acuerdo con ella. Describiré por escrito la tarea para que ambos sepamos qué debe hacerse. Semana a semana también le daré diferentes tipos de formularios en los que registrará los resultados de las tareas. Las tareas serán breves y no le llevarán más de varios minutos al día. Al comienzo de cada sesión revisaré con usted las tareas de la semana anterior. Puede esperar que cada semana destinemos entre 10-15 minutos de la

sesión, como mínimo, a revisar los resultados de la tarea y los problemas que haya podido encontrar durante su ejecución. ¿Tiene alguna duda sobre este particular?”.

“Puede estar preguntándose, ‘¿realmente debo hacer deberes? Siempre he odiado las tareas para casa cuando iba a la escuela. Además, estoy demasiado ocupado para este tipo de cosas’. Puede pensar en la terapia cognitiva como en un ‘ejercicio mental’. En cualquier programa de entrenamiento físico, usted debe correr, andar o acudir al gimnasio tres o cuatro veces por semana para fortalecerse o para perder peso. No esperaríamos alcanzar sus objetivos físicos reuniéndose una vez por semana con el entrenador. Lo mismo ocurre en terapia cognitiva. Usted está desarrollando un enfoque mental diferente para su ansiedad. Necesita mucha práctica en el uso de este enfoque alternativo para vencer al programa automático de ansiedad. Desactivar el programa de ansiedad requiere la práctica repetida y no se producirá por reunirse con el terapeuta una vez por semana. El mejor modo de superar la ansiedad es mediante la práctica repetida en la vida cotidiana, de modo que gradualmente la nueva forma de respuesta se convierta para usted en su segunda piel. De modo idéntico al del ejercicio físico, hemos comprobado en nuestras investigaciones que la terapia cognitiva es más efectiva para las personas que cumplen sus tareas para casa. Muchas veces, cuando los clientes no obtienen beneficios del tratamiento una de las principales razones suele ser que no realizan sus deberes. ¿Cómo se siente con respecto a este aspecto de la terapia? ¿Es capaz de comprometerse a ejecutar sus tareas en este momento?”.

Pauta clínica 6.8

Una de las primeras destrezas enseñadas en terapia cognitiva es la capacidad para identificar y registrar los pensamientos, imágenes y valoraciones automáticos aprensivos que caracterizan a los episodios ansiosos. Además, los clientes anotan sus observaciones de los síntomas físicos y conductuales de la ansiedad. La capacidad para auto-monitorear los pensamientos ansiosos es un prerrequisito para la reestructuración cognitiva. En este punto de la terapia puede ser necesario tratar el incumplimiento de las tareas para casa.

Reestructuración cognitiva

El objetivo de la reestructuración cognitiva es modificar o literalmente “reestructurar” las creencias y valoraciones que tiene la persona ansiosa sobre la amenaza. Es una parte integral del tratamiento para desactivar el programa de ansiedad. El foco de atención se dirige a la “amenaza presente”, es decir, lo que se percibe como peligroso o amenazante en este momento. Las intervenciones de la reestructuración cognitiva se dirigen más a las valoraciones de la amenaza que al contenido mismo de la amenaza. La cuestión central es “¿Estoy exagerando la probabilidad o gravedad de la amenaza y estoy subestimando mi capacidad para afrontarla?” y no si la amenaza puede o no ocurrir. Por ejemplo, en el trastorno de angustia la reestructuración cognitiva se centraría en si el cliente está confiando en las valoraciones exageradas y sesgadas de las sensaciones corporales. El terapeuta evitaría cualquier debate sobre si el cliente puede o no sufrir un ataque. Lo mismo se aplica a la fobia social, donde el foco de atención se centra en la probabilidad y gravedad de las valoraciones percibidas de evaluación negativa de los demás y no tanto en si las personas pueden estar o no teniendo pensamientos negativos sobre ellas. En este apartado describimos seis estrategias de intervención cognitiva: la recogida de evidencias, el análisis de costes-beneficios, la identificación de errores cognitivos, la elaboración de alternativas y la puesta en prueba de hipótesis empíricas.

Recogida de evidencias

Esta intervención conlleva cuestionar a los clientes sobre las evidencias favorables y desfavorables a su creencia de que la amenaza es muy probable y conducirá a graves consecuencias. La recogida de evidencias es el *sine qua non* de la reestructuración cognitiva (Beck et al., 1979, 1985, 2005) y ha recibido diferentes denominaciones como confrontación verbal, persuasión lógica o reatribución verbal (Wells, 1997). Tras identificar el pensamiento o creencia ansiosa nuclear y obtener una valoración de la creencia sobre el pensamiento, el terapeuta formula las siguientes preguntas al cliente:

- “En los momentos de mayor ansiedad, ¿qué ocurre para convencerle de la probabilidad de que ocurra la amenaza? ¿Hay alguna evidencia de lo contrario, es decir, que no es probable que ocurra la amenaza?”.
- “Cuando usted más ansioso se siente, ¿qué evidencia hay de que el resultado vaya a ser tan grave? ¿Existe alguna evidencia contradictoria que indique que el resultado no será tan malo como piensa?”.
- “¿Qué le hace confiar en las evidencias de su pensamiento ansioso?”.
- “¿Cree que puede estar exagerando la probabilidad y la gravedad del resultado?”.
- “En base a las evidencias, ¿qué estimación es más realista o posible sobre la probabilidad y gravedad de que lo peor pueda ocurrir?”.

En el Apéndice 6.2 se presenta un formulario para la recogida de evidencias que puede usarse con los clientes. El terapeuta y el cliente escriben en primer lugar el pensamiento o creencia ansiosa primaria que caracterice a un episodio ansioso. A continuación el cliente señala las estimaciones de probabilidad y gravedad en base a cómo se siente durante los episodios ansiosos. Recurriendo al cuestionamiento socrático, el terapeuta pone a prueba cualquier evidencia que confirme tan alta estimación de probabilidad y gravedad del resultado. Aunque el Apéndice 6.2 se limite a seis entradas, pueden necesitarse páginas adicionales para documentar plenamente las evidencias que defienden el pensamiento o creencia ansiosa. Tras anotar todas las evidencias favorables, el terapeuta pregunta al cliente sobre las evidencias que sugieren que las estimaciones de probabilidad y gravedad pueden ser exageradas. Normalmente el terapeuta necesita tomar la iniciativa al sugerir posibles evidencias contradictorias porque a los individuos ansiosos les cuesta ver su ansiedad desde esta perspectiva. Una vez recogidas todas las evidencias contrarias al pensamiento o creencia ansiosa, se pide al cliente que revalore la probabilidad y la gravedad del resultado basándose sólo en las evidencias.

Los individuos suelen protestar, diciendo “Sí, pero cuando estoy ansioso siento que lo peor va a ocurrir, incluso aunque sepa que no es probable que ocurra”. El terapeuta cognitivo debería recordar al cliente que la “recogida de evidencias” es sólo uno de los enfoques

que se empleará para desactivar la ansiedad. Cada vez que el cliente se sienta ansioso, lo aprendido mediante la recogida de evidencias puede ser usado para disminuir las valoraciones de probabilidad y gravedad de la amenaza a un nivel más realista, contrarrestando así un factor clave en la escalada de la ansiedad subjetiva. En el siguiente ejemplo clínico se ilustra un enfoque de recogida de evidencias con un viajante de 27 años de edad que sufre un trastorno de angustia y una leve evitación agorafóbica.

TERAPEUTA: Renée, observo en sus anotaciones sobre la angustia que el pasado miércoles mientras conducía a solas en dirección a un cliente a lo largo de una ruta que normalmente no toma, repentinamente sintió que no podía respirar. Usted señaló que aparcó el coche a un lado de la carretera y que salió para tomar aire fresco. Anotó varias sensaciones corporales como un nudo en la garganta, sensación de no poder respirar suficiente, se esforzaba para tomar más aire, sentía presión en el pecho, palpitaciones, mareos y tensión general.

CLIENTE: Sí, fue una de las peores crisis de angustia que he tenido en los últimos tiempos. Parecía que no podía respirar debidamente. Cuanto más lo intentaba peor me ponía. Bebí pequeños sorbos de agua para aclarar la garganta pero no me sirvió para nada.

TERAPEUTA: ¿Qué temía que podría estar ocurriendo?

CLIENTE: Realmente temía que me fuera a asfixiar. Así es como lo sentía. Ahí estaba solo, en medio de la nada, y yo no podía respirar. Me puse tan mal que incluso llegué a pensar que me asfixiaría hasta morir.

TERAPEUTA: Bien Renée, anotemos aquí el pensamiento ansioso –“Pensé que me asfixiaría solo y moriría”–, en este apartado del formulario llamado “Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias” (Apéndice 6.2). Ahora me gustaría que recordara el momento de la crisis de angustia. Cuando se apartó de la carretera, a solas y esforzándose por tomar aire, ¿qué probabilidad existía de que se asfixiara hasta morir? En otras palabras, sobre la base de cómo se sentía en aquel momento, ¿qué probabilidad de asfixiarse sentía entre el 0% (improbable que ocurra) y el 100% (seguro que ocurre)?

CLIENTE: Bueno, en aquel momento sentía que la probabilidad de asfixiarme era del 90%.

TERAPEUTA: ¿Y qué grado de gravedad del resultado? ¿Cuán grave le parecía a usted? ¿Estaba pensando en el peor resultado posible como la muerte por asfixia o algo menos grave como sentir la incomodidad de la angustia? ¿Qué valoración daría entre 0 y 100 para indicar la gravedad de la consecuencia aparente en el momento en que sintió la angustia?

CLIENTE: Era muy grave. Sólo podía pensar en asfixiarme hasta morir a solas. A esto le daría una valoración de 100.

TERAPEUTA: Bien, ahora dediquemos unos minutos a las evidencias, cualquier cosa que ocurría en aquel momento, otras experiencias pasadas o información de algún tipo que pudiera indicar que usted tenía mucho riesgo de experimentar un resultado grave como la muerte por asfixia.

CLIENTE: Bueno, una cosa que me hace pensar que esta sensación de asfixia es grave, es que aparece de forma repentina, como salida de la nada. En un instante estoy bien y después, antes de darme cuenta, ya no puedo respirar.

TERAPEUTA: Muy bien, anotemos esto en la primera línea bajo las evidencias favorables al pensamiento ansioso: *“la aparición de la sensación de asfixia es rápida e inesperada”*. ¿Alguna otra evidencia que le haga pensar que va a asfixiarse hasta morir?

CLIENTE: La ansiedad asociada a esta sensación es muy intensa, como pánico. Es tan mala que estoy convencido de que algo grave debe estar ocurriendo.

TERAPEUTA: Anotémoslo en la segunda entrada: *“Me siento intensamente ansioso, incluso al borde del pánico”*. ¿Alguna otra cosa?

CLIENTE: Bueno, el hecho de intentar calmarme respirando profunda y lentamente y, sin embargo, que no sirva me lleva al convencimiento de que algo está terriblemente mal. Si todo esto sólo fuera por nervios, ¿no debería desaparecer cuando respiro más lentamente?

TERAPEUTA: Bien, una tercera evidencia favorable al pensamiento ansioso es *“la respiración controlada no hace desaparecer las sensaciones de angustia”*. ¿Hay algo más?

CLIENTE: Como he dicho anteriormente, tengo muy presentes los recuerdos de mi tío con grandes dificultades para respirar. Él sufrió una larga batalla con el enfisema que en el estadio final de la enfermedad le incapacitó para respirar. Fue el modo más horrible de morir.

TERAPEUTA: Por lo tanto, la cuarta evidencia del pensamiento ansioso es *“recuerdos de un tío que llegó a morir por asfixia derivada de un enfisema”*. ¿Existe alguna otra evidencia sobre sus pensamientos ansiosos sobre la asfixia?

CLIENTE: No. Creo que éstas ya lo explican bastante bien.

TERAPEUTA: Bien, busquemos ahora evidencias que contradigan la perspectiva de que presenta alto riesgo de asfixia. ¿Puede pensar en alguna?

CLIENTE: Esto me cuesta mucho más. Bien... supongo que una cosa es que aún no he muerto. Quiero decir que he sufrido estas sensaciones de asfixia durante meses y, sin embargo, sigo vivo.

TERAPEUTA: ¿Ha estado próximo a la muerte? ¿Por ejemplo, perdió el conocimiento alguna vez, se puso morado o hubo que llamar a urgencias para que le proporcionaran oxígeno?

CLIENTE: No, nada de eso. Nunca he tenido señales tangibles de estar muriéndome de asfixia.

TERAPEUTA: Anotémoslo como evidencia en contra de su pensamiento ansioso en la primera línea de la columna derecha del formulario: *“Nunca he experimentado ninguna señal médica tangible de estar muriéndome por falta de oxígeno”*. ¿Puede pensar en alguna otra cosa?

CLIENTE: Bueno, mi médico de cabecera me ha solicitado varias pruebas y he acudido a especialistas pero todos dicen que estoy sano. Dicen que mi sistema respiratorio está bien.

TERAPEUTA: Entonces tenemos la segunda evidencia que contradice su pensamiento ansioso: *“Estoy físicamente muy sano hasta donde la ciencia médica pueda determinar”*. ¿Existe alguna otra evidencia?

CLIENTE: No puedo pensar en ninguna.

TERAPEUTA: Bueno, ¿cuánto le cuesta dejar de respirar? ¿Durante cuanto tiempo puede aguantar sin tomar aire? Probémoslo. [El terapeuta controla el tiempo durante el cual el cliente aguanta la respiración].

CLIENTE: Eso ha sido muy duro, incluso aunque he intentado no respirar, ha llegado un momento en el que no lo he podido evitar. Tenía que respirar.

TERAPEUTA: Exactamente, la respiración es una respuesta automática. Es muy difícil dejar de respirar, incluso aunque lo intente. Como la respiración es una respuesta fisiológica automática, las personas rara vez pueden dejar de respirar espontáneamente, sin razón alguna. ¿Ha oído que alguna vez le haya ocurrido a alguien?

CLIENTE: No, nunca lo he oído.

TERAPEUTA: Bien, anotémoslo como tercera evidencia que contradice su pensamiento ansioso de asfixia: *“La respiración es una respuesta fisiológica tan automática que es muy extraño dejar de respirar repentina e inesperadamente sin razón aparente”*. ¿Puede pensar en alguna otra evidencia contradictoria?

CLIENTE: No. Estoy bloqueado.

TERAPEUTA: ¿Ha advertido alguna vez si hay algo que pueda hacer para reducir las sensaciones de ahogo? ¿Por ejemplo, qué ocurre con esas sensaciones si está distraído u ocupado con su trabajo?

CLIENTE: Bueno, en un par de ocasiones he tenido la sensación de no poder tomar aire, pero como estaba muy ocupado con el trabajo, de alguna manera lo olvidé y las sensaciones desaparecieron.

TERAPEUTA: De acuerdo, entonces es posible que la distracción pueda ocasionar una reducción de las sensaciones de asfixia. ¿Hay algo que parezca empeorar las sensaciones?

CLIENTE: Mi peor crisis de angustia se produjo mientras conducía solo por una autopista desconocida y remota. Parece que me preocupa especialmente mi estado físico.

TERAPEUTA: ¿Existe alguna posibilidad, por lo tanto, de que cuando se centra en las sensaciones de respiración empeoren las sensaciones de asfixia?

CLIENTE: Es posible.

TERAPEUTA: Anotemos este aspecto en la cuarta evidencia que contradice su pensamiento ansioso: *“Las sensaciones de asfixia empeoran cuando me fijo en mi respiración y mejoran cuando me distraigo”*. ¿Suena esto como una condición que pudiera llevarle a la muerte? ¿Supone usted que los médicos recomiendan a las personas que no se fijen en su respiración porque esto podría llevarles a morir asfixiados o si tienen problemas respiratorios que se distraigan? ¿Le parece que esto pueda ser una cura para el enfisema?

CLIENTE: No, obviamente no. Pero supongo que es coherente con la ansiedad como la causa de las sensaciones de asfixia. Eso es lo que me han estado diciendo los médicos.

TERAPEUTA: Bien, volvamos a valorar el pensamiento ansioso: *“Me asfixiaré solo y moriré”*. Sobre la base de las evidencias (y no de sus sentimientos), ¿qué probabilidad existe de que usted muera asfixiado?

CLIENTE: Bueno, supongo que es muy inferior al 90%, pero ciertamente no es cero. Yo diría que un 20%.

TERAPEUTA: Y basándose sólo en las evidencias, ¿qué gravedad presenta el posible resultado de sus sensaciones de asfixia?

CLIENTE: Una vez más, probablemente no es del 100% porque la muerte es muy improbable. Sospecho que la gravedad es del 60%.

TERAPEUTA: Esto nos indica que usted tiende a sobrestimar la probabilidad y gravedad de la amenaza (*“Moriré asfixiado”*) cuando está ansioso. Sin embargo, cuando se fija en las evidencias (y no en las sensaciones) usted reconoce que la amenaza es mucho menos grave. Sabemos que las estimaciones exageradas de la amenaza empeoran la ansiedad y cuando la persona contempla la amenaza desde una perspectiva más realista, su ansiedad declina. Por lo tanto, un modo de reducir su ansiedad consiste en corregir sus pensamientos ansiosos exagerados recordando todas las evidencias existentes que contradicen su pensamiento y después revalorando su probabilidad y gravedad. Una vez que haya hecho esto algunas pocas veces con ayuda del Apéndice 6.2 como guía, usted se convertirá en un experto corrector de su pensamiento ansioso.

CLIENTE: Eso suena bien pero cuando estoy realmente ansioso no puedo pensar correctamente.

TERAPEUTA: Comprendo lo que dice, pero cuanto más practique en la corrección de pensamientos y valoraciones ansiosas, más se automatizará todo el proceso y mejor será el manejo que haga de la estrategia para reducir la ansiedad. ¿Le gustaría probarlo como tarea para casa?

CLIENTE: Seguro, tendré que intentarlo.

[Nota: Si al cliente le cuesta la recogida de evidencias en respuesta a los episodios de ansiedad *in vivo*, el terapeuta podría hacer que el cliente imagine situaciones de angustia y contrarreste la ansiedad con evidencias que la contradigan].

Pauta clínica 6.9

Conviene enseñar a los clientes a recoger evidencias a favor y en contra de sus valoraciones elevadas de probabilidad y gravedad de la amenaza relacionadas con sus preocupaciones ansiosas. Las estimaciones de probabilidad y gravedad de la amenaza se recalculan solamente en base a las evidencias que se formulan. La recogida de evidencias puede ser un método efectivo de desafiar el pensamiento ansioso exagerado animando a la persona ansiosa a cambiar de las valoraciones de la situación basadas en el afecto (es decir, razonamiento *ex consequentia*: “Me siento ansioso, por lo tanto debo de estar en peligro”) a las valoraciones basadas en las evidencias.

Análisis costes-beneficios

En los trastornos de ansiedad el análisis de costes-beneficios es una intervención particularmente versátil y efectiva porque los individuos ya están centrados en las consecuencias de sus pensamientos y sentimientos. El terapeuta ayuda al cliente a considerar la pregunta “¿Cuál es la consecuencia, las ventajas y desventajas, de sostener esta creencia o perspectiva particular sobre mi ansiedad?” (véase Leahy, 2003). Wells (1997) señalaba que el análisis de coste-beneficio también puede mejorar la motivación para el tratamiento. Tras identificar un pensamiento, creencia o valoración nuclear ansioso, el terapeuta puede formular las siguientes preguntas:

- “Desde su experiencia, ¿cuáles son las consecuencias inmediatas y a largo plazo de aferrarse a este pensamiento ansioso?”.
- “¿Hay costes o beneficios, ventajas o desventajas derivadas de confiar en el pensamiento ansioso?”.
- “¿Qué efecto inmediato y a largo plazo tiene este pensamiento sobre su ansiedad?”.
- “Si adoptara otro punto de vista sobre su ansiedad, ¿qué costes y beneficios obtendría?”.

El terapeuta puede hacer uso del Formulario de Costes-Beneficios del Apéndice 6.3 para dirigir este análisis sobre el pensamiento o creencia ansiosa. El pensamiento ansioso se registra en primer lugar. A continuación, mediante el descubrimiento guiado, el terapeuta examina las ventajas y desventajas inmediatas y a largo plazo de aceptar el pensamiento ansioso. Se pide a los clientes que rodeen las consecuencias tanto positivas como negativas, que sean realmente importantes para ellos. Después se considera un modo de pensamiento alternativo y los costes y beneficios de este enfoque se anotan en la parte inferior del formulario. Una vez más se rodean las circunstancias de mayor importancia para el cliente. El objetivo de este ejercicio es subrayar los importantes costes asociados con el pensamiento ansioso y los beneficios inmediatos de una perspectiva alternativa. Se pueden diseñar tareas para casa para poner a prueba las consecuencias del pensamiento ansioso y los beneficios del enfoque alternativo. El terapeuta anima a los clientes ansiosos a poner en práctica el cambio de foco de atención del contenido de la amenaza a la pregunta “¿Es este pensamiento ansioso útil o perjudicial?”. El terapeuta subraya que la práctica repetida del recuerdo de los costes del pensamiento ansioso es otro modo efectivo de debilitar o desactivar el programa de ansiedad. Esta intervención es particularmente efectiva si los clientes reconocen plenamente que el pensamiento ansioso produce más el efecto de acelerar su incomodidad que el de ayudarles a afrontar o prevenir la amenaza percibida.

Jeremy llevaba años sufriendo TAG. Una de sus preocupaciones principales se refería a su seguridad económica a pesar de tener un

trabajo seguro y bien remunerado. Siempre pagaba sus facturas, tenía suficiente dinero cada mes para poder hacer su contribución al fondo de inversión y nunca había tenido dificultades económicas. Sin embargo, a Jeremy le preocupaba no invertir suficiente en su fondo de inversión y, en consecuencia, que no estuviera preparado ante la posibilidad de una ruina económica. Recurriendo al Formulario de Costes-Beneficios, identificamos que el pensamiento ansioso de Jeremy era: *“No estoy ahorrando suficiente dinero para prepararme para un posible desastre económico”* (p. ej., perder mi trabajo y no disponer de ingresos). Jeremy creía que su preocupación relativa al ahorro de dinero presentaba múltiples ventajas como: (1) le forzaba a ahorrar más cada mes y por ello su fondo iba aumentando, (2) controlaba sus gastos muy de cerca, (3) estaría mejor preparado para afrontar una pérdida económica, (4) garantizaba que no perdiera la casa o fuera declarado insolvente si perdiera su trabajo y (5) se sentía mejor consigo mismo cuando ahorraba. Jeremy rodeó el (1) y el (3) como las ventajas más importantes de su preocupación.

El examen de las desventajas de la preocupación se demostró más difícil, pero con ayuda del terapeuta se obtuvo el siguiente listado. (1) cuanto más piensa en no ahorrar, más ansioso y tenso se siente; (2) una vez que comienza a preocuparse por ahorrar suficiente, parece que no puede detenerse, absorbe completamente su mente; (3) no ha dormido bien por su preocupación relativa al ahorro; (4) hay poco disfrute en su vida por su constante preocupación relativa a su situación económica; (5) frecuentemente se priva de pequeños placeres por miedo a gastar dinero; (6) discute mucho con su esposa por ahorrar y gastar dinero y ella ha amenazado con dejarle; (7) se siente distante y poco implicado con sus hijos debido a su preocupación por la economía familiar y (8) dedica largas y frustrantes horas cada noche a controlar sus inversiones. Jeremy señalaba que el (1), (3) y (7) eran los costes más importantes asociados a su preocupación por ahorrar dinero.

En este punto de la terapia, Jeremy aún seguía estando muy inmerso en sus preocupaciones económicas. En consecuencia, le

costaba mucho elaborar una perspectiva alternativa. Tras una larga negociación y comentarios con el terapeuta se acordó que el siguiente modo de pensamiento se convertiría en el objetivo de tratamiento. *“Estoy ahorrando suficiente dinero para una pérdida económica moderada y temporal, pero es poco lo que yo podría hacer para garantizar la protección ante un período sostenido de ruina económica total”*. A continuación comentaron las ventajas de esta perspectiva sobre su situación económica: (1) menos ansiedad por ahorrar porque ya no necesita acumular una enorme red de seguridad para sus ahorros, (2) más tolerancia ante las fluctuaciones de la bolsa, (3) menos necesidad de controlar sus inversiones, (4) más libertad para gastar en placeres y comodidades cotidianas y (5) menos conflictos con la esposa en relación a los gastos porque ahora sería menor la necesidad de controlarlos. El (1) y el (5) fueron señalados como ventajas significativas de la nueva perspectiva. En términos de desventajas, Jeremy se preguntaba (1) si podría acabar con un fondo de inversión menor porque ahorra menos dinero y (2) estaría preparado para una gama más estrecha de posibles pérdidas económicas futuras. En general, Jeremy estaba de acuerdo en que eran evidentes las desventajas de sus pensamientos ansiosos relativos al ahorro y las ventajas derivadas de adoptar un punto de vista más moderado.

El terapeuta pudo recurrir al análisis de costes-beneficios en sesiones futuras pidiendo a Jeremy que pensara en “las consecuencias del pensamiento ansioso sobre los ahorros” y en los beneficios “de pensar en moderar el ahorro”. En particular, cada vez que Jeremy entraba en su preocupación ansiosa sobre la economía familiar, el terapeuta le sugería que “recordara el formulario de costes-beneficios, y lo que se estaba provocando sobre sí mismo mientras se preocupaba por un último desastre económico”. “Sobre la base del análisis de costes-beneficios, ¿cómo podría pensar en ahorrar de modo que sintiera menor ansiedad?”. Una vez más se recuerda a los clientes que la práctica en el pensamiento en términos del análisis de costes-beneficios cada vez que inician el pensamiento ansioso es un instrumento útil para debilitar el programa del miedo y reducir su ansiedad.

Pauta clínica 6.10

El análisis de costes-beneficios es una intervención cognitiva que enseña a los clientes a adoptar un enfoque pragmático examinando las ventajas y desventajas inmediatas y a largo plazo de asumir una amenaza exagerada, o alternatively, de adoptar una perspectiva más realista. El terapeuta hace uso del descubrimiento guiado y de las asignaciones de tareas para casa a fin de ayudar a los clientes a alcanzar el reconocimiento pleno de los enormes costes asociados a “asumir lo peor” y los beneficios derivados de una perspectiva alternativa más realista. Los clientes pueden recurrir a este insight para contrarrestar sus pensamientos y creencias ansiosas.

Decatastrofizar

Una tercera intervención cognitiva que es especialmente útil para la mayoría de los trastornos de ansiedad conlleva hacer que los clientes confronten “hipotéticamente” la catástrofe temida o lo peor que podría ocurrirles. Beck et al. (1985, 2005) presentan un comentario detallado sobre el uso de esta estrategia para modificar las valoraciones y creencias exageradas de amenaza. Craske y Barlow (2006) describen la tendencia a catastrofizar como “exagerar las cosas de forma desproporcionada” (p. 86) y decatastrofizar como “imaginar el peor resultado posible y después juzgar objetivamente su gravedad” (p. 87). Estos autores señalan que la tendencia a catastrofizar conlleva pensar en resultados cuya realización es completamente improbable, incluso imposible (p. ej., “Podría sufrir una enfermedad mental por aproximarme a un vagabundo”) o exagerar sucesos que son muy improbables (p. ej., “Las personas advertirán que estoy nerviosa y pensarán que soy mentalmente inestable”) o saltar a una conclusión extrema a partir de un hecho menor (p. ej., “Si cometo un error en este formulario, se invalidará por completo y nunca recibiré las ayudas por discapacidad”).

Decatastrofizar es una intervención efectiva cuando el pensamiento catastrófico es visible en las valoraciones de amenaza y vulnerabilidad del cliente. Es un enfoque particularmente útil para manejar la evitación cognitiva evidente en la preocupación patológica (Borko-

vec et al., 2004). Decatastrofizar confronta la evitación cognitiva animando al cliente a afrontar la catástrofe imaginada y la ansiedad asociada. Esta intervención presenta también otros beneficios terapéuticos como reconsiderar las estimaciones de la probabilidad y gravedad de la amenaza a un nivel más realista, aumentar la sensación de auto-eficacia para el manejo de resultados futuros negativos y fortalecer el procesamiento de información de seguridad y de señales de rescate en las situaciones futuras temidas.

La decatastrofización consta de tres componentes:

1. Fase de preparación
2. Descripción de la catástrofe (“¿Qué es lo peor que podría ocurrir?”; “¿Qué sería lo peor de eso?”)
3. Fase de resolución de problemas

La temporalización es clave para el uso de esta estrategia. Dado el nivel de ansiedad y evitación que a menudo se asocia a “pensar en el peor escenario posible”, debería recurrirse a otras estrategias cognitivas y conductuales para preparar al cliente para esta forma de “exposición imaginaria”. Más adelante en el curso de la terapia, la decatastrofización podría presentarse como el modo de confrontar “los miedos a la propia mente”. Al cliente deberíamos explicarle la justificación y las ventajas de esta intervención y deberíamos evaluar su disposición a participar en esta actividad.

Suponiendo que la preparación y la temporalización son apropiadas, el siguiente paso consiste en obtener del cliente la descripción detallada y completa del peor escenario posible. Se pueden usar preguntas de prueba como “¿Qué es lo peor que podría ocurrir?” o “¿Qué es tan malo de eso?”. Muchas veces la técnica de la flecha descendente puede servirnos para llegar hasta la catástrofe temida. Deberíamos animar al cliente a describir todos los aspectos de la catástrofe temida incluidas sus consecuencias para él mismo y para los demás (“¿Cómo cambiaría tu vida?”), la probabilidad de que ocurra, su gravedad y la incapacidad que percibe el cliente para afrontarla. El terapeuta debería determinar si el cliente reconoce alguna señal o rasgo de seguridad en el peor escenario posible. Si fuera apropiado, imaginar la catástrofe es un modo más potente de obtener los aspectos con

carga emocional del peor resultado posible. Las valoraciones de la ansiedad experimentada mientras se comenta o imagina la catástrofe deberían recogerse como forma de demostrar los efectos de inducción de la ansiedad que produce la catastrofización. Lograr que el cliente describa por escrito la catástrofe es un modo efectivo de reducir la posible evitación cognitiva que se produce cuando se imagina o incluso cuando se comenta el “peor escenario posible”. Además, el terapeuta debería determinar el nivel de insight del cliente sobre la naturaleza exagerada o irracional de la tendencia a catastrofizar y sus efectos sobre la ansiedad. Tras una clara descripción del peor escenario posible, se introduce el enfoque de resolución de problemas como procedimiento para contrarrestar esta forma de pensamiento. El enfoque de recogida de evidencias puede ser útil para evaluar la probabilidad del peor escenario posible. También puede elaborarse el mejor resultado posible como forma de enmarcar el resultado negativo más extremo y el más positivo (Leahy, 2005). Como alternativa a la catástrofe puede elaborarse un resultado negativo más realista e intermedio. En colaboración, el terapeuta y el cliente pueden diseñar un plan de acción que consistiría en el modo de afrontar el resultado negativo más realista. Este plan de acción se escribiría y se animaría al cliente a trabajar sobre lo planificado cada vez que comenzara a catastrofizar.

Por ejemplo, Josie sufría dos o tres crisis de angustia cada día. Estaba hipervigilante a su pulso y se sentía extremadamente ansiosa cada vez que percibía que el pulso subía y posiblemente era irregular. Entonces solía comenzar a malinterpretar catastróficamente su índice de pulsaciones, creyendo que sufriría un ataque mortal al corazón si sus pulsaciones eran demasiado altas. Tras varias sesiones de formación e intervenciones menos amenazantes centradas en su malinterpretación del índice elevado de pulsaciones, Josie accedió a ejecutar un ejercicio de exposición imaginaria en el cual la cliente imaginaba una taquicardia tan elevada que le provocaba un ataque al corazón, estaba sobre el suelo, aferrándose a su pecho, sola y muriéndose. Tras un ejercicio prolongado de recogida de evidencias, durante el cual la cliente y el terapeuta pudieron examinar las evidencias relativas a si la probabilidad y gravedad del resultado catastrófico eran o no exageradas, se consideró un resultado negativo alternativo. Josie decidió que

un resultado muy negativo mucho más probable sería la sensación de presión en el pecho, una taquicardia, seguida por un intenso dolor de pecho. Se apresuraba a un centro de urgencias médicas y comprobaba que había sufrido un ataque leve al corazón. Después se elaboró un plan de acción con respecto a cómo se manejaría durante el resto de su vida sabiendo que había sufrido una lesión cardíaca. Se animó a Josie a trabajar sobre “su ataque leve al corazón” cada vez que comenzara a catastrofizar. La finalidad de esta intervención era reducir el miedo (y la tendencia a catastrofizar) de Josie sobre una afección cardíaca y aumentar su capacidad percibida de afrontamiento.

Pauta clínica 6.11

Decatastrofizar conlleva la identificación del “peor escenario posible” asociado con una preocupación ansiosa, la evaluación de la probabilidad de este escenario y, a continuación, la construcción de un resultado angustioso más moderado y probable. La resolución de problemas se emplea para desarrollar un plan a fin de manejar el resultado negativo más probable.

Identificar los errores de pensamiento

Enseñar a los clientes ansiosos a ser más conscientes de los errores cognitivos que tienden a cometer cuando sienten ansiedad es otra estrategia útil para la modificación de las valoraciones falsas de la ansiedad. Subrayar los errores del propio estilo de pensamiento refuerza el mensaje de que las percepciones de amenaza son inexactas cuando las personas están ansiosas. Favorece un enfoque de cuestionamiento más crítico ante el propio pensamiento ansioso. Por ello, es importante que los clientes comprendan las razones de la identificación y de la posterior corrección de los errores cognitivos. El terapeuta podría hacer uso de la siguiente explicación:

“Aunque todas las personas pongamos en práctica estilos de pensamiento erróneos de cuando en vez, estos errores son particularmente prominentes cuando uno está ansioso. Cuando cometemos estos errores de pensamiento, nos suelen llevar a conclusiones más exageradas y sesgadas. Por ejemplo, si yo siempre me fijaría

sólo en los fallos o detalles imperfectos cada vez que doy un discurso público (error de visión de túnel), acabaría concluyendo que el discurso ha sido terrible y que yo había sido un auténtico fracaso. Lo mismo ocurre cuando cometemos estos errores cognitivos en situaciones de ansiedad. Nos llevan a conclusiones falsas y exageradas sobre la amenaza o el peligro de una situación y nuestra incapacidad para afrontarlo. Por ello, aprender a identificar estos errores y corregirlos es una intervención importante para reducir los pensamientos y sentimientos ansiosos”.

Los clientes pueden recibir una copia del Apéndice 5.6 a fin de familiarizarse con las seis formas de errores cognitivos que son comunes en la ansiedad: tendencia a catastrofizar, saltar a conclusiones, visión en túnel, miopía, razonamiento emocional y pensamiento de todo o nada. La identificación de los errores debería introducirse revisando en primer lugar los registros de pensamiento producidos durante la sesión y comentando los errores que sean visibles en el pensamiento ansioso del cliente. Esto puede ir seguido por la asignación de una tarea para casa en la que el cliente registre ejemplos de errores cognitivos extraídos de sus experiencias cotidianas (Apéndice 5.6). Tras este ejercicio el terapeuta anima a los clientes a incorporar la identificación de errores a una estrategia cognitiva utilizada cada vez que inicien el pensamiento ansioso o de preocupación.

Taylor (2000) describe un enfoque de razonamiento inductivo que puede ser muy útil para contrarrestar el estilo erróneo de pensamiento que conduce a las valoraciones exageradas de la amenaza. Mediante el uso del cuestionamiento socrático y el enfoque del descubrimiento guiado, el terapeuta examina con el cliente cómo una situación o síntoma particular puede llevarlo al resultado temido. Por ejemplo, a un cliente se le puede preguntar cómo la presión en el pecho podría ocasionar un ataque al corazón, o cómo permanecer tumbado previene tales ataques. A una persona con TEPT que sienta ansiedad al recordar el trauma pasado se le podría preguntar cómo tales recuerdos aumentan la probabilidad del peligro presente o trauma futuro. A los individuos con obsesiones sexuales repugnantes se les podría preguntar cómo tales pensamientos les podrían llevar a cometer delitos

sexuales, o a una persona con fobia social se le podría pedir que explique el modo en que el nerviosismo puede conducir a la humillación pública. Esta forma de cuestionamiento inductivo permite al terapeuta presentar material que pueda ser usado para subrayar los errores cognitivos del pensamiento ansioso que conducen a falsas conclusiones sobre la amenaza y la vulnerabilidad personal.

Pauta clínica 6.12

Los clientes aprenden a identificar los errores cognitivos y el razonamiento inductivo erróneo que caracterizan al estilo de pensamiento ansioso. Esta intervención ayuda a los clientes a desarrollar una postura más crítica sobre sus pensamientos ansiosos automáticos.

Generar una explicación alternativa

Durante los períodos de ansiedad elevada, el estilo de pensamiento del individuo suele ser extremadamente rígido e inflexible, con un estrecho foco en la amenaza o peligro percibido (Beck et al., 1985, 2005). Muchas veces los clientes reconocen que su pensamiento ansioso es irracional pero la intensa carga emocional asociada al mismo les impide ignorarlo. Por ello, la búsqueda de explicaciones alternativas para las situaciones ansiosas puede costarles enormemente. Será imprescindible la práctica repetida con la ayuda del terapeuta cognitivo en el desarrollo de explicaciones alternativas para una variedad de situaciones ansiosas, antes de que esta habilidad se generalice a las situaciones ansiosas de la vida cotidiana. Puede ser necesario presentar la alternativa como una posibilidad provisional que se ofrece al cliente para que la contemple como otro modo de entender la situación (Rouf, Fennell, Westbrook, Cooper & Bennet-Levy, 2004). En terapia cognitiva para la ansiedad es fundamental aprender simultáneamente a producir interpretaciones alternativas menos ansiosas porque los clientes necesitan explicaciones fiables para sustituir su interpretación catastrófica.

Se puede usar el Formulario de Interpretaciones Alternativas del Apéndice 6.4 como herramienta terapéutica que se emplea durante la sesión o como tarea para casa para generar explicaciones alternati-

Tabla 6.3. Ilustraciones de explicaciones catastróficas, más deseadas y alternativas que pueden ser relevantes para varios trastornos ansiosos

Trastorno de ansiedad	Interpretación catastrófica	Resultado deseado	Interpretación alternativa
Trastorno de angustia (mareos, sentimientos de irrealidad)	"Estoy perdiendo el control, el contacto con la realidad. Quizá me esté volviendo loca y tendré que ser hospitalizada".	"Quiero sentirme siempre plenamente consciente en todo momento".	"Los sentimientos de irrealidad y mareo reflejan variaciones normales en el nivel de activación que pueden estar afectados por diversos factores internos y externos".
Fobia social (observa señales de ansiedad creciente)	"Todos advertirán que me estoy poniendo ansioso y se preguntarán qué me ocurre. Acabaré haciendo el ridículo".	"Quiero sentirme siempre completamente relajado y seguro en los contextos sociales".	"Uno puede sentirse ansioso y, aún así, proceder competentemente en el contexto social. No se puede saber si los demás observarán o no mi ansiedad y extraerán conclusiones negativas".
Trastorno de ansiedad generalizada (preocupación por finalizar las pequeñas tareas cotidianas)	"Estaré tan preocupada por hacer las tareas y los encargos que me paralizaré completamente y tendré que ser rehospitalizada".	"Quiero tener confianza y certeza plena de que he logrado los objetivos que me he planteado para el día".	"La preocupación me retrasará y reducirá la cantidad de cosas que pueda hacer pero no necesariamente me llevará a la parálisis completa y a la inactividad".
Trastorno obsesivo-compulsivo (miedo a la contaminación mental)	"Si me aproximo demasiado a las personas que siento que son extrañas o diferentes perderé mi potencial creativo".	"Prefiero evitar todo el contacto con las personas que son diferentes y amenazan mi creatividad".	"Mi creatividad se ha visto afectada por el TOC más que por la proximidad de personas que percibo como indeseables".
Trastorno por estrés postraumático (reacción a las imágenes relacionadas con la agresión)	"Mi incapacidad para suprimir estas imágenes indica que el TEPT es tan malo que nunca seré capaz de funcionar en la vida".	"Deseo no volver a tener ningún recuerdo o memoria indeseada de la brutal agresión".	"Todas las personas que han sido agredidas tienen que vivir con los recuerdos angustiosos al tiempo que minimizan su impacto sobre la vida cotidiana".

vas. La mayoría de los clientes serán capaces de producir, sin grandes dificultades, el "resultado más temido" y el "resultado más deseado". El resultado alternativo, más realista o probable requerirá más ayuda y guía por parte del terapeuta. Una buena perspectiva alternativa debería presentar las siguientes características:

1. Ser claramente distinta de la interpretación catastrófica.
2. Adaptarse mejor a los hechos y a la realidad de la situación.
3. Permitir la evaluación empírica.

Un cliente con TOC señalaba que su principal obsesión eran diferentes pensamientos sexuales molestos relativos a ser homosexual. Aunque estaba avergonzado por sus aparentes reacciones homofóbicas, seguía sintiéndose intensamente ansioso cada vez que las situaciones le provocaban dudas sobre su orientación sexual. Su interpretación catastrófica era “¿Qué ocurriría si estos frecuentes pensamientos relativos a ser gay significan que soy un homosexual latente? Siendo así tendré que divorciarme de mi esposa y vivir con un amante homosexual”. Su resultado más deseado era “No volver a tener nunca pensamientos relativos a ser gay y tener la certeza absoluta de que soy completamente heterosexual”. La explicación alternativa más probable era “Mis frecuentes dudas sobre ser o no ser gay no se deben a alguna homosexualidad latente sino a mi excesiva reacción a estos pensamientos, porque estos pensamientos representan una violación de mis estándares personales morales”. La interpretación alternativa es el polo opuesto de la explicación catastrófica. Mientras que el punto de vista ansioso es “Estos pensamientos pueden estar causados por una orientación homosexual inconsciente”, la explicación alternativa es “Estos pensamientos están causados por una falsa respuesta que se deriva de la extrema aversión a la orientación homosexual (es decir, homofobia)”. La recogida de evidencias y la puesta en prueba de hipótesis empíricas son más efectivas cuando el punto de vista alternativo y la explicación catastrofista son polos opuestos. De este modo los resultados de tales ejercicios serán pruebas definitivas de la conclusión alternativa frente a la catastrófica.

En la Tabla 6.3 se presentan ejemplos de interpretaciones catastróficas, resultados deseados y explicaciones alternativas que pueden hallarse en trastornos de ansiedad específicos. El objetivo es trabajar con el cliente en la producción de explicaciones alternativas que estén sujetas a la verificación empírica. Con la práctica el cliente puede aprender a sustituir la interpretación catastrófica por una explicación alternativa, reduciendo así las valoraciones exageradas de la amenaza y la ansiedad subjetiva asociada.

Pauta clínica 6.13

Para remediar el pensamiento ansioso se necesita descubrir interpretaciones alternativas más realistas que puedan sustituir las valoraciones exageradas de la amenaza. Las alternativas más efectivas para contrarrestar los pensamientos y creencias ansiosas automáticas son aquellas que ofrecen una perspectiva más equilibrada, basada en evidencias y que sea claramente distinta de los esquemas ansiosos.

Comprobación de hipótesis empíricas

Una de las intervenciones más importantes para el cambio cognitivo es la experimentación conductual o puesta en prueba de las hipótesis empíricas. Inicialmente presentada en el manual de terapia cognitiva para la depresión (Beck et al., 1979), se planifican los experimentos conductuales, se diseñan las experiencias estructuradas para que el cliente disponga de datos experienciales a favor y en contra de las valoraciones o creencias de amenaza y vulnerabilidad. La guía clínica más completa sobre experimentación conductual, *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*, ofrece la siguiente definición operativa: “Los experimentos conductuales son actividades experienciales planificadas, basadas en la experimentación y la observación, que ejecutan los pacientes durante o entre las sesiones de terapia cognitiva” (Bennett-Levy et al., 2004, p.8). Se derivan de la formulación cognitiva de la ansiedad y su principal finalidad es proporcionar información nueva que ponga en prueba la validez de los pensamientos disfuncionales, que refuerce creencias más adaptativas y que verifique la formulación cognitiva. Sobre la base de las consideraciones conceptuales, la experiencia clínica y algunas pruebas empíricas, Bennett-Levy et al. (2004) definen la experimentación conductual como la estrategia terapéutica disponible más poderosa para que los terapeutas cognitivos promuevan el cambio cognitivo, afectivo y conductual.

En los trastornos de ansiedad la puesta en prueba de hipótesis empíricas suele conllevar alguna forma de exposición a la situación temida y una manipulación desconfirmante que ponga a prueba la

validez de la valoración ansiosa (D.M. Clark, 1986b; Wells, 1997). Los ejercicios más efectivos de puesta en prueba de hipótesis se estructuran de tal modo que el resultado del experimento desmienta la creencia ansiosa y confirme la interpretación alternativa. Dada la extensa cantidad de pruebas empíricas favorables a la efectividad de la exposición para la reducción del miedo (véanse comentarios del Capítulo 7), los ejercicios basados en la exposición que conllevan la puesta en prueba de hipótesis son una forma clave de intervención de la terapia cognitiva para la ansiedad. Los experimentos conductuales deberían presentarse a comienzos de la terapia y mantenerse a lo largo del curso de tratamiento. Muchas veces desempeñan una función clave en la modificación del pensamiento ansioso. De hecho, es difícil imaginar una intervención cognitiva efectiva para la ansiedad que no incluya demostraciones conductuales durante o entre las sesiones, como por ejemplo pedir a los clientes que supriman los pensamientos relativos a un oso blanco para ilustrar los efectos negativos de la supresión intencionada del pensamiento. En el siguiente apartado se comentan los pasos típicos para el desarrollo efectivo del ejercicio de puesta en prueba de hipótesis empíricas. (Véase Rouf et al., 2004, para una descripción más completa sobre el modo de construir experimentos conductuales efectivos).

Paso 1. La justificación

Cualquier ejercicio de puesta en prueba de hipótesis empíricas debería derivarse del problema fundamental de la sesión terapéutica y debería ser coherente con la formulación cognitiva del caso. El terapeuta cognitivo presenta el ejercicio mediante una justificación del mismo. Esto se ilustra en el siguiente ejemplo. Jodie era una estudiante universitaria de 22 años de edad que desarrolló una ansiedad incapacitante relativa a la asistencia a clases tradicionales muy concurridas. Su pensamiento ansioso primario era “Todas mis compañeros me ven y piensan que no pertenezco a la universidad”. Esto la llevaba a conductas de huida (es decir, salir antes de clase) y evitación (es decir, no acudir a clase) que estaban perjudicando sus logros académicos. En esta situación el terapeuta presentó un experimento conductual señalando:

“Por consiguiente, Jodie, usted está sentada en la clase y se siente muy ansiosa. Tiene el pensamiento ‘probablemente todos me estén mirando y estén pensando que no pertenezco a la universidad’. Me pregunto si podríamos hacer un experimento o algún tipo de ejercicio para probar la exactitud de este pensamiento. Podría pedirle que busque y recuerde razones por las que considera que su interpretación es verdadera o falsa, pero el modo más exacto de descubrirlo es registrar información *in situ*. El mejor modo de comprobar este pensamiento ansioso consiste en recoger información sobre el mismo mientras usted está en el aula. Todos nosotros aprendemos mucho más de nuestras propias experiencias que de escuchar a los profesores o incluso a los terapeutas, para el caso. De hecho, las tareas para casa como ésta, se han demostrado muy útiles para reducir la ansiedad. Esto no sólo le ofrece la oportunidad de poner a prueba el pensamiento ansioso, sino que también le ofrece la posibilidad de trabajar directamente sobre la ansiedad. ¿Le gustaría que trabajáramos juntos en la elaboración de un ejercicio que pudiera poner a prueba su pensamiento ansioso?”.

Paso 2. Afirmación de la valoración de la amenaza y su alternativa

Suponiendo que se ha establecido la colaboración con el cliente, el siguiente paso consiste en afirmar la valoración de la amenaza y su alternativa. Puede usarse el Formulario para la Comprobación de Hipótesis Empíricas del Apéndice 6.5 para formular el experimento conductual y recoger los datos de los resultados. Para que el experimento conductual sea efectivo, es esencial disponer de una afirmación clara y específica de la interpretación de la amenaza (es decir, creencia o pensamiento ansioso) que se convertirá en el objetivo del ejercicio. El terapeuta debería registrar la valoración ansiosa en el Formulario de Comprobación de Hipótesis Empíricas y pedir a los clientes que valoren su creencia en base a una escala de 0 a 100, en el momento en que comienzan con el ejercicio conductual. El terapeuta y el cliente, a continuación, especifican una interpretación alternativa que sea distinta y más plausible que el pensamiento o creencia ansiosa (véase apartado anterior sobre la generación de alternativas). La alternativa se registra en el formulario y se pide al

cliente que vuelva a valorar la creencia al finalizar el experimento conductual. Las dos valoraciones de la creencia serán indicativas de si el experimento conductual ha producido un cambio en la creencia desde la perspectiva centrada en la amenaza hasta el punto de vista alternativo.

En nuestro caso, la interpretación de la amenaza de Jodie era “Si me pongo nerviosa en clase todos me mirarán y pensarán que no pertenezco a la universidad”. La interpretación alternativa era “Mi nerviosismo es muy evidente para mí pero difícilmente visible para mis compañeros. Además ellos están demasiado ocupados atendiendo a la clase, hablando con la persona que está a su lado, durmiendo o soñando como para destinar su tiempo a fijarse en mí”. Cada una de estas afirmaciones fue desarrollada colaboradoramente durante la sesión terapéutica para el experimento conductual.

Paso 3. Planificar el experimento

Idear un buen experimento conductual probablemente requerirá como mínimo entre 10 y 15 minutos del tiempo de terapia. Es importante anotar suficientes detalles sobre cómo debería desarrollarse el experimento para que el cliente sepa con certeza qué debe hacer en determinado momento y en una localización particular. El experimento debe conllevar una actividad que ofrezca una prueba clara entre la interpretación ansiosa y la alternativa. Es importante que el ejercicio sea planificado de forma colaboradora con el cliente y que éste coincida en que el experimento es una prueba relevante del pensamiento ansioso. Carece de sentido realizar un ejercicio de comprobación de una hipótesis empírica de cuya relevancia dude el cliente o no tenga intención de ejecutar. Suponiendo que entre terapeuta y cliente se haya acordado cuál es el ejercicio relevante, el terapeuta debería anotar las instrucciones para completar el experimento en la columna izquierda del Formulario de Comprobación de Hipótesis Empíricas.

Rouf et al. (2004) comentan diversos aspectos a considerar durante la planificación de los experimentos conductuales. Debemos garantizar que la finalidad del experimento sea clara, que se haya identifi-

cado el momento y el lugar para el experimento y que se disponga de los recursos necesarios para llevar a cabo el ejercicio que hayamos establecido. Cualquier problema anticipado debe ser resuelto antes de asignar el ejercicio. El terapeuta puede preguntar al cliente “¿Qué cree que puede desanimarlo o incluso impedir que realice este ejercicio?”. Los problemas como la falta de tiempo, las limitadas oportunidades o el aumento anticipado de la ansiedad deben ser contemplados antes de asignar el ejercicio. Es recomendable que del experimento se obtenga algo constructivo independientemente del resultado (es decir, una situación de ganar-ganar) y que el ejercicio no sea excesivamente difícil o demasiado exigente para el cliente. Por último, todas las dudas, miedos y otras preocupaciones expresadas por el cliente deben ser contempladas y evaluadas por el médico del cliente ante cualquier posible complicación física.

En nuestro caso ilustrativo, se elaboró el siguiente experimento conductual. Jodie accedió a acudir a la clase 101 de Química el siguiente miércoles a las 9:00 de la mañana. Se le pidió que llegara a clase a las 8:55 y que se sentara en la fila intermedia a tres asientos de distancia desde los costados. Diez minutos después de iniciada la clase, anotaría cualquier cosa que percibiera en los demás estudiantes y que indicara que la estaban mirando directamente. Quince minutos después de iniciada la clase, respiraría profundamente tres o cuatro veces y observaría si alguien notaba lo que hacía. Veinte minutos después de iniciada la clase trataría de mover levemente su cuerpo durante unos segundos y observaría si alguien lo notaba. El terapeuta y la cliente practicaron cada uno de los elementos del experimento: cómo registrar las reacciones de los estudiantes y qué conducta puede considerarse como una mirada directa, cómo respirar profundamente y como agitar su cuerpo levemente. Jodie estaba de acuerdo en practicar ejercicio y creía que constituía un buen modo de comprobar cuánta atención atraía en el aula.

Paso 4. Afirmación de la hipótesis

En el tercer ítem del Formulario para la Comprobación de Hipótesis Empíricas (Apéndice 6.5), se registra la hipótesis específica que

refleja el resultado del experimento que prevé el cliente. La hipótesis reflejaría directamente el pensamiento o creencia ansiosa especificada en el ítem 1. El terapeuta puede preguntar, “Sobre la base de su pensamiento ansioso [repítase el ítem # 1 aquí], ¿qué cree que ocurrirá durante el ejercicio? ¿Qué resultado le haría sentir más ansiedad?”. En el presente caso, Jodie escribió la siguiente hipótesis en el formulario “Cualquier cosa extraordinaria que haga en el aula, como llegar antes de la hora, respirar profundamente o moverme levemente, captará la atención de mis compañeros. Una vez que advierto que las personas me miran, me sentiré muy ansiosa”. La hipótesis se deriva de la interpretación ansiosa (es decir, “si me pongo nerviosa en clase todos se fijarán en mí y pensarán que no pertenezco a la universidad”) pero es una aplicación más específica de la interpretación de la amenaza para el experimento real.

Paso 5. Registrar el experimento mismo y el resultado

Los clientes deberían describir el procedimiento empleado para llevar a cabo el experimento y su resultado tan pronto como les sea posible después de concluido el experimento. La descripción de lo que se ha hecho y de su resultado puede anotarse en las columnas central y derecha del Formulario para la Comprobación de Hipótesis Empíricas. A menudo los individuos no desarrollan el experimento tal y como había sido planeado, por ello es importante incluir la descripción de cada paso para poder evaluar el éxito del ejercicio. Sin embargo, lo más importante es el resultado obtenido y especificado por el cliente para poder hacer el seguimiento de los efectos del experimento conductual. El resultado percibido por el cliente ofrecerá la información necesaria para determinar si el ejercicio ha tenido efecto sobre los pensamientos y sentimientos ansiosos. Por lo tanto, el resultado registrado en el formulario se convertirá en el principal foco de la terapia cuando se revisen las tareas para casa.

Paso 6. Fase de conclusión

El éxito de un experimento conductual depende en gran medida de la efectividad con que el terapeuta revise el resultado del ejercicio

durante la siguiente sesión. A tenor de la información registrada en el Formulario de Comprobación de Hipótesis Empíricas, el terapeuta usa una combinación de escucha activa y cuestiones de prueba para determinar cómo se implementó el ejercicio y cómo evalúa el cliente el resultado obtenido. Rouf et al. (2004) sugieren que deberían examinarse los siguientes aspectos: (1) los pensamientos y sentimientos del cliente antes, durante y después del experimento; (2) cualquier cambio en el estado físico; (3) pruebas relativas a cualquier conducta de seguridad o medidas auto-protectoras que se hayan utilizado; (4) observaciones sobre cómo han reaccionado otras personas ante el cliente; (5) características significativas del contexto y (6) el resultado en términos de cambios observables en el pensamiento y en los sentimientos del cliente.

Al comentar el experimento es particularmente importante evaluar el resultado a la luz de la hipótesis previamente formulada o del resultado previsto. ¿Experimentó la cliente tanta ansiedad como esperaba? ¿Fue su respuesta o la de los demás coherente con su predicción? ¿Era el resultado más o menos positivo de lo esperado? ¿Qué grado de similitud existe entre el resultado real y el previsto? ¿Si ha existido alguna discrepancia, qué indica esto sobre la relación entre las valoraciones de amenaza y la ansiedad? Al revisar el resultado del experimento conductual, el terapeuta dirige la atención del cliente a las propiedades provocadoras de ansiedad de las interpretaciones aumentadas de amenaza y vulnerabilidad, y a los efectos reductores de ansiedad de la perspectiva alternativa. El objetivo es reforzar la conceptualización cognitiva de la ansiedad y promover la idea de que el cambio cognitivo es un componente crítico en la reducción de la ansiedad.

La finalidad general de la fase de consolidación, por lo tanto, es llegar al sentido o importancia personal del ejercicio para los clientes. ¿Ha ofrecido el experimento conductual una demostración clara de la conceptualización de la ansiedad? ¿Ha aprendido el cliente algo nuevo sobre su pensamiento o su modo de afrontar la ansiedad que podría ser responsable de su reducción? ¿Ha subrayado el ejercicio que las valoraciones exageradas de amenaza y vulnerabilidad pueden intensificar la ansiedad subjetiva? ¿Qué enseñanza puede

extraer el cliente del experimento? Esta forma de cuestionamiento garantizará que el experimento conductual encaje en la conceptualización cognitiva del caso elaborada para el cliente. Además, servirá también para consolidar cualquier logro de la terapia que se haya producido durante las sesiones. De hecho, la principal finalidad de los experimentos conductuales que se asignan como tareas para casa es reforzar o consolidar lo aprendido en la sesión de terapia cognitiva ofreciendo al cliente pruebas experienciales que sean personalmente relevantes. Es esta revisión crítica del resultado del experimento y sus implicaciones lo que permite que los ejercicios de puesta en prueba de las hipótesis empíricas desempeñen un papel importante en el proceso terapéutico.

Jodie manifestó durante la siguiente sesión terapéutica que había puesto en práctica el experimento conductual y había anotado la descripción del experimento y su resultado en el formulario. Señalaba que había llegado a las 8:55 y se había sentado en la fila intermedia. Diez minutos después hizo una observación detallada de sus compañeros y 15 minutos después de iniciada la clase había respirado profundamente en tres o cuatro ocasiones y había observado las posibles reacciones. Sin embargo, fue incapaz de mover levemente su cuerpo 20 minutos después por miedo a que alguien advirtiera su extraña conducta. En el apartado del resultado señalaba que sólo uno o dos estudiantes la habían mirado al sentarse en el aula y al respirar profundamente. Cuando el terapeuta revisó el formulario con más detenimiento, Jodie indicaba que, curiosamente, se había sorprendido al comprobar la escasa atención que le prestaban sus compañeros. Le sorprendió también sentir menos ansiedad de lo normal durante la clase. El terapeuta subrayó la discrepancia entre el resultado real (“Los estudiantes prestan menos atención incluso cuando Jodie actuaba de un modo que hubiera podido atraer la atención momentánea”) y la predicción de Jodie (“Si hago algo como respirar de un modo diferente eso atraerá la atención hacia mí y me pondré muy nerviosa”). Este experimento supuso para Jodie una demostración potente de que pensar en que los otros se fijan en ella le lleva a sentir más ansiedad que las miradas momentáneas de los demás, y que comparar sus pensamientos ansiosos

(“las personas me miran”) con las pruebas reales (“las personas se fijan en mí mucho menos de lo que pensaba”) producirá la reducción de los sentimientos ansiosos.

Paso 7. Síntesis de hallazgos e implicaciones

El último paso de la comprobación de hipótesis empíricas consiste en sintetizar los hallazgos y extraer conclusiones para desarrollar un nuevo enfoque de la ansiedad. Este resumen puede especificarse por escrito en el Formulario para la Comprobación de Hipótesis Empíricas y dársele al cliente para futuras referencias. En el caso de Jodie, el experimento realizado en la clase se resumió del siguiente modo:

“Las personas muchas veces tenemos pensamientos exagerados como ‘todos los de la clase me están mirando y están pensando que algo raro me ocurre’. Estos pensamientos suelen estar sesgados y muchas veces incluso son falsos pero generan ansiedad considerable. Cuando ponemos a prueba estos pensamientos y observamos que no son verdaderos, nuestro nivel de ansiedad se reduce sustancialmente. Por eso, en el futuro, cuando sienta ansiedad, debería preguntarme ‘¿Es correcto mi pensamiento o estoy exagerando la amenaza o el peligro de la situación?’ y a continuación comprobarlo en la realidad. Si existen pocas pruebas que defiendan el pensamiento, conviene elaborar un punto de vista alternativo que se pueda poner en práctica”.

Pauta clínica 6.14

La comprobación de hipótesis empíricas es una de las herramientas más poderosas para modificar los pensamientos, sentimientos y conductas ansiosas. Se diseñan ejercicios para poner a prueba la veracidad de las interpretaciones ansiosas y reforzar la viabilidad de las explicaciones alternativas. Los experimentos conductuales efectivos requieren la planificación y especificación cuidadosa que se derivan de la formulación cognitiva del caso. El comentario de los resultados y sus implicaciones son un componente importante de esta intervención terapéutica.

Estrategias cognitivas en desarrollo: ampliación del instrumental clínico

El enfoque de la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad es una psicoterapia en proceso de desarrollo que promociona los hallazgos y descubrimientos nuevos en las intervenciones terapéuticas que se derivan de la investigación empírica y de la práctica clínica. Durante los últimos años se han presentado en la literatura clínica cuatro nuevos procedimientos cognitivos que pueden ser útiles en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. A diferencia de las intervenciones cognitivas estándar que se han comentado en el apartado anterior, estas nuevas intervenciones se encuentran aún en fase de desarrollo y de investigación empírica. Hasta no disponer de más información relativa a su eficacia y contribución adicional a la terapia cognitiva, deberían usarse sólo como estrategias terapéuticas auxiliares en el proceso de la terapia cognitiva para la ansiedad.

Técnica de entrenamiento atencional

Wells (2000) presentó la técnica de entrenamiento atencional (TEA) como un procedimiento terapéutico para modificar la naturaleza perseverante del procesamiento auto-referente. En los trastornos de ansiedad, muchas veces se observa el pensamiento repetitivo y muy persistente en forma de preocupación, obsesiones y rumiación ansiosa. La justificación que subyace a la TEA es enseñar al individuo ansioso a interrumpir su procesamiento repetitivo auto-atencional que contribuye a la persistencia del estado ansioso. Wells (2000) sugiere que la TEA puede ser efectiva para aliviar la angustia emocional (p. ej., ansiedad) debilitando la atención focalizada en uno mismo, interrumpiendo la rumiación y la preocupación, aumentando el control ejecutivo sobre la atención y fortaleciendo el procesamiento metacognitivo. Según Wells (2000) la técnica de entrenamiento atencional (TEA) consiste en ejercicios atencionales mediante los cuales se enseña a los clientes a prestar atención selectivamente a sonidos neutrales, a cambiar rápidamente la atención entre sonidos y a dividir su atención entre diversos sonidos. Todo el procedimiento requiere entre 10 y 15 minutos de tera-

pia y se practica en un estado no ansioso. En primer lugar se presenta a los clientes la técnica y la justificación de su eficacia. El principal aspecto comunicado al cliente es que la TEA es un procedimiento para reducir la atención centrada en uno mismo que se sabe que intensifica los pensamientos y sentimientos ansiosos. El terapeuta puede recurrir a demostraciones específicas para ilustrar los efectos negativos de la atención centrada en uno mismo (p. ej., lograr que un cliente se concentre intensamente en un pensamiento o imagen ansiosos y advertir cualquier cambio en su estado anímico). Tras garantizar que se acepta la justificación, el terapeuta presenta una escala para valorar la atención centrada en uno mismo, en la cual el cliente selecciona una cifra entre -3 y +3 para indicar el grado en que su atención se centra completamente en estímulos externos (-3) o su atención se centra enteramente en sí mismo (+3). Estas valoraciones se efectúan antes y después de la sesión práctica de TEA para garantizar que el ejercicio de atención dirigida produce una reducción de la atención centrada en uno mismo.

Durante el procedimiento TEA, el terapeuta instruye al cliente para que se concentre en un punto de la pared. Sentado detrás del cliente, el terapeuta instruye al cliente, en primer lugar, para que dedique toda su atención a la voz del terapeuta. A continuación se pide al cliente que atienda a un sonido que el terapeuta realiza con los dedos. Una vez más se le instruye para que cambie el foco de atención y se concentre plena y completamente en los toquitos producidos por los dedos y no permita que otros sonidos le distraigan. Después se pide al cliente que preste atención a un tercer sonido del recinto, como por ejemplo el tic-tac de un reloj que haya en el despacho. Este procedimiento se repite para tres sonidos diferentes que estén en una distancia próxima (es decir, en los alrededores del despacho) y tres sonidos que sean distantes (es decir, que estén fuera, en la calle).

Una vez que los clientes hayan puesto en práctica la focalización de la atención en diferentes sonidos, el terapeuta menciona los distintos sonidos y pide a los clientes que cambien rápidamente su atención de uno al siguiente. Este rápido cambio de atención se practica durante algunos minutos. Por último, se instruye a los clientes

para que amplíen su foco de atención y se concentren en todos los sonidos simultáneamente y que cuenten el número de sonidos que escuchan cada vez. Tras completar el procedimiento de entrenamiento, el terapeuta obtiene feedback del cliente. Se subraya que la dirección intencionada de la atención es difícil pero que con la práctica mejorará su capacidad. Se asignan tareas para casa que consisten entre 10 y 15 minutos de práctica TEA dos veces al día. Sin embargo, es importante garantizar que los clientes no usen la TEA para evitar sus pensamientos ansiosos o para controlar los síntomas de ansiedad (Wells, 2000).

Una variante de la TEA que, posiblemente, sea más aplicable a los trastornos de ansiedad es la refocalización atencional situacional (RAS). En la RAS se enseña a los clientes a cambiar su atención de un foco de información interno a uno externo que pueda desmentir la interpretación relacionada con la amenaza. Wells (2000) comenta el uso de la RAS en combinación con la exposición, donde al individuo con fobia social se le enseña a turnar su atención entre la información externa de la situación social y la atención centrada en uno mismo, que con tanta frecuencia se observa en la ansiedad social. Por ejemplo, al individuo con ansiedad social que se concentra completamente en sí mismo (es decir, auto-conciencia) y en lo mal que se siente, se le instruye para que cambie su foco de atención y observe la apariencia y las expresiones faciales de otras personas de la situación; que observe si esas personas realmente le están mirando (Wells, 2000). Aunque las pruebas empíricas favorables a la eficacia de la TEA y la RAS son aún preliminares, los hallazgos derivados de una serie de estudios de caso único parecen prometedores (Papageorgiou & Wells, 1998; Wells & Papageorgiou, 1998b; Wells, White & Charter, 1997).

Intervención metacognitiva

La capacidad para monitorear y regular nuestro aparato de procesamiento de información es una función ejecutiva crítica de suma importancia para la adaptación y supervivencia humanas. No sólo evaluamos los estímulos externos que afectan sobre nuestros sentidos, también evaluamos nuestros propios pensamientos y creencias.

Flavell (1979) se refería a esta capacidad para evaluar y regular nuestros procesos de pensamiento como *metacognición*, o “pensamiento sobre el pensamiento”. La metacognición es evidente como un proceso cognitivo dinámico mediante el cual valoramos los pensamientos, las imágenes y los impulsos que acceden a la conciencia así como las creencias más duraderas o los conocimientos sobre la cognición y su control. Wells (2000) definía la *metacognición* como “cualquier conocimiento o proceso cognitivo que participe en la valoración, monitoreo o control de la cognición” (p. 6).

Una función importante de los procesos metacognitivos es la instigación de las estrategias de control que podrían llevarnos a su intensificación o al cambio en el monitoreo interno (es decir, conocimiento consciente) en dirección a un pensamiento particular o a alejarlo del mismo (Wells, 2000). Como se evidencia en el Capítulo 3, la emoción produce un efecto de sesgo significativo sobre el procesamiento de información. Se prevé que en los estados ansiosos, las creencias metacognitivas sobre la amenaza se activen y los procesos de monitoreo interno se vean sesgados en dirección a la detección y elaboración del pensamiento relacionado con la amenaza. Ejemplos de creencias metacognitivas relevantes para la amenaza son: “Cuanto más piensa uno en pensamientos ansiosos, más probable es que ocurra el resultado esperado”, “Voy a verme completamente superado por la ansiedad si no dejo de pensar de este modo”, “Si pienso que es peligrosa, la situación debe ser peligrosa”. A su vez, estas creencias podrían llevarnos a la activación de estrategias compensatorias de control metacognitivo, como los esfuerzos por suprimir intencionadamente los pensamientos ansiosos, que paradójicamente causan un aumento de los pensamientos indeseados y la persistencia del estado emocional negativo (Wells, 2000, 2009; Wells & Matthews, 2006).

La relevancia de una conceptualización metacognitiva es evidente en el TOC y en el TAG, donde los individuos se sumergen en valoraciones obvias de sus pensamientos angustiosos indeseados (es decir, las obsesiones, la preocupación) y efectúan esfuerzos desesperados para controlar las intrusiones mentales (véase D. A. Clark, 2004; Wells, 2000, 2009, para más detalles). Sin embargo, las creencias, las

valoraciones y las estrategias de control metacognitivas son evidentes en la mayoría de los trastornos de ansiedad y por ello es recomendable intervenir a este nivel en la terapia cognitiva para la ansiedad. Son tres los aspectos a tomar en consideración con respecto al nivel metacognitivo en la terapia cognitiva.

Evaluación metacognitiva

Como paso inicial es necesario identificar las valoraciones, creencias y estrategias de control metacognitivas primarias que caracterizan al estado de ansiedad. Una vez que los principales pensamientos ansiosos automáticos hayan sido identificados, el terapeuta podría tratar de indagar con respecto a los procesos metacognitivos del siguiente modo:

- “Cuando tiene este pensamiento ansioso (p. ej., ‘Voy a reventar completamente esta entrevista de trabajo y nunca seré capaz de lograr un puesto’), ¿qué determina que éste sea un pensamiento importante o amenazante para usted?”.
- “¿Está preocupado por las posibles consecuencias negativas de albergar tales pensamientos?”.
- “¿Por qué cree que sigue teniendo tales pensamientos?”.
- “¿Es posible controlarlos? En ese caso, ¿qué estrategias de control funcionan y cuáles no le funcionan a usted?”.

Observe que esta línea de cuestionamiento se centra en el modo en que el individuo valora la experiencia misma de tener pensamientos ansiosos. En el presente ejemplo, el cliente podría indicar que le preocupa que tener esos pensamientos antes de la entrevista le pueda provocar una mayor ansiedad y mayor probabilidad de efectuarla mal. Una creencia metacognitiva prominente puede ser “Pensar que reventará la entrevista aumenta la probabilidad de que usted no obtenga el trabajo” y “Es básico tener el control de este pensamiento para poder hacer una buena entrevista”. Una vez identificadas tales creencias o valoraciones metacognitivas, la evaluación debería centrarse en las estrategias de control mental que el individuo podría usar para alejar su atención del pensamiento ansioso.

Intervención metacognitiva

Cuando las valoraciones y creencias metacognitivas claves que caractericen al estado de ansiedad se hayan identificado, el terapeuta cognitivo puede recurrir a las estrategias estándar de reestructuración cognitiva para modificar este fenómeno cognitivo. Pueden usarse estrategias como la recogida de pruebas, el análisis de costes-beneficios, la decatastrofización y la comprobación de hipótesis empíricas para modificar los procesos metacognitivos. La diferencia no se encuentra tanto en las intervenciones, sino en el objetivo del cambio. En nuestro comentario anterior hemos recurrido a estas estrategias cognitivas para modificar directamente las valoraciones exageradas de amenaza y vulnerabilidad que caracterizan a los estados ansiosos. En el presente apartado se recomiendan las mismas estrategias de intervención para modificar “el pensamiento sobre el pensamiento”, es decir, las valoraciones y las creencias relativas a los procesos de pensamiento.

Por ejemplo, un cliente ansioso cree que “Si sigo pensando que voy a sufrir un accidente de tráfico, me temo que este modo de pensar cause realmente el accidente” (es decir, fusión pensamiento-acción). Como intervención metacognitiva se podría pedir al cliente que examinara las pruebas de que los accidentes de coche están causados por pensamientos ansiosos. Se podría usar el razonamiento inductivo para examinar de qué modo un pensamiento puede llevarnos a que se produzca una catástrofe física como un grave accidente de tráfico. Se podría proponer un ejercicio conductual mediante el cual el cliente observara los efectos de tales pensamientos sobre su conducta mientras conduce o sobre la conducta de otros conductores. Se podría hacer una encuesta entre amigos, familiares o compañeros de trabajo para determinar cuántas personas pensaron que podrían tener un accidente y después sufrieron uno muy grave. Estas intervenciones cognitivas se centrarán en la modificación de las valoraciones metacognitivas sobre la importancia asociada con la “premonición del accidente”, de modo que el individuo comience a interpretar tal pensamiento de una manera más benigna como “el producto de una conducción muy prudente”.

Control metacognitivo

Una parte importante de la intervención a nivel metacognitivo es la consideración de las estrategias mismas de control de pensamiento usadas para manejar la cognición indeseada. Se sabe con certeza que ciertas respuestas de control como la supresión intencionada de pensamientos indeseados, la rumiación, las respuestas de auto-crítica y castigo, la neutralización, la búsqueda de confirmación y la detención del pensamiento son inefectivas en el mejor de los casos y, contraproductivas, en el peor (para una revisión, véanse D.A. Clark, 2004; Wells, 2000, 2009). El terapeuta cognitivo debería contemplar cualquier respuesta de control inefectiva que emplee el cliente. En este punto pueden ser necesarios los ejercicios de reestructuración cognitiva y comprobación de hipótesis empíricas a fin de subrayar el efecto perjudicial de las apreciadas respuestas de control mental. Se podrían explicar al cliente enfoques más adaptativos de control mental como la sustitución del pensamiento, la distracción conductual, el entrenamiento atencional o la aceptación pasiva del pensamiento (p. ej., conciencia plena) de un modo pragmático para determinar empíricamente cuál es la estrategia de control mental más efectiva para el cliente con pensamientos ansiosos indeseados.

Por el momento carecemos de datos empíricos que demuestren si la incorporación de la perspectiva metacognitiva a la terapia cognitiva genera resultados más o menos efectivos que una terapia cognitiva más estándar centrada exclusivamente en pensamientos y creencias automáticas ansiosas. Como veremos en un capítulo más adelante, el enfoque TCC para el TOC se centra significativamente en el nivel metacognitivo y diversos ensayos clínicos han demostrado su eficacia para el TOC. La experiencia clínica sugiere que la evidencia de falsas valoraciones, creencias y estrategias de control en la persistencia del trastorno de ansiedad del cliente justifica la atención destinada a estos procesos en la terapia.

Reprocesamiento imaginario y escritura expresiva

Aunque los recuerdos de experiencias traumáticas pasadas son un rasgo prominente del TEPT (DSM-IV-TR; APA, 2000), los recuer-

dos de experiencias muy ansiosas pueden desempeñar un rol clave en la persistencia de cualquier trastorno de ansiedad. De hecho, las imágenes visuales amenazantes de experiencias pasadas o de posibilidades anticipadas en el futuro son frecuentes en todos los trastornos de ansiedad (Beck et al., 1985, 2005). Estas fantasías o recuerdos pasados ansiosos constituyen, muchas veces, una representación sesgada y distorsionada de la realidad que puede acelerar el estado ansioso. Por ejemplo, en el trastorno de angustia un individuo podría imaginar una muerte horrible por asfixia, una persona con ansiedad social podría recordar una experiencia pasada en la que se esforzó por hablar ante un público desconocido, alguien con TOC podría tener un recuerdo vívido del contacto con algo bastante asqueroso y sentir una profunda sensación de contaminación o el individuo con TAG podría imaginar su vida tras experimentar un desastre económico. En cada uno de estos casos el terapeuta debería incluir la imagería o la modificación del recuerdo como objetivo terapéutico para el tratamiento.

La modificación de los recuerdos ansiosos o la imagería comienza por que el cliente describa con todo detalle su recuerdo o fantasía ansiosa. El terapeuta debería elicitar todos los pensamientos, creencias y valoraciones automáticas relevantes que constituyen el recuerdo o fantasía anticipada de la interpretación sesgada de la amenaza. Las descripciones de los enfoques que reviven los recuerdos traumáticos en el TCC para el TEPT sugieren diversos métodos que favorecen la exposición de los clientes a los recuerdos traumáticos o imágenes ansiosas y el manejo de altos niveles de ansiedad (p. ej., Foa & Rothbaum, 1998; Ehlers & Clark, 2000; Shipherd, Street & Resick, 2006; Taylor, 2006). El primer paso para la exposición conllevará la explicación detallada del proceso y el cuestionamiento terapéutico extenso. A continuación se pide a los clientes que narren por escrito el recuerdo traumático o la catástrofe imaginada (para más información, véase en Capítulo 12 sobre el TEPT). Esta narración debería incluir todos los detalles posibles para que pueda ser usada como base de la exposición repetida al recuerdo traumático (es decir, revivir la experiencia).

Las estrategias estándares de la reestructuración cognitiva se aplican para modificar las falsas valoraciones y creencias asociadas con el recuerdo o la catástrofe imaginada (Ehlers & Clark, 2000). El objetivo es llegar a una perspectiva alternativa del recuerdo o de la fantasía ansiosa que sea más adaptativa y provoque menos ansiedad. Además, se debería intentar elaborar un recuerdo más equilibrado de la experiencia traumática misma que se aproxime todo lo posible a la realidad. Los individuos que presenten problemas con las imágenes anticipadas de una catástrofe, deberían construir un escenario más realista. Se debe animar al cliente a sustituir el recuerdo o la fantasía maladaptativa por una alternativa más adaptativa. En este mismo orden, se pueden asignar ejercicios conductuales que fortalezcan la memoria o fantasía alternativa y que debiliten el recuerdo traumático o imaginación ansiosa. Dada la amplia experiencia en el uso de la reestructuración cognitiva y la construcción de una perspectiva alternativa, esta forma de intervención imaginaria podría describirse mejor como una “intervención de reprocesamiento” (es decir, el reprocesamiento del recuerdo o de una fantasía ansiosa) que como la simple exposición repetida a un estímulo interno de miedo.

Se desconoce aún la contribución del reprocesamiento de la memoria o de la imaginación a la efectividad del tratamiento cognitivo para los trastornos de ansiedad. La investigación que se ha centrado específicamente en los ingredientes activos de la TCC para el TEPT señala que la exposición situacional e imaginaria son componentes críticos para la efectividad del tratamiento (véase revisión de Taylor, 2006). Además, Pennebaker (1993) comprobó que pensar y hablar sobre un suceso traumático inmediatamente después de que ocurra es una fase importante de la adaptación natural a los sucesos traumáticos. Recientemente, Pennebaker y sus colaboradores han demostrado que una intervención relativamente breve, en la que los individuos escriben sobre sus pensamientos y sentimientos más profundos sobre una convulsión emocional, produce beneficios emocionales, conductuales y de salud incluida la reducción de síntomas depresivos en individuos que tienden a suprimir sus pensamientos (p. ej., Gortner, Rude & Pennebaker, 2006; véase Pennebaker, 1997; Smyth, 1998). Estos hallazgos, por lo tanto, sugieren que la modificación de recuerdos altamente angustiosos relativos a experiencias pasadas o

fantasías de catástrofes futuras es un objetivo importante de intervención cognitiva cuando este fenómeno desempeña una función crítica en el mantenimiento del estado de ansiedad del sujeto.

Conciencia plena, aceptación y compromiso

Segal, Williams y Teasdale (2002) describen una intervención grupal breve de ocho sesiones para los individuos que se recuperan de una depresión mayor y que tiene la finalidad de reducir las recaídas depresivas mediante el entrenamiento en los enfoques de conciencia plena que ayudan a los individuos a “descentrarse” de su pensamiento negativo. Denominada terapia cognitiva basada en la conciencia plena (TCBCP), se intenta enseñar a los individuos un modo diferente de ser consciente de su pensamiento negativo y de relacionarse con él. En lugar de aferrarse a sus cogniciones negativas de una manera evaluadora, se enseña a los individuos a “descentrarse” de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales. Esto es, se observan y se describen los pensamientos negativos pero no se evalúan (Segal, Teasdale & Williams, 2005). A los participantes del grupo se les enseña a centrarse en su conciencia sobre la experiencia del momento, sin juzgarla. Las sesiones semanales de dos horas durante ocho semanas guían a los participantes a través de ejercicios que aumentan la conciencia momento-a-momento pero sin juicios de las sensaciones corporales, los pensamientos y los sentimientos. La asignación de tareas para casa con ejercicios de concienciación es un componente crítico del tratamiento. La justificación que subyace a los enfoques de conciencia plena es que una perspectiva “descentrada” que no enjuicie contrarrestará los patrones automáticos de procesamiento cognitivo-afectivo que conducen a la recaída depresiva (Segal et al., 2005).

Aunque los ensayos clínicos sobre la eficacia de la TCBCP se encuentran aún en un estadio preliminar, hay pruebas de que la intervención puede reducir significativamente los índices de recaída depresiva en las personas con dos o más episodios previos de depresión mayor, en comparación con una condición de tratamiento habitual (Ma & Teasdale; Teasdale et al., 2000). Además, la TCBCP era

más efectiva previniendo recaídas/recurrencia de episodios que no estuvieran relacionados con las experiencias vitales negativas. Como la TCBCP es una adaptación de la meditación de conciencia plena de Jon Kabat-Zinn que ha sido muy empleada en la Universidad de Massachusetts para reducir el estrés, el dolor y la ansiedad, es de relevancia obvia para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (véase Germen, 2005; Kabat-Zinn, 1990, 2005; Kabat-Zinn et al., 1992). En un estudio piloto 14 pacientes que presentaban trastorno de angustia y 8 con TAG participaron en un programa grupal basado en la meditación para la reducción del estrés y la relajación (Kabat-Zinn et al., 1992). Veinte pacientes mostraron una reducción significativa en las puntuaciones de ansiedad del Inventario de Ansiedad de Beck y de Hamilton en el postratamiento y una reducción significativa de las crisis de angustia. Aunque estos hallazgos preliminares sean alentadores, se necesitarán ensayos clínicos estadísticamente controlados para poder saber con certeza qué implicación tienen las intervenciones de conciencia plena para contrarrestar la cognición ansiosa y reducir los estados de ansiedad.

La aceptación y el compromiso con la terapia (ACT), inicialmente propuesta por el Dr. Steven Hayes, es una perspectiva psicoterapéutica vinculada al conductismo radical post-skinneriano que se centra en el contexto y en la función de los fenómenos psicológicos (es decir, la cognición) más que en su forma y contenido (Hayes, 2004). La ACT se basa en una filosofía que subyace al contextualismo funcional, mediante la cual la función de los fenómenos (p. ej., un pensamiento preocupante) se entiende en términos de todo el organismo que interactúa dentro de un contexto histórico y situacional (Hayes, 2004; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). El objetivo del contextualismo funcional es la predicción y la influencia de los acontecimientos que llevan a la flexibilidad psicológica, es decir, la capacidad para cambiar o persistir con las conductas funcionales que sirven a finalidades válidas (Hayes, 2004). A continuación se presenta una breve descripción de los seis procesos básicos de la ACT (para una explicación más detallada, véanse Hayes, Follette & Linehan, 2004; Hayes & Strosahl, 2004; Hayes, Strosahl, Buting, Twohig & Wilson, 2004; Hayes et al., 1999).

- *Aceptación*– una apertura a experimentar pensamientos y sentimientos con una conciencia que no juzga; acoger los pensamientos y sentimientos tal y como son y no como sucesos que deben ser controlados o modificados. Los clientes, mediante varios ejercicios experienciales y de conciencia plena, aprenden a aceptar psicológicamente incluso sus pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas más intensas.

- *Desvinculación cognitiva*– se refiere al proceso de objetivización de los pensamientos, de manera que éstos sean considerados como meros pensamientos y no se fusionen con el self o la experiencia personal. Se pueden emplear diversas técnicas para ayudar a los clientes a desfusionarse o desvincularse del sentido literal de los pensamientos, como por ejemplo hacer que los clientes verbalicen repetidas veces un pensamiento difícil hasta que sea escuchado como un mero sonido sin sentido o evaluación, u observar los pensamientos como objetos externos sin utilidad o implicación (Luoma & Hayes, 2003).

- *Self como contexto*– la ACT se centra en ayudar a los clientes a liberarse de su vínculo con un self insanamente conceptualizado y a acoger una sensación trascendente del mismo mediante diferentes ejercicios experienciales, de conciencia plena/meditación o metáforas (Hayes, Follette et al., 2004)

- *Estar presente*– este aspecto se refiere a la promoción de una conciencia activa, abierta, efectiva y de ausencia de enjuiciamiento o contacto con el momento presente en lugar de la fusión y la evitación que interfieren con “estar presente en el momento”.

- *Valores*– se anima a los clientes a seleccionar y clarificar sus valores vitales fundamentales que pueden ser descritos como “cualidades seleccionadas de la acción intencionada” (Hayes, Follette et al., 2004). Por ejemplo, se puede preguntar a los clientes qué epitafio les gustaría ver escrito en su tumba.

- *Acción comprometida*– este aspecto implica la selección de objetivos específicos y, a continuación, la adopción de responsabilidad hacia los cambios conductuales, adaptando y manteniendo patrones conductuales que nos llevarán a los objetivos deseados. Se pueden usar diversas estrategias de intervención como la psicoeducación, la resolución de problemas, las tareas conductuales, el entrenamiento en habilidades y la exposición para alcanzar la acción comprometida (Hayes, Follette et al., 2004).

Existen algunas diferencias fundamentales entre la ACT y la terapia cognitiva en su perspectiva sobre la *cognición*. En terapia cognitiva el término *cognición* se refiere a un proceso de pensamiento, mientras que la ACT la considera como una conducta privada y, por lo tanto, se centra en modificar su función más que su contenido (Hofmann & Asmundson, 2008). Adicionalmente, Hofmann y Asmundson (2008) señalan que ambos enfoques difieren en su estrategia de regulación de la emoción; la terapia cognitiva subraya el cambio en los antecedentes de la emoción y la ACT se centra en la evitación experiencial o el lado responsivo de la regulación de la emoción. Esto les lleva a sendas diferencias en su enfoque terapéutico. La ACT recurre a la conciencia plena y a otras estrategias para enseñar un enfoque no evaluador, no enjuiciador de los pensamientos negativos que anima a su aceptación e integración en una amplia variedad de acciones (Luoma & Hayes, 2003). Evidentemente, la terapia cognitiva subraya la evaluación y corrección del contenido del pensamiento negativo y las estrategias de intervención conductual.

Según la ACT, el principal problema en la ansiedad es la evitación experiencial, es decir, la falta de voluntad para experimentar ansiedad incluyendo sus correspondientes pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales (Orsillo, Roemer, Lerner & Tull, 2004). En consecuencia, los individuos ansiosos luchan contra su ansiedad, confiando en estrategias fútiles e inefectivas de control interno y externo así como en la huida y la evitación para aliviar la ansiedad inaceptable. El objetivo de la ACT es la reducción de la evitación experiencial, que impide el logro de objetivos valiosos enseñando a la persona ansiosa a aceptar la experiencia. Estos autores definen la aceptación experiencial como “la voluntad para experimentar acontecimientos internos, que son pensamientos, sentimientos, recuerdos y reacciones fisiológicas, a fin de participar en experiencias cuya importancia y significado se valore positivamente” (Orsillo et al., 2004, p. 76).

Orsillo y sus colaboradores describen una intervención individual ACT/de conciencia plena de 16 sesiones para el TAG que promueve la aceptación experiencial de la ansiedad a través del entrenamiento en la conciencia plena, la aceptación, la desvinculación cognitiva, la

meditación, la relajación y el auto-monitoreo. Además se hace hincapié en definir los valores vitales que han sido impedidos por la evitación experiencial y el compromiso por los cambios conductuales que se centran en las actividades consideradas de valor, de modo que el individuo se comporte intencionadamente y no reactivamente. En un ensayo abierto Roemer y Orsillo (2007) hallaron que la ACT producía reducciones significativas en las medidas de gravedad, preocupación, ansiedad general y síntomas de estrés del TAG que se mantenían en el seguimiento realizado 3 meses después. Twohig, Hayes y Masuda (2006) utilizaron un diseño de investigación de línea base múltiple que conllevaba ocho sesiones semanales de 1 hora de ACT para demostrar la efectividad del tratamiento en cuatro individuos con TOC. Sin embargo, en un reciente meta-análisis de varias terapias de la “tercera ola”, incluida la ACT, se concluía que los tamaños del efecto medio eran sólo moderados, los estudios de resultados carecían del rigor observado en la TCC y, por lo tanto, no satisfacían los criterios de los tratamientos empíricamente demostrados (Öst, 2008). Es posible que una mayor atención sobre el entrenamiento de la persona ansiosa en la adopción de una perspectiva no evaluadora, de aceptación benigna y distante del pensamiento ansioso, tenga utilidad clínica para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, pero esta conclusión debe ser confirmada con resultados rigurosos de investigación sobre resultados del tratamiento.

Pauta clínica 6.15

El entrenamiento atencional debe usarse para interrumpir la elevada atención centrada en uno mismo, mientras que las estrategias de reestructuración cognitiva pueden ser redirigidas hacia la modificación de los procesos metacognitivos y estrategias de control de pensamiento que sean inefectivos. El reprocesamiento imaginario y la escritura expresiva pueden ser útiles para modificar las experiencias traumáticas del pasado o las catástrofes futuras imaginadas, mientras que la conciencia plena y la difusión cognitiva derivadas de la ACT podrían ser usadas para enseñar a los clientes a adoptar un enfoque más distante y no evaluador ante las cogniciones ansiosas. Aunque prometedores, estos enfoques carecen de la firme base clínica y empírica de la que disponen las intervenciones cognitivas estándares para la ansiedad.

Resumen y conclusión

El principal objetivo de la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad es la modificación de las valoraciones de amenaza, vulnerabilidad y búsqueda de seguridad exageradas. En este capítulo se han presentado las principales estrategias cognitivas que se incluyen en los protocolos de tratamiento cognitivo, desarrolladas para los trastornos específicos de ansiedad. Estas estrategias son coherentes con el modelo cognitivo de la ansiedad (véase Figura 2.1) y su finalidad es tratar las cogniciones aberrantes identificadas en la formulación del caso.

El objetivo de cualquier intervención cognitiva es la desactivación de los esquemas hipervalentes de amenaza y promover la activación de creencias más adaptativas y realistas sobre la amenaza y la capacidad percibida para afrontar las propias preocupaciones ansiosas. Esto se logra apartando el foco de atención del cliente del contenido de la amenaza y dirigiéndolo a las falsas valoraciones y creencias que constituyen la base del estado ansioso. Se tratan las valoraciones exageradas de la probabilidad y gravedad de la amenaza, así como las altas evaluaciones de la vulnerabilidad personal y la necesidad de búsqueda de seguridad. Las intervenciones cognitivas también tratan de aumentar la auto-eficacia personal para manejar la ansiedad normalizando la respuesta de miedo y promoviendo una perspectiva más adaptativa sobre el equilibrio entre el riesgo y la seguridad.

Se ha presentado una descripción detallada del modo de implementar las principales estrategias cognitivas que definen este enfoque de tratamiento de la ansiedad. Educar al cliente en el modelo cognitivo de la ansiedad es el primer paso importante para establecer la colaboración terapéutica y la adherencia al tratamiento. La formación en destrezas de auto-monitoreo para la identificación de pensamientos y valoraciones automáticas ansiosas, aunque crítica para el éxito de la terapia cognitiva, puede ser especialmente difícil dados el estado emocional y la especificidad situacional de la ansiedad. Sin embargo, una vez que se haya establecido la conciencia de las valoraciones exageradas de la amenaza, se puede hacer uso de estrategias de reestructuración cognitiva como la recogida de pruebas, el análisis de costes-beneficios y la decatastrofización para modificar los esquemas ansiosos.

Enseñar al individuo ansioso a ser mucho más consciente de los errores cognitivos y del falso razonamiento inductivo durante los períodos de ansiedad intensa ayuda a desarrollar una actitud más crítica hacia el propio estilo de pensamiento ansioso. La formulación de perspectivas alternativas sobre las situaciones y preocupaciones ansiosas que sean más aproximadas a la realidad contrarresta la amenaza y vulnerabilidad exageradas que caracterizan a la ansiedad. Sin embargo, el instrumento más poderoso con que cuenta el terapeuta cognitivo es el ejercicio de experimentación conductual o puesta en prueba de hipótesis empíricas. Los ejercicios conductuales proporcionan a los clientes datos experienciales que desmientan los esquemas de amenaza y vulnerabilidad y confirman una perspectiva alternativa y adaptativa. En el Apéndice 6.6 se presenta un Breve Resumen de Referencia que puede servir para recordar al profesional las diversas estrategias cognitivas disponibles para la intervención terapéutica.

Apéndice 6.1

Relación de Manuales de Auto-ayuda Seleccionados que pueden ser recomendados en la fase de formación del cliente en el Modelo Cognitivo y Tratamiento de la Ansiedad

1. Abramowitz, J. S. (2009). *Getting over OCD: A 10-step workbook for taking back your life*. New York: Guilford Press.
2. Antony, M. M., & McCabe, R. E. (2004). *10 simple solutions to panic: How to overcome panic attacks, calm physical symptoms and reclaim your life*. Oakland, CA: New Harbinger.
3. Antony, M. M., & Norton, P. J. (2008). *The anti-anxiety workbook: Proven strategies to overcome worry, phobias, panic and obsessions*. New York: Guilford Press.
4. Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2000b). *The shyness and social anxiety workbook: Proven techniques for overcoming your fears*. Oakland, CA: New Harbinger.
5. Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Workbook* (4th ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
6. Butler, G., & Hope, T. (2007). *Managing your mind: The mental fitness guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.
7. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Defeat fear and anxiety: A cognitive therapy workbook*. Manuscript in preparation. Department of Psychology, University of New Brunswick, Canada.
8. Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry: Workbook* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
9. Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H. R., & Turk, C. L. (2000). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach*. Client workbook. Oxford, UK: Oxford University Press.
10. Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2006). *Managing social anxiety: A cognitive behavioral therapy approach*. Oxford, UK: Oxford University Press.
11. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantam Dell.
12. Leahy, R. L. (2005). *The worry cure: Seven steps to stop worry from stopping you*. New York: Harmony Books.
13. Leahy, R. L. (2009). *Anxiety free: Unravel your fears before they unravel you*. Carlsbad, CA: Hay House.
14. Purdon, C., & Clark, D. A. (2005). *Overcoming obsessive thoughts: How to gain control of your OCD*. Oakland, CA: New Harbinger.
15. Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidenced-based strategies, tools, and techniques*. New York: Guilford Press.

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 6.2

Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias

Nombre: _____ Fecha: _____

1. Describa brevemente el pensamiento o valoración ansiosos: _____
2. Señale el grado de probabilidad que a su parecer tiene este resultado cuando usted está ansioso entre 0% (no ocurrirá) y el 100% (seguro que ocurrirá): _____
3. Señale qué gravedad atribuye al resultado cuando usted está ansioso entre 0 (no grave) y 100 (una catástrofe): _____

Pruebas favorables al Pensamiento o Valoración Ansioso	Pruebas que desconfirman el Pensamiento o Valoración Ansioso
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

- * Se puede recurrir a páginas adicionales para registrar pruebas favorables y desfavorables.
4. Señale el grado de probabilidad que a su parecer tiene este resultado tras considerar las evidencias entre 0% (no ocurrirá) y el 100% (seguro que ocurrirá): _____
 5. Señale qué gravedad atribuye al resultado tras considerar las pruebas entre 0 (no grave) y 100 (una catástrofe): _____

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 6.3

Formulario de Costes-Beneficios

Nombre: _____ Fecha: _____

1. Describa brevemente el pensamiento, creencia o valoración ansiosa: _____

Ventajas inmediatas y a largo plazo	Desventajas inmediatas y a largo plazo
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

* Rodee con un círculo los costes y beneficios más importantes para usted.

2. Describa brevemente una perspectiva alternativa: _____

Ventajas inmediatas y a largo plazo	Desventajas inmediatas y a largo plazo
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

* Rodee con un círculo los costes y beneficios más importantes para usted.

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 6.4

Formulario de Interpretaciones Alternativas

Nombre: _____ Fecha: _____

1. Describa brevemente el resultado asociado a su ansiedad que más teme (el peor escenario posible): _____

2. Describa brevemente el resultado asociado a su ansiedad más deseable (el mejor escenario posible): _____

3. Describa brevemente el resultado asociado a su ansiedad más realista (probable): _____

Evidencias favorables al Resultado Temido (punto de vista catastrófico)	Evidencias favorables al Resultado más Deseado (objetivo más deseable)	Evidencias favorables al Resultado más Probable (punto de vista alternativo)
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Formulario de Comprobación de Hipótesis Empíricas

1. Señale la interpretación de la amenaza asociada a su ansiedad: _____

2. Señale la interpretación alternativa propuesta en la terapia: _____

3. Señale la hipótesis (resultado esperado) del ejercicio: _____

Descripción del ejercicio	Registro del modo en que se desarrolló el ejercicio	Descripción del resultado del ejercicio

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 6.6

Resumen Breve de Referencia del Capítulo 6: Intervenciones Cognitivas

I. Fase de formación (sesiones 1-2)

Definir la ansiedad y el miedo; miedo adaptativo; bases cognitivas de la ansiedad (presentar Figura 6.1) y hacer uso de los ejemplos que haya aportado el cliente durante la evaluación; consecuencias negativas de la ansiedad; función de la evitación y de la búsqueda de seguridad (recurrir a ejemplos del cliente); establecer objetivos del tratamiento y explicar la TC (apagar, desactivar el “programa de ansiedad”).

II. Identificar los Primeros Pensamientos Aprensivos

1. Revisar el Formulario del Análisis Situacional (Apéndice 5.2) del cliente; detectar el pensamiento ansioso automático e inmediato. Si fuera necesario ilustrar con un ejemplo.
2. Subrayar la probabilidad y gravedad exageradas de las valoraciones de amenaza en los primeros pensamientos ansiosos.
3. Asignar el Formulario de Auto-Monitoreo de Pensamientos Aprensivos (Apéndice 5.4) como tarea para casa.
4. Subrayar la importancia de las tareas para casa (véase explicación en el Capítulo 6) y los beneficios terapéuticos derivados de comprender la propia ansiedad.

III. Intervenciones cognitivas estándar

1. **Recogida de evidencias** – en primer lugar cumplimentar el Formulario para la Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias (Apéndice 6.2) durante la sesión; recurrir al episodio de ansiedad que ha sufrido el cliente la semana anterior o al descrito en el Formulario de Análisis Situacional. Asignar el Formulario de Comprobación de Valoraciones Ansiosas como tarea para casa.
2. **Análisis Costes-Beneficios** – al comienzo cumplimentar en la sesión el Formulario de Costes-Beneficios (Apéndice 6.3); enumerar las ventajas/desventajas de la “perspectiva de amenaza” en primer lugar y, a continuación, repetir para la “perspectiva alternativa”.
3. **Decatastrofizar** – examinar con el cliente el peor resultado posible; proceder con la preparación, descripción de la catástrofe y la fase de resolución de conflictos; hacer que el cliente imagine el peor resultado posible o lo describa por escrito.
4. **Identificar los Errores de Pensamiento** – proporcionar al cliente una copia de “Errores y Sesgos Comunes en la Ansiedad (Apéndice 5.6) y revisar los pensamientos ansiosos recientes para detectar posibles errores; asignar “Identificar los Errores del Pensamiento Ansioso” como tarea para casa.
5. **Generar una explicación alternativa** – comenzar elaborando pensamientos alternativos para episodios ansiosos recientes; usar el Formulario de Interpretaciones Alternativas (Apéndice 6.4); elaborar las pruebas favorables al peor resultado, a continuación al resultado deseado y por último al resultado más realista. Asignar como tarea para casa si existe alguna otra preocupación ansiosa.
6. **Comprobación de Hipótesis Empíricas (asignación de tareas para casa)** – proporcionar explicación y justificación; descripción específica de la valoración de la amenaza y su alternativa competitiva; planificar el experimento (anotar las instrucciones); el cliente usa el Formulario para Comprobación de Hipótesis Empíricas (Apéndice 6.5) para registrar el desarrollo del experimento.

to (anotar la interpretación de la amenaza, la alternativa y el resultado esperado al diseñar el experimento); examinar el resultado del experimento en las siguientes sesiones (fase de consolidación); resumir por escrito las conclusiones sobre el experimento para que el cliente pueda disponer del documento.

IV. Intervenciones Cognitivas Alternativas (última parte de la terapia)

- 1. Técnica de Entrenamiento Atencional (TEA)** – contrarresta la atención centrada en uno mismo, la rumiación y la preocupación; se entrena la atención para tres sonidos neutrales que se produzcan en el despacho, después para tres sonidos de fuera del despacho y tres sonidos distantes; se usa la escala de valoración TEA después de cada uno de ellos; el terapeuta señala verbalmente los sonidos para practicar la atención alternativa; tarea para casa 10-15 minutos de práctica TEA dos veces por día.
- 2. Intervención Metacognitiva** – evaluar si el cliente presenta falsas valoraciones o creencias relativas a sus pensamientos; usar las intervenciones cognitivas estándar para desafiar las valoraciones y creencias metacognitivas; animar al cese de cualquier estrategia contraproducente de control de pensamiento; permitir que el pensamiento ansioso “se diluya de forma natural”.
- 3. Reprocesamiento Imaginario y Escritura Expresiva** – lograr que el cliente genere un guión o imagería sobre el recuerdo traumático o imágenes futuras perturbadoras; desarrollar una versión alternativa, más adaptativa y exponer repetidas veces; instruir al cliente para elaborar una descripción escrita y detallada de pensamientos y sentimientos asociados con el recuerdo o imágenes pasadas perturbadoras en forma de escritura expresiva.
- 5. Conciencia plena y Aceptación** – recurrir a ejercicios de auto-monitoreo y concienciación para entrenar al cliente en la aceptación observacional, no enjuiciadora y objetivizante de los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales ansiosos a fin de reducir la evitación experiencial de la ansiedad.

7

Intervenciones conductuales: una perspectiva cognitiva

El coraje es la resistencia al miedo, el dominio del miedo –no la ausencia de miedo.

MARK TWAIN (1835-1910, autor y humorista americano)

María lleva luchando desde los tres años de edad contra una fobia social generalizada grave. Tras 18 años de escasa respuesta a varios regímenes de medicación, hospitalización y falsos inicios con diferentes psicoterapeutas, el trastorno de María había empeorado hasta el punto de que la mantenía postrada en casa, incapaz de trabajar o socializar de una forma significativa. Aunque había pruebas de un trastorno bipolar I comórbido pasado, en el momento de la evaluación el diagnóstico fundamental fue la ansiedad social. No satisfacía los criterios diagnósticos de manía o depresión en ese momento, de modo que la intervención se centró en sus síntomas de ansiedad social y crisis asociadas de angustia.

María presentaba un miedo muy intenso a la evaluación negativa de los demás, especialmente de los conocidos. Le preocupaba que los demás la miraran y concluyeran que ella no

era “nada” debido a su escasa apariencia física o debido a lo poco que había conseguido en la vida. Comenzó a preocuparse por su aspecto y presencia física, temiendo que los demás pensarán que llevaba un “atuendo horrible” y concluyeran, en consecuencia, que era incapaz de cuidarse de sí misma. Desarrolló un intenso temor a encontrarse con personas de su pasado, de quienes temía que recordaran su conducta inapropiada durante los episodios maníacos pasados y que esto contribuyera al juicio negativo que hicieran de ella. Cuando se hallaba en contextos públicos, María experimentaba frecuentemente crisis de angustia que conllevaban dolor de pecho, aturdimiento, sensación de sofoco, mareos y palpitaciones.

En un esfuerzo por reducir su elevado estado de ansiedad, María desarrolló diversas estrategias conductuales de afrontamiento. Evitaba todos los encuentros sociales y la mayoría de los lugares públicos, limitándose casi exclusivamente al hogar. Destinaba horas a prepararse cada mañana a fin de tener un aspecto “casi perfecto”, comprobaba su aspecto en el espejo casi compulsivamente y solicitaba la reconfirmación de sus familiares con respecto a si su presencia era la correcta. Estaba convencida de que si su aspecto era perfecto, las personas pensarían que era competente y esto le haría sentirse más segura y menos ansiosa. Cuando comenzaba a sentir angustia en presencia de otras personas, María ejecutaba una forma exagerada de respiración controlada que era tan extrema que los otros no pudieran evitar advertir el patrón respiratorio que se aproximaba a la hiperventilación. Además, se concentraba tanto en su ansiedad que le costaba mucho mantener una conversación. Procedía con el procesamiento extensivo posterior al suceso y dedicaba mucho tiempo a rumiar sobre su ejecución en una situación social. Por todo ello, su ejecución en los encuentros sociales era pobre, debido a su elevada ansiedad, angustia y preocupación. Esta batalla cotidiana contra la ansiedad e incompetencia social percibida dejaba a María con sentimientos de pesimismo y de inutilidad, exenta de toda auto-confianza y sensación de valía personal.

Este caso ofrece una buena ilustración de la importancia del cambio de conducta para aliviar los trastornos de ansiedad. La evitación, la comprobación compulsiva, la búsqueda de confirmación, la hiperventilación y los déficits en habilidades sociales eran sólo algunas de las respuestas conductuales maladaptativas que contribuían a la persistencia de la ansiedad social de María. En esta formulación de caso era evidente que la intervención cognitiva efectiva debía centrarse en el cambio conductual. La exposición gradual, la experimentación conductual y el entrenamiento en habilidades sociales mediante el uso del feedback recibido al observar grabaciones propias y la interpretación de roles serían ingredientes terapéuticos cruciales para su plan de tratamiento.

En este capítulo comentamos la función que desempeñan las intervenciones conductuales en la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad. Comenzamos por considerar la importancia de las estrategias conductuales en la terapia cognitiva de ansiedad y cómo se reestructuran estas intervenciones para facilitar el cambio de los pensamientos y las creencias ansiosas. A continuación, la atención se concentrará en la exposición, como la intervención simple más efectiva para el cambio terapéutico en todos los trastornos de ansiedad. Se comentan las pautas y los procedimientos generales para implementar el tratamiento basado en la exposición juntamente con sus tres principales focos de interés: las situaciones, la imaginación y las sensaciones físicas. Tras esto se considera la importancia de la respuesta de prevención en la eliminación de la búsqueda maladaptativa de seguridad y otras formas de respuestas inefectivas de afrontamiento. Se mencionan el reentrenamiento en relajación y respiración como posibles elementos complementarios de la terapia cognitiva de la ansiedad.

Importancia de la intervención conductual

Dada la abundancia de respuestas de huida y evitación en la mayoría de las formas de ansiedad patológica, no es de sorprender que el cambio conductual constituya un aspecto crítico de la terapia cognitiva de la ansiedad. Beck et al. (1985, 2005) destinaron un capítulo completo a las estrategias conductuales y el cambio conductual se

subraya en los protocolos de TCC para los trastornos específicos de ansiedad como la angustia (D.M. Clark, 1997; Craske & Barlow, 2001; Rachman, 2006; Salkovskis, 1999; Salkovskis & Wahl, 2003) y el TEPT (Ehlers & Clark, 2000; Taylor, 2006). Además, la investigación empírica indica que las intervenciones conductuales como son la exposición y la prevención de respuesta producen sus propios efectos significativos directos en la reducción de ansiedad (Abramowitz, Franklin & Foa, 2002; Fava, Zielezny, Savron & Grande, 1995; Feske & Chambless, 1995; Riggs, Cahill & Foa, 2006). Así pues, las estrategias de intervención conductual constituyen un ingrediente central de la terapia cognitiva para la ansiedad.

Perspectiva cognitiva sobre las intervenciones conductuales

En terapia cognitiva las estrategias conductuales se emplean como intervenciones para modificar las falsas valoraciones y creencias sobre la amenaza y la seguridad. Por ello los terapeutas cognitivos conceptúan las asignaciones de orientación conductual de un modo diferente a la perspectiva estrictamente conductual. En lugar de considerar las intervenciones conductuales en términos de fortalecer la inhibición o habituación de la respuesta de ansiedad, la terapia cognitiva considera las intervenciones en términos de sus efectos sobre la modificación de la cognición relacionada con la amenaza, lo que a su vez generará una reducción de los síntomas ansiosos. Esta reconceptualización cognitiva del tratamiento conductual ofrece múltiples implicaciones prácticas sobre el modo en que se implementan las intervenciones conductuales en los siguientes pasos. (Véase apartado correspondiente a la puesta en prueba de hipótesis empíricas del capítulo anterior para comentarios sobre los problemas relevantes al uso de las intervenciones conductuales en la terapia cognitiva).

Explicación

Al igual que ante cualquier intervención terapéutica, el cliente debería recibir una explicación y justificación de la asignación conductual que se basa en el modelo cognitivo de la ansiedad presentado

durante la fase psicoeducativa del tratamiento (véase Figura 6.1). Dos ideas esenciales relativas a las intervenciones conductuales deberían ser comunicadas a los clientes. En primer lugar, el terapeuta cognitivo explica que una de las formas más efectivas de modificar el pensamiento ansioso es la experiencia directa en las situaciones que provocan la ansiedad. En nuestro ejemplo, a María se le explicó que la experiencia que había obtenido a partir de las situaciones sociales reales era el modo más potente de aprender si las demás personas la evaluaban con tanta dureza como ella imaginaba.

En segundo, una explicación cognitiva para las intervenciones conductuales debería incluir un comentario sobre las estrategias conductuales de afrontamiento potencialmente maladaptativas. Se explica que la modificación de estas estrategias de afrontamiento es un componente esencial de la terapia cognitiva. Por lo tanto, otra razón para recurrir a las intervenciones conductuales es la modificación de respuestas de afrontamiento disfuncionales y la adquisición de respuestas más efectivas que generará la reducción de la ansiedad.

Identificar el pensamiento/creencia diana

El terapeuta cognitivo presenta siempre una intervención conductual como medio para alcanzar el cambio cognitivo. En consecuencia, se identifica un pensamiento, valoración o creencia ansiosa como objetivo fundamental para la intervención conductual. Para que el ejercicio conductual sea efectivo, el cliente debe saber con certeza cuál es el pensamiento o creencia que será evaluado por la intervención. En el caso de María fueron tres las creencias básicas que fueron particularmente críticas para su terapia cognitiva: “Si por casualidad me encuentro con conocidos, ellos pensarán que no valgo la pena, que mi vida es un auténtico fracaso”, “Los conocidos pensarán que soy una persona emocionalmente inestable porque recordarán mi conducta ‘anormal’ de cuando era maníaca” y “Si mi aspecto físico es perfecto, las personas pensarán que soy más competente y que tengo el control”.

Prescripción conductual

Al cliente se le presenta siempre la información específica sobre el modo en que ha de ejecutar el ejercicio conductual, algo análogo a una prescripción conductual. Debería elaborarse un esquema que detalle cuándo realizar el ejercicio, dónde y durante cuánto tiempo. Si hubiera restricciones sobre el uso de las claves de seguridad deberían especificarse claramente (p. ej., una persona con agorafobia puede acudir a un centro comercial con una persona de confianza, pero debe permanecer a solas durante 30 minutos en el centro). Además, el terapeuta debería comentar con el cliente cuáles son las respuestas de afrontamiento que se consideran sanas al ejecutar la tarea conductual y qué respuestas minarían el éxito de la intervención (véase apartado sobre planificación de experimentos conductuales en el capítulo previo).

Auto-monitoreo

Los clientes deberían registrar el resultado de cualquier ejercicio conductual ejecutado como tarea para casa. Se deben emplear formularios de auto-monitoreo específicos como los formularios de evaluación o registro de pensamientos reproducidos en los apéndices de los Capítulos 5 y 6 o los formularios conductuales que se presentan al final del presente capítulo. Aunque algunos clientes insistan en preferir registros menos formales o más abiertos para las tareas, es importante que se registre la información necesaria que permita evaluar la asignación conductual (véase capítulo anterior sobre el registro de los experimentos conductuales).

Evaluación

El seguimiento realizado tras la intervención es posiblemente el componente más crítico del ejercicio conductual en la terapia cognitiva. El terapeuta debería revisar en detalle la información registrada en el formulario de auto-monitoreo. Es básico subrayar de qué modo la experiencia del cliente en la intervención conductual desmiente la

valoración ansiosa y confirma una interpretación alternativa. Esto, incluso, podría escribirse en una “tarjeta de afrontamiento” que los clientes usarán para contrarrestar sus pensamientos ansiosos en los siguientes episodios ansiosos.

En nuestro ejemplo, a María se le pidió que acompañara a una amiga a una cafetería y que se sentara con ella durante 20 minutos mientras tomaban algo y hablaban sobre sus vidas cotidianas. Se le pidió que auto-monitoreara su nivel de ansiedad durante la asignación conductual, tomando nota, sobre todo, de sus pensamientos automáticos y de cualquier clave social que advirtiera en las personas que la rodeaban. María hizo dos observaciones importantes. En primer lugar que su ansiedad había aumentado mucho más cuando comenzó a preocuparse cada vez más por su estado interno de ansiedad y porque los demás advirtieran que ella parecía estar incómoda. La segunda, que no había pruebas objetivas indicativas de que alguien advirtiera su presencia en la cafetería. Así pues, el experimento conductual desmentía su creencia maladaptativa de que su ansiedad se debía a que los demás la miraran, de ser el “centro de atención” y respaldaba la explicación alternativa de que su ansiedad se debía al aumento de atención en ella misma y centrada en su estado interno. Sobre la base de los resultados de esta tarea, la terapia se concentró en varias estrategias cognitivas para contrarrestar los efectos perjudiciales de la elevada atención centrada en sí misma cuando se hallaba en situaciones sociales.

Pauta clínica 7.1

Las intervenciones conductuales son un ingrediente terapéutico crítico de la terapia cognitiva de la ansiedad. Estas intervenciones se usan para examinar directamente los pensamientos y creencias disfuncionales que mantienen la ansiedad. Las intervenciones conductuales se presentan a comienzos del tratamiento y se usan a lo largo de todo el proceso terapéutico de un modo muy estructurado y organizado como demostraciones realizadas durante las sesiones y tareas para casa entre las sesiones.

Intervenciones de exposición

La exposición conlleva la presentación sistemática, repetida y prolongada de objetos, situaciones o estímulos (internos o externos) que son evitados por sus propiedades provocadoras de ansiedad. Se ha comprobado la efectividad de la exposición *in vivo* para el trastorno de angustia, siendo la exposición situacional esencial cuando está presente la evitación agorafóbica (van Balkom, Nauta & Bakker, 1995; Gould, Otto & Pollak, 1995). Además, la exposición es una estrategia de intervención efectiva para el TOC (véase Foa, Franklin & Kozak, 1998; Foa & Kozak, 1996). Por lo tanto, la exposición es uno de los instrumentos terapéuticos disponibles más poderosos para la reducción del miedo y de la ansiedad.

Los procedimientos de exposición son efectivos porque modifican las estructuras de la memoria del miedo. Foa y Kozak (1986) defienden que la exposición debe presentar información relevante al miedo que active plenamente la estructura de la memoria del miedo. La información de la exposición que sea suficientemente incompatible con el significado y con los elementos de respuesta de la estructura del miedo generará una reducción del miedo y de la ansiedad, mientras que la información compatible con la estructura del miedo tendrá el efecto contrario. De este análisis pueden extraerse dos principios terapéuticos importantes:

1. *La exposición efectiva debe activar los esquemas del miedo* (es decir, las estructuras de memoria). En otras palabras, los individuos deben sentirse moderadamente ansiosos durante el ejercicio de exposición para poder acceder al umbral terapéutico.
2. *La exposición efectiva debe presentar información que desmienta el miedo*. El éxito de una experiencia de exposición dependerá de si el individuo está atento y procesa la información incompatible que desmienta la amenaza exagerada y los elementos de vulnerabilidad de los esquemas de miedo.

Además de una sólida base teórica y empírica para la exposición, estos procedimientos sirven a múltiples funciones dentro de la terapia cognitiva para la ansiedad. En la Tabla 7.1 se presenta un resumen de las razones para recurrir a la exposición en la terapia cognitiva para la ansiedad.

Tabla 7.1. Finalidades de la exposición en la terapia cognitiva para la ansiedad

Razones para incluir procedimientos de exposición en la terapia cognitiva

- Obtener información diagnóstica sobre la respuesta de ansiedad en las situaciones evitadas
 - Obtener información correctiva que desmienta la amenaza y la vulnerabilidad percibidas
 - Poner a prueba las creencias catastróficas mediante la experimentación conductual
 - Confirmar valoraciones y creencias alternativas, más adaptativas
 - Reforzar las estrategias de afrontamiento adaptativas y desafiar la utilidad de las respuestas maladaptativas
 - Debilitar la confianza en las claves y conductas de búsqueda de seguridad
 - Ofrecer nuevas experiencias de aprendizaje sobre el miedo y la ansiedad
 - Reducir o eliminar la conducta de huida o evitación
-

Para la reducción del miedo pueden emplearse tres tipos de intervenciones de exposición: exposición *in vivo* o situacional, imaginaria e interna. La exposición situacional conlleva el contacto con los objetos físicos o situaciones reales que se evitan en el contexto externo, mientras que los procedimientos internos centrados en un mismo conllevan la exposición a las sensaciones físicas temidas (Antony & Swinson, 2000a). La exposición imaginaria conlleva la presentación de un estímulo simbólico de miedo. Más adelante en este mismo capítulo describiremos la implementación de cada uno de estos procedimientos de exposición, pero previamente hemos de mencionar algunos aspectos que han de ser contemplados al optar por una intervención basada en la exposición

Pautas generales para los procedimientos de exposición

Es muy probable que ninguna otra intervención psicoterapéutica haya sido indebidamente juzgada con tanta frecuencia como el tratamiento basado en la exposición. A primera vista la intervención es engañosamente sencilla y, sin embargo, la mayoría de los terapeutas podrían atestiguar la dificultad que conlleva su implementación. Solamente el hecho de garantizar que los clientes reciban la “dosis”

suficiente para que sea terapéuticamente efectiva es un reto en sí mismo. Muchos individuos abandonan tras uno o dos intentos de exposición, de modo que sus experiencias sólo aumentan la ansiedad en lugar de reducirla. Los siguientes aspectos deben ser considerados al planificar una intervención de exposición. (Para una descripción más detallada de las pautas para implementar los procedimientos de exposición, véanse Antony & Swinson [2000a]; Craske & Barlow [2001]; Foa & Rothbaum [1998]; Kozak & Foa [1997]; Steketee [1993] y Taylor [2000, 2006]).

Explicación y planificación

La terapia cognitiva explica los procedimientos de exposición como intervenciones efectivas que proporcionan la experiencia directa con información que desmienta las valoraciones y creencias ansiosas. Se subraya que el aprendizaje derivado de la experiencia tiene un efecto mucho más poderoso que la persuasión lógica sobre la modificación del pensamiento basado en la emoción. Sin embargo, algunos clientes podrían expresar escepticismo sobre los beneficios terapéuticos del tratamiento basado en la exposición señalando que ya se han enfrentado a las situaciones temidas y que aún siguen sintiéndose ansiosos. Esta objeción potencial puede contemplarse comentando las diferencias existentes entre la exposición que ocurre de forma natural y la exposición terapéutica. En la Tabla 7.2 se enumeran algunas diferencias que han sido propuestas por Antony y Swinson (2000a) entre la exposición natural y la exposición terapéutica.

Es importante que los ejercicios de exposición que se asignen para los intervalos entre sesiones (es decir, tareas para casa) estén muy estructurados y bien planificados. Antony y Swinson (2000a) señalan que los individuos con trastorno de angustia pueden inclinarse más a ejecutar la exposición en días menos ansiosos que en los días en los que la ansiedad sea especialmente intensa. Si los ejercicios son planificados con anterioridad, esto reduce la posibilidad de que los clientes dejen las tareas para casa para sus “días buenos”.

Tabla 7.2. Diferencias entre la exposición que ocurre de forma natural y la exposición terapéutica

Exposición que ocurre de forma natural	Exposición terapéutica
Imprevisible y asistemática	Prevista, planificada y sistemática
Duración breve → Derrota percibida	Duración prolongada → Victoria prevista
Infrecuente y esporádica	Frecuente y repetida
Información de la amenaza exagerada e información de seguridad ignorada	Información de la amenaza evaluada e información de seguridad procesada
Intolerancia a la ansiedad y aumento de los esfuerzos por controlar la ansiedad	Mayor tolerancia a la ansiedad y menores esfuerzos de control
Confianza en la huida y la evitación	Eliminación de la huida y evitación

En la sesión y entre sesiones

Los ejercicios de exposición pueden realizarse con ayuda del terapeuta, como parte del programa de la sesión o, como es más habitual, como tareas para casa a realizar entre las sesiones. Se recomienda que los primeros ejercicios de exposición sean ejecutados en presencia del terapeuta, como parte de la sesión terapéutica. Esto ofrece al terapeuta cognitivo la oportunidad de observar la respuesta del cliente ante la exposición y de corregir cualquier problema que pudiera originarse. Suele seleccionarse una situación que conlleve una dificultad entre baja y moderada de modo que las experiencias iniciales del cliente con la exposición sean satisfactorias. En primer lugar el terapeuta demuestra cómo debe ejecutarse la tarea de exposición (es decir, modelado) y después asiste al cliente en la ejecución correcta de la tarea, proporcionándole todos los ánimos y alabanzas que sean necesarios para confrontar su miedo y evitación. En este mismo orden, el terapeuta cognitivo trata de detectar cualquier pensamiento ansioso automático durante la demostración de la exposición y recurrir a las estrategias de reestructuración cognitiva para generar interpretaciones alternativas. Así, el ejercicio de exposición realizado durante la sesión puede convertirse en un experimento de puesta a prueba de una hipótesis empírica relativa a valoraciones y creencias exageradas de amenaza.

Existen razones prácticas para comenzar el tratamiento basado en la exposición con algunos ejemplos efectuados en el transcurso de la sesión terapéutica con asistencia del terapeuta. Si el terapeuta avanza con excesiva rapidez a las asignaciones para casa dirigidas por el mismo cliente, éste podría sentirse superado por la ansiedad, recurrir a las respuestas de huida o evitación y después abandonar plenamente el procedimiento. Además, son muchas las presiones que recibe el terapeuta para proceder con rapidez, porque, a menudo, los clientes disfrutan de una cobertura sanitaria limitada. Sin embargo, esto no modifica los riesgos derivados de la introducción prematura de la exposición auto-dirigida. Aunque los clientes difieran en la cantidad necesaria de exposición asistida por el terapeuta y realizada en el transcurso de la sesión, sería raro el individuo que pudiera proceder directamente con la exposición auto-dirigida sin requerir, como mínimo, alguna práctica con el terapeuta.

Exposición gradual versus intensa

La mayoría de los profesionales presentan la exposición de un modo gradual, guiados por una jerarquía de exposiciones. Esta jerarquía recoge entre 10 y 20 situaciones relevantes para las preocupaciones ansiosas del individuo que se asocian con el miedo y con la evitación y oscilan entre una intensidad moderada y severa. Para cada situación de la jerarquía se estima el nivel esperado de ansiedad, valorándola sobre la base de una escala de 0 –100. Los terapeutas comienzan con una de las situaciones moderadamente angustiosas y avanzan con tanta premura como puedan hacia situaciones más difíciles (Antony & Swinson, 2000a; Kozak & Foa, 1997). En la Tabla 7.3 se presenta una jerarquía de exposición ilustrativa que podría usarse con María para tratar su ansiedad social.

En este ejemplo, el terapeuta cognitivo podría comenzar con una situación moderadamente angustiosa como es “Pasear a solas por el centro de la ciudad, por calles concurridas” o “Encontrarse con un amigo en una cafetería” y asignar repetidamente estas tareas de exposición hasta que se produzca una reducción significativa de la ansiedad. El tratamiento avanzaría entonces a la siguiente situación angustiosa (p. ej., Ir de compras con un amigo). En el Apéndice 7.1 se pre-

Tabla 7.3. Jerarquía ilustrativa de exposición a situaciones sociales de María

Ítems en la jerarquía del miedo	Nivel de ansiedad (0 = ninguna ansiedad 100 ansiedad máxima/pánico)
Sentada en casa hablando con la familia	10
Ir de paseo en coche	15
Pasear por un vecindario desconocido (riesgo mínimo de encontrarse con una persona conocida)	25
Pasear por el propio vecindario (mayor riesgo de encontrarse con una persona conocida)	35
Pasear a solas por el centro de la ciudad, por calles concurridas	40
Ir al cine acompañada de un amigo	55
Encontrarse con un amigo en una cafetería	55
Ir de compras con un amigo	60
Ir de compras a solas	75
Ir al supermercado a solas	80
Acudir a una fiesta de personas conocidas	90
Participar en una clase o grupo	95
Presentar un discurso	100

senta un formulario de Jerarquía de Exposición que puede usarse para elaborar programas graduales de exposición para individuos ansiosos. Los clientes establecen el ranking de sus experiencias, de menos a más difícil en términos de la ansiedad y evitación asociadas a cada experiencia. Además, se pide a los individuos que especifiquen el pensamiento ansioso principal asociado a cada situación, aunque esto podría ser imposible hasta que el individuo confronte la situación. Entonces, se recurre al Apéndice 7.2 para registrar tanto las sesiones prácticas de exposición desarrolladas durante la sesión terapéutica como las realizadas entre las sesiones. Esta información del Registro de Prácticas de Exposición puede resumirse en el Formulario para la Comprobación de Hipótesis Empíricas (véase Apéndice 6.5) y usarse como experimento conductual para evaluar las valoraciones y creencias exageradas de amenaza y su perspectiva alternativa.

Existen informes satisfactorios sobre la práctica de exposición muy intensa y masiva en la que los individuos comienzan por los ítems más difíciles de la jerarquía. De hecho, esta exposición intensiva, no gradual, se ha comprobado muy satisfactoria para tratar el trastorno de angustia con evitación agorafóbica (véanse comentarios de Craske & Barlow, 2001; White & Barlow, 2002). Sin embargo, la exposición gradual suele ser más aceptable para los individuos con trastornos de ansiedad que ya están preocupados por la intensa ansiedad que se derivará de la exposición. La perspectiva de confrontar sus “peores miedos” desde el comienzo es demasiado arriesgada para la mayoría de los individuos que, en consecuencia, podrían inclinarse a rechazar el tratamiento adicional basado en la exposición (Antony & Swinson, 2000a). Sin lugar a dudas, la exposición gradual suele ser el *modus operandi* preferido, aunque el terapeuta deba cuidar que el progreso en la jerarquía de la exposición no sea demasiado lento.

Frecuencia y duración

Los manuales conductuales sobre la exposición situacional recomiendan sesiones diarias, 5 días por semana en intervalos de entre 3 y 4 semanas, y cada exposición dura unos 90 minutos (p. ej., Kozak & Foa, 1997; Steketee, 1993, 1999). En los procedimientos de exposición más intensos se han prescrito 3-4 horas por día, 5 días por semana (Craske & Bralow, 2001). Aunque este último procedimiento constituya el límite superior extremo, probablemente es cierto que los tratamientos basados en la exposición ofrecidos en los centros conductuales especializados conlleven más trabajo de exposición de lo que suele verse en los contextos clínicos naturalistas, más genéricos. Los fracasos en el logro de reducciones de la respuesta de miedo con terapia de exposición durante las sesiones y entre sesiones suele ser un predictor significativo de una escasa respuesta del tratamiento (p. ej., Foa, 1979; Foa, Steketee, Grayson & Doppelt, 1983; Rachman, 1983). Aunque algunos factores puedan ser responsables del resultado pobre del tratamiento, es posible que los individuos hayan podido recibir una cantidad insuficiente de sesiones de exposición, especialmente cuando se consideran los regímenes de tratamiento que suelen ofrecerse en los centros de salud mental.

A tenor de las pruebas existentes, la presentación concentrada de la exposición es más efectiva que las sesiones espaciadas de exposición que ocurren de forma más esporádica (Antony & Swinson, 2000a; Foa & Kozak, 1985), aunque la investigación es bastante incoherente con respecto a este particular (véase Craske & Barlow, 2001). Antony y Swinson (2000a) recomiendan entre tres y seis sesiones prácticas prolongadas por semana combinadas con prácticas breves a lo largo del día. Sin duda, el consejo clínico más prudente sería animar al cliente a, como mínimo, una práctica diaria cuando ésta sea la principal estrategia de intervención del plan de tratamiento. Debería hacerse todo el esfuerzo posible por evitar los efectos negativos en la respuesta del tratamiento, derivados de la insuficiente práctica de exposición.

Puede parecer que las sesiones prolongadas de exposición son mejores que las presentaciones breves (Foa & Kozak, 1985), con reducciones en la ansiedad que son evidentes tras 30 o 60 minutos de exposición. Foa y Kozak (1986) defienden que los intervalos más prolongados de exposición pueden ser necesarios para los miedos más generalizados, intensos y complejos como la agorafobia. Deben esperarse también las diferencias individuales en respuesta a la exposición, por lo tanto el terapeuta deberá confiar en las reducciones de la ansiedad subjetiva para poder recomendar cuándo finalizar una sesión de exposición. Antony y Swinson (2000a) sugerían una reducción en la ansiedad a un nivel medio o moderado (entre 30 y 50/100) indicados mediante el auto-informe y las valoraciones de un observador, como criterio para la finalización satisfactoria de una sesión de exposición. Taylor (2006) considera que una reducción del 50% de la ansiedad es indicativa de una exposición satisfactoria. Aunque difieran en sus hallazgos específicos, la literatura conductual subraya con claridad que se necesita exposición frecuente, intensa y prolongada para generar una reducción significativa y duradera del miedo.

Atención versus distracción

Foa y Kozak (1986) defendían que el recurso a las estrategias de distracción que conllevan la evitación cognitiva, como son el pretender que uno está en otro lugar, distorsionar una imagen temida, con-

centrarse en elementos de la situación que no provoquen miedo y generar pensamientos o imágenes que sean irrelevantes para el miedo, reducirían la codificación de la información relevante al miedo, impedirían la activación del miedo y, por lo tanto, generarían el fracaso del procesamiento emocional. En consecuencia, se recomienda que durante la exposición, los clientes concentren toda su atención en los elementos de la situación que provocan miedo y que minimicen al máximo cualquier distracción (Craske & Barlow, 2001).

La investigación empírica sobre los efectos de la atención versus la distracción en el tratamiento basado en la exposición no ha sido sistemática (para revisiones, véanse Antony & Swinson, 2000a; Craske & Barlow, 2001). La mejor conclusión es que la distracción quizá no tenga un efecto particularmente negativo a corto plazo, pero parece que mina la efectividad del tratamiento a largo plazo. En base a lo propuesto por Antony y Swinson (2000a), sugerimos las siguientes recomendaciones para fortalecer la efectividad de la exposición:

1. Instruir a los clientes para que atiendan plenamente a los elementos de la situación o de la imagen que provocan miedo. Esto se logra haciendo que los clientes describan verbalmente los elementos de la situación, su reacción a estas características y sus interpretaciones de lo que ven o sienten. Taylor (2006) señala que la intensidad de la experiencia de exposición puede ser adaptada modificando la cantidad de detalles que describe el cliente en la situación temida.
2. Minimizar al máximo las fuentes abiertas y encubiertas de distracción. Preguntar con frecuencia a los clientes qué están pensando en ese momento. Recordar a los clientes que vuelvan a concentrarse en la tarea que tienen entre manos si se han distraído.
3. Animar a los clientes a no oponerse a su ansiedad tratando de suprimir sus sentimientos. Antony y Swinson (2000a) señalan que los esfuerzos por suprimir los sentimientos ansiosos o incluso por reducir la incomodidad, paradójicamente podrían mantener o aumentar la incomodidad. Así pues, “aceptar el miedo” es probablemente la mejor actitud a mantener durante la exposición.

Huida controlada versus tolerancia

Los protocolos estándar de exposición asumen que los clientes deberían mantener (es decir, tolerar) el ejercicio de exposición hasta lograr una reducción significativa en la ansiedad (p. ej., Foa & Kozak, 1985). Un punto de vista alternativo defiende que la exposición debería continuar hasta que el individuo sienta que su nivel de ansiedad es “demasiado alto” o intolerable, en cuyo caso puede huir de la situación siempre que se produzca un retorno inmediato a la situación temida unos pocos minutos después (Craske & Barlow, 2001).

Si nos atenemos al punto de vista conductual de la reducción de la ansiedad, el mejor método será el del mantenimiento para asegurar la habituación a la ansiedad durante la sesión misma (Foa & Kozak, 1986). Por otra parte, si la reducción de la ansiedad se explica en términos de mayor auto-eficacia o incorporación de señales de seguridad, la huida controlada sería permisible (Craske & Barlow, 2001). Una vez más, la investigación empírica no es totalmente coherente a este respecto (véase revisión de Craske & Barlow, 2001). Desde una perspectiva cognitiva, la huida controlada podría ser problemática porque podría reforzar las creencias relativas al peligro de la situación, de que la ansiedad alta es intolerable y de que la mejor respuesta es la huida. Por estas razones consideramos que animar a los clientes a resistir en las sesiones de exposición hasta que se produzca una reducción significativa de la ansiedad es el mejor procedimiento para desmentir las valoraciones exageradas de amenaza y de vulnerabilidad personal.

Colaboración versus control orientado al cliente

La previsibilidad y el control percibidos son importantes para que los clientes se impliquen en el tratamiento basado en la exposición (Antony & Swinson, 2000a). En coherencia con la orientación de la terapia cognitiva, debería haber una intensa atmósfera colaboradora, siendo los clientes quienes participarían directamente en la determinación de sus propias tareas para casa. Los individuos deberían saber que nunca se les exigirá hacer algo que no “quieran” hacer y que el ritmo del tratamiento de exposición se encuentra bajo su propio control. Naturalmente, el terapeuta animará a los clientes a retarse, pero no debería emplearse ningún procedimiento coercitivo o de “mano dura”.

Antony y Swinson (2000a) señalaban que algunas situaciones de exposición serán inherentemente imprevisibles, como las situaciones sociales (p. ej., el cliente socialmente ansioso a quien se le pide que inicie una conversación breve con los colegas de trabajo). En tales casos el terapeuta quizá deba de preparar al cliente para los posibles contratiempos. En otros casos, quizá sea recomendable generar cierta incertidumbre sobre estos últimos ejercicios de exposición para que el cliente esté mejor preparado para manejar todas las vicisitudes inherentes a las experiencias vitales naturalistas.

Señales de seguridad y exposición asistida por un compañero

La mayoría de los terapeutas recomiendan que durante la exposición se elimine la confianza en las señales de seguridad (p. ej., Taylor, 2000; White & Barlow, 2002). Algunas de estas conductas pueden ser bastante sutiles como la producción de respuestas automáticas como tensar o aguantar la respiración. La gestión de las señales de seguridad durante la exposición implica que el terapeuta debe identificar en primer lugar tales respuestas, desacostumbrar a los clientes a recurrir a las señales de seguridad introduciendo esto en los ejercicios de exposición y animando a los clientes a que eviten la búsqueda de seguridad (Taylor, 2000). Eliminar las señales de seguridad es fundamental en la terapia, porque su presencia continuada es una forma de evitación que impide desmentir las creencias de amenaza y vulnerabilidad. En nuestro ejemplo, María creía que mantener una presencia arreglada y elegante le garantizaría la protección contra la evaluación negativa de los demás. Esto servía a la función de búsqueda de seguridad que estaba siendo contemplada en la terapia mediante la reestructuración cognitiva que se efectuaba simultáneamente a las tareas de exposición a las situaciones sociales.

En algunos trastornos de ansiedad, como la agorafobia, un amigo o miembro de la familia particular puede ser una poderosa señal de seguridad para el cliente ansioso. Al revisar las tareas de exposición realizadas entre las sesiones, el terapeuta debe preguntar siempre si la tarea ha sido ejecutada a solas o en compañía de algún acompañante. Si se observara una confianza excesiva en el acompañante, esto debería ser introducido en la jerarquía de la exposición, de modo que los clientes sean gradualmente desaconstumbrados de su dependencia a

los demás según progresen en la jerarquía. Los individuos que no puedan aventurarse a la situación ansiosa sin el respaldo de un amigo, familiar o cónyuge difícilmente lograrán mantener a largo plazo los logros en la reducción de la ansiedad (Antony & Swinson, 2000a).

Manejo de la ansiedad durante la exposición

Dada la importancia de la exposición frecuente y prolongada a los estímulos de miedo, se podría pensar que durante el tratamiento de exposición no se debería adoptar ninguna forma de gestión de la ansiedad. ¿No es preferible que el cliente mantenga un elevado estado de ansiedad para que puedan procesarse los efectos completos de las evidencias que desconfirman las creencias de amenaza y se alcance una reducción natural de la ansiedad? En la mayoría de los casos sería preferible evitar el manejo intencionado de la ansiedad. Sin embargo, existirán momentos en los que pueda ser necesario el manejo de la ansiedad para favorecer la exposición prolongada y repetida a situaciones que provoquen ansiedad muy intensa. Por ejemplo, a los clientes que experimentan niveles extremos de ansiedad en una amplia gama de situaciones y a otros que muestran una tolerancia excepcionalmente baja para la ansiedad podría enseñárseles algunas estrategias de manejo de la ansiedad para reducirla hasta un nivel moderado, que es más óptimo para una exposición satisfactoria.

Steketee (1993) describe cuatro tipos de estrategias de manejo de la ansiedad subjetiva que pueden usarse en el tratamiento basado en la exposición. La primera es la reestructuración cognitiva en la que los individuos desafían sus propias valoraciones exageradas de amenaza anotando las evidencias en la situación de exposición de que el peligro no es tan grande como esperaban y que, en un momento, la ansiedad declina de forma natural. Beck et al. (1985, 2005) presentan un listado de “afirmaciones de afrontamiento” que pueden usarse para que los clientes se animen a continuar en la situación ansiosa. El objetivo de estas estrategias cognitivas es alterar las valoraciones y creencias responsables de la elevada ansiedad de la situación. Con María, las intervenciones cognitivas se centraron en sus erróneas creencias sobre la fuente de ansiedad (p. ej., “que el resto de las personas me están mirando”).

Un segundo enfoque de manejo de la ansiedad consiste en enseñar al cliente a relajarse mediante la relajación muscular progresiva, la respiración controlada o la meditación. Estas respuestas de afrontamiento podrían usarse para reducir la ansiedad durante la exposición. Sin embargo, Steketee (1993) advierte que se ha observado que la relajación no es particularmente efectiva para la ansiedad entre moderada y alta. Además, la relajación podría transformarse rápidamente en respuesta de evitación o de búsqueda de seguridad. Por estas razones, rara vez se incorpora el entrenamiento en relajación al tratamiento basado en exposición. Sin embargo, ocasionalmente podría ser enseñado como medio de fortalecer el control percibido en los individuos ansiosos que inicialmente rechacen la intervención de exposición a consecuencia de las bajas expectativas de auto-eficacia. En otros casos, como con María, la confianza en la respiración controlada podría ser perjudicial porque su ritmo respiratorio solía ser tan exagerado en los picos de ansiedad que casi alcanzaba la hiperventilación y probablemente atraía la atención de las personas que la rodeaban.

Un tercer enfoque es el uso de la intención paradójica mediante la cual se instruye a la persona para que exagere su respuesta ansiosa en una situación de miedo. Pedir a las personas que exageren su miedo suele subrayar la naturaleza absurda y la improbabilidad del miedo, que tiene el efecto paradójico intencionado de originar la reevaluación de la amenaza y vulnerabilidad reales asociadas a la situación (Steketee, 1993). Por ejemplo, una persona con trastorno de angustia y evitación agorafóbica podría ser reacia a alejarse varias manzanas de su casa. Suponiendo que dispusiéramos de la conformidad médica debida, podría instruirse a la persona para que corriera esa distancia cada vez que sintiera pánico por un aumento del ritmo cardíaco. La carrera, evidentemente, elevaría aún más el ritmo cardíaco pero también daría lugar a su reatribución al aumento de actividad física. Esto probablemente generaría una reducción de la ansiedad subjetiva hasta un nivel más tolerable.

Una última estrategia de manejo de la ansiedad conlleva llamar al terapeuta, a un familiar o a un amigo solicitando reconfirmación y

respaldo (Steketee, 1993). Dados los comentarios anteriores sobre la búsqueda de seguridad, esta forma de intervención podría minar rápidamente la efectividad de la exposición y, en consecuencia, debería usarse con mucha prudencia. Cualquier prueba de que esta forma de búsqueda de respaldo se haya convertido en un estilo de afrontamiento establecido, requeriría su eliminación inmediata del tratamiento. Por otra parte, es posible que la provisión de cierto respaldo pueda ser necesaria durante un intervalo breve, especialmente en la fase inicial del tratamiento, para animar al cliente a participar en las sesiones de exposición. Beck et al. (1985, 2005) recomendaban el recurso a las personas significativas como terapeutas auxiliares durante la ejecución de los ejercicios conductuales. White y Baron (2002) concluían en su revisión de la literatura empírica que el cuidado del sistema de apoyo social del cliente y el recurso a los otros significativos al realizar las tareas para casa podría aumentar, de hecho, la efectividad del tratamiento de exposición, especialmente para los individuos con agorafobia. En la fase inicial del tratamiento, los familiares de María la acompañaban en las situaciones sociales prolongadas, pero su presencia fue desvaneciéndose tan pronto como se pudo. Como mínimo, debería tomarse en consideración la función de los cónyuges, familiares y amigos cercanos al programar las tareas de exposición que se realizarán en el intervalo entre sesiones.

Pauta clínica 7.2

Las intervenciones efectivas de exposición deben activar los esquemas de miedo y proporcionar información que desmienta la amenaza, de donde se derivará la modificación de la estructura de miedo del cliente. Esto se alcanzará mejor si al cliente se le ofrece exposición frecuente, moderadamente intensa y prolongada durante las sesiones y entre sesiones que es implementada de un modo planificado, sistemático y gradual. Los clientes deberían recibir una explicación cognitiva de las razones por las que conviene realizar los ejercicios, juntamente con una orientación terapéutica que subraye la exposición como la evaluación directa y experiencial de las valoraciones y creencias ansiosas. Para mejorar las asignaciones de exposición, deberían eliminarse la búsqueda de seguridad, la distracción y la huida/evitación. Los clientes deberían practicar la exposición todos los días en el intervalo entre las sesiones.

Exposición situacional (in vivo)

La forma más común del tratamiento basado en la exposición conlleva la presentación repetida y sistemática de experiencias de la vida real (Craske & Barlow). Observamos que la exposición situacional o *in vivo* se usa con frecuencia con las fobias específicas, el trastorno de angustia con evitación agorafóbica, el TOC y la fobia social. En tales casos, la jerarquía de exposición consiste en una gama de situaciones de la vida real que provocan diferentes grados de evitación. Taylor (2006) recomienda prescindir de la exposición si el cliente muestra un escaso control de impulsos, presenta un trastorno de abuso de sustancias o muestra tendencia a auto-lesionarse por efecto del estrés. Además, los clientes deberían haber pasado una revisión médica para determinar si existe alguna contraindicación médica que les impida participar en ciertos tipos de intervenciones de exposición.

Como se ha comentado previamente, al cliente se le presenta la exposición como una intervención poderosa para “aprender a partir de la experiencia” que se puede reducir la ansiedad. Sin embargo, el terapeuta deberá tener una consideración especial con los clientes que hayan tenido una experiencia pasada negativa con la exposición.

Antony y Swinson (2000a) sugieren que el terapeuta se centre en subrayar las diferencias existentes entre la exposición “mala” y la exposición “buena” (véase Tabla 7.2). Al fin, el terapeuta debe ofrecer una justificación convincente que anime al cliente a participar plenamente en los procedimientos de la exposición.

Al implementar la exposición, conviene comenzar por demostraciones asistidas por el terapeuta durante la sesión de tratamiento y seguir con asignaciones de exposición bien planificadas, estructuradas y graduadas para los intervalos entre sesiones que evoquen ansiedad moderada. La exposición debería realizarse diariamente, y la mayoría de las sesiones deberían durar entre 30 y 60 minutos y mantenerse hasta que se produzca una reducción del 50% de la ansiedad subjetiva. Cada sesión comienza con una valoración inicial de 0 a 100 del nivel de ansiedad y el registro de cualquier pensamiento anticipatorio ansioso sobre la tarea de exposición. A continuación el indivi-

duo se introduce en la situación temida y registra la valoración de la ansiedad cada 10-15 minutos. Además, los clientes deberían tomar nota de cualquier síntoma específico de ansiedad experimentado durante la sesión de exposición y su interpretación de los síntomas. En este mismo orden, deberían anotarse también los pensamientos o imágenes aprensivos y debería animarse a los clientes a recurrir a las estrategias de reestructuración cognitiva para corregir su pensamiento. Al finalizar la sesión de exposición se realiza una última valoración de la ansiedad, juntamente con las observaciones sobre el resultado de la sesión de exposición. Una de las creencias nucleares contempladas en las tareas de exposición de María era “Las personas me están mirando y advertirán que estoy ansiosa, que no puedo respirar y llegarán a la conclusión de que me pasa algo raro”.

La sesión de evaluación posterior a la exposición es, probablemente, la parte más importante de la intervención desde el punto de vista cognitivo (véase capítulo anterior sobre las fases de consolidación y resumen de los experimentos conductuales). El terapeuta cognitivo revisa en detalle el Formulario de Práctica de Exposición y el resto de los materiales que documentan los pensamientos, sentimientos y conducta del cliente durante el ejercicio de exposición. En terapia cognitiva, la exposición se considera como un experimento conductual o como un ejercicio de puesta a prueba de una hipótesis empírica. Así pues, las observaciones del cliente en relación al ejercicio de exposición pueden registrarse en el Formulario para la Comprobación de Hipótesis Empíricas (véase Apéndice 6.5) y esto puede usarse para subrayar las características de la experiencia de exposición que contradigan las valoraciones y creencias nucleares ansiosas. Se espera que la repetida evaluación de múltiples experiencias de exposición proporcione, en algún momento, las evidencias necesarias para desmentir y modificar los pensamientos y creencias ansiosas del cliente y generar la reducción a largo plazo de la ansiedad. Ejemplos de exposición gradual *in vivo* pueden hallarse en varios manuales conductuales de tratamiento (p. ej., Antony & McCabe, 2004; Kozak & Foa, 1997; Foa & Rothbaum, 1998; Steketee, 1993), así como también en el apartado del Capítulo 6 referido a la comprobación de hipótesis empíricas.

Pauta clínica 7.3

La exposición *in vivo* es probablemente la intervención conductual más poderosa para la reducción del miedo. Conviene hacer uso de esta herramienta terapéutica siempre que sea posible en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Exposición imaginaria

El objetivo de cualquier intervención de exposición es provocar ansiedad o angustia y permitir que ésta se reduzca espontáneamente sin recurrir a la evitación, a la neutralización o a otras formas de búsqueda de seguridad. Existen bastantes pruebas empíricas que confirman que esto puede alcanzarse mediante la exposición imaginaria, aunque la mayoría de los terapeutas conductuales recomiendan el uso de la exposición *in vivo* siempre que sea posible porque parece producir efectos de tratamiento más potentes y generalizables (p. ej., Antony & Swinson, 2000a; Foa & Kozak, 1985; Steketee, 1993). Foa y McNally (1996) defendían que los guiones imaginarios no pueden ser tan efectivos como la exposición en la vida real porque sólo presentan un input informativo pobre y, en consecuencia, menos evocativo de la estructura de la memoria del miedo. Sin embargo, hay ocasiones en las que la exposición imaginaria es la modalidad preferida porque la exposición *in vivo* no es práctica (o es imposible), o la adición de ejercicios imaginarios fortalece el mantenimiento del tratamiento de la exposición de base externa (Foa & Kozak, 1997). A continuación se presenta el listado de las ocasiones en las que la exposición imaginaria podría ser la modalidad terapéutica apropiada.

- Cuando el objeto del miedo es un pensamiento, una imagen o una idea, la exposición imaginaria podría ser el único enfoque terapéutico posible (p. ej., en el TOC pensar en el fin del mundo, en la condena eterna, en cometer un “pecado imperdonable”).
- La exposición imaginaria se usa cuando la exposición *in vivo* es impracticable o no-ética (p. ej., miedo a manifestar obscenidades en la iglesia, pensamientos relativos a ocasionar daño o injurias accidentales a los demás, miedo a los desastres naturales).

- En el TEPT la exposición imaginaria suele usarse cuando el miedo se asocia con la memoria del trauma que ocurrió en una localización geográfica lejana o en un momento anterior de la vida (Keane & Barlow, 2002).
- Borkovec (1994) ha defendido que la preocupación es una estrategia cognitiva de base conceptual usada para evitar la imagería aversiva y la activación fisiológica asociada con los temas amenazantes. La exposición imaginaria se ha convertido en un importante componente de los protocolos TCC para el TAG (Brown, O’Leary & Barlow, 2001; Rygh & Sanderson, 2004).
- La exposición imaginaria es efectiva como ejercicio preparatorio de destrezas, por ejemplo para el tratamiento de la ansiedad a hablar en público, donde los ensayos de imagería y role-play pueden emplearse durante la adquisición de las destrezas con anterioridad a la exposición *in vivo*.
- Por último, la exposición imaginaria puede emplearse inicialmente cuando el cliente se niega a participar en la exposición en la vida real para facilitar la posible aceptación de las experiencias de exposición *in vivo* (Antony & Swinson, 2000a).

Implementación

Las pautas generales previamente comentadas para la exposición situacional son aplicables a la exposición imaginaria, aunque las siguientes advertencias deberían ser tomadas en cuenta. En primer lugar, los procedimientos de inundación o de exposición abrupta se usan con más frecuencia en la exposición imaginaria que en la exposición *in vivo*. Esto es particularmente cierto para la exposición imaginaria usada en el TEPT y en el TAG, donde la aproximación jerárquica al trauma o al “peor escenario posible” puede ser innecesaria. Como la inundación es más eficiente e igualmente (o más) efectiva que la exposición jerárquica (Foa & Kozak, 1985; White & Barlow, 2002), los terapeutas deberían tomar en consideración si puede usarse una forma intensiva de exposición imaginaria.

En segundo lugar, las sesiones de exposición imaginaria normalmente no duran más de 30 minutos y, por ende, son de menor dura-

ción que la exposición situacional. Los ejercicios de imaginación sostenidos requieren muchos recursos atencionales, por ello la mayoría de los individuos no serán capaces de mantener su concentración plena en la tarea de imaginación durante períodos prolongados. Sin embargo, es posible que el número de sesiones de exposición imaginaria no sea ni mayor ni menor que el de exposición *in vivo*.

En tercer lugar, la evitación cognitiva es más difícil de controlar en las sesiones de exposición imaginaria que en las sesiones de exposición en la vida real (Foa & Kozak, 1986). Los individuos pueden distraerse de la imagen que provoca miedo sustituyéndola por otro pensamiento o imagen, o pueden imaginar versiones menos amenazantes del escenario temido. Esto debilitará la efectividad de la exposición minando la capacidad de la imagen para activar los esquemas de miedo (véase Foa & McNally, 1996).

Para sobreponerse a esta limitación inherente a la representación simbólica, los terapeutas conductuales han introducido algunas modificaciones a fin de fortalecer la efectividad de la exposición imaginaria. Un procedimiento consiste en requerir al cliente que describa por escrito todos los detalles del *guión imaginario del miedo* (p. ej., Kozak & Foa, 1997; Rygh & Sanderson, 2004). (Véanse comentarios sobre el reprocesamiento imaginario y escritura expresiva en el Capítulo 6). Para que el guión narrado sea efectivo debe incluir detalles que tengan significado emocional para el cliente así como para la respuesta de ansiedad del cliente (p. ej., tensión aumentada, palpitaciones) en relación al escenario temido (Kozak & Foa, 1997). Es difícil elaborar una narrativa efectiva de miedo, por ello esto es algo que suele realizarse durante la sesión mientras el terapeuta recurre al descubrimiento guiado para ayudar al cliente a elaborar un guión imaginario efectivo. Una vez que se ha definido el guión, las primeras sesiones de exposición imaginaria deberán ser efectuadas durante la sesión terapéutica. El ejercicio de exposición comienza por hacer que el cliente lea en voz alta la narración y, a continuación con los ojos cerrados, genere una imagen plena y completa del escenario temido. Si la imagen comienza a desdibujarse, el cliente debería abrir los ojos y releer los apartados de la narración para restablecer la ima-

gen. Este proceso se repite durante toda la sesión de exposición. Tras las repetidas representaciones de la imagería del miedo, puede ser necesario modificar la narración a fin de mantener sus propiedades evocativas. A continuación se presenta un ejemplo de un guión narrativo para un hombre de 55 años de edad con TAG, a quien le aterrizaba la ruina financiera incluso aunque había logrado un alto nivel de seguridad económica.

“Se despierta un jueves por la mañana sintiéndose particularmente ansioso. Ha dormido muy poco porque ha estado dando vueltas en la cama toda la noche, preocupado por su situación económica. Por fin opta por salir de la cama aunque se sienta cansado y exhausto. Tiene un pequeño dolor de cabeza, le duelen los músculos y casi no puede andar en su camino hacia la cocina. La casa está fría porque usted ha sido el primero en levantarse esta mañana. En el exterior todo está oscuro y triste y una leve llovizna llega hasta el alfeizar de su ventana. Se sienta a la mesa de la cocina, su mente sigue dando vueltas a sus inversiones y cuestionándose si ha tomado la decisión correcta al realizar la gestión. Tiene el incómodo presentimiento de que ahora es financieramente vulnerable porque ha invertido demasiado dinero en acciones vinculadas a las nuevas tecnologías. Advierte que comienza a sentirse tenso, siente dolor en el pecho y su corazón comienza a acelerarse. Trata de controlarse pero cuanto más se esfuerza peor se siente. Ahora está convencido de que ha cometido un terrible error. ¿Cómo ha podido ser tan estúpido e invertir tanto dinero en acciones de alto riesgo? Advierte que comienza a sentirse cada vez más agitado, se levanta y comienza a andar, retorciendo sus manos mientras camina. Sólo puede pensar en la estúpida inversión cuando descubre que ha llegado el correo de la mañana. Trata de distraerse acudiendo al buzón. Hay bastante correspondencia pero su mirada se dirige inmediatamente al sobre del banco. Comprueba que se refiere a las acciones y sabe que incluye el estado mensual de sus inversiones. Con manos temblorosas, y con sensación de náusea en el estómago abre el sobre. Su mirada se fija inmediatamente en el balance mensual. ¡No puede creer lo que ve; sus inversio-

nes casi han sido barridas! Algunos de los valores de las inversiones importantes han caído drásticamente y el dinero que tanto le ha costado ganar se ha diezmado. Siente que sus piernas se debilitan, sus manos tiemblan y cree que va a marearse. Cae en la silla, siente que su corazón va a estallar y percibe agudos dolores en el pecho. No puede creer lo que ve por eso sigue mirando las cifras. Y, a pesar de todo, eso es lo que hay; ha perdido miles y miles de euros. Se da cuenta de que está acabado, se han arruinado sus planes de inversión. ¿Qué hará ahora?”.

Otro procedimiento que también se ha empleado para fortalecer la exposición imaginaria es el *entrenamiento en habituación auditiva*. Se crea una grabación del escenario temido en un CD para que el guión del miedo pueda presentarse repetidas veces ininterrumpidamente. Se instruye al cliente para que escuche el CD y para que entre en el escenario descrito tan profundamente como pueda. Se permite que el CD se reproduzca de forma continuada durante los 20-30 minutos de las sesiones de exposición. Es importante que sean los clientes mismos quienes graben los CDs, de modo que cuando los escuchen, sea su propia voz la que oigan. Diversos informes de caso único han descrito la efectividad de las exposiciones grabadas para los miedos obsesivos, donde las grabaciones no sólo fortalecen la experiencia de la exposición imaginaria sino que también reducen la oportunidad de que los clientes recurran a respuestas encubiertas de neutralización que pudieran minar la experiencia de exposición (p. ej., Headland & McDonald, 1987; Salkovskis, 1983; Thyer, 1985).

Pauta clínica 7.4

La exposición imaginaria es particularmente útil en el tratamiento del TOC, TAG y TEPT donde la fuente de la ansiedad es un pensamiento, imagen o recuerdo. Las formas abruptas de exposición o inundación suelen usarse con más frecuencia junto con guiones narrativos o grabaciones del miedo imaginado para garantizar la suficiente activación de miedo y reducción de la evitación cognitiva.

Exposición a las sensaciones corporales

Ciertos tipos de sensaciones físicas como el dolor de pecho, la respiración entrecortada, los mareos, las náuseas y similares pueden provocar, o como mínimo exacerbar aún más, la ansiedad porque se interpretan erróneamente de un modo amenazante. Esta malinterpretación catastrófica de las sensaciones corporales es particularmente característica del trastorno de angustia (Beck, 1988; Beck & Greenberg, 1988; D.M. Clark, 1986a). Al igual que con cualquier estímulo de miedo, es importante que los clientes experimenten la exposición repetida las sensaciones corporales que les provocan la ansiedad. Esto se logra ejecutando diversos “ejercicios de inducción de pánico” que conllevan la activación intencionada de las sensaciones corporales como la sobre-respiración o hiperventilación, la respiración a través de una pajita, el correr sin moverse del lugar, etc. En terapia cognitiva la finalidad de estos ejercicios de exposición es activar los esquemas de miedo, en este caso de miedo a las sensaciones corporales, y proporcionar a los individuos ansiosos las experiencias que corrijan sus ecuaciones erróneas de los síntomas (p. ej., que el dolor de pecho = elevado riesgo de ataque al corazón; Beck & Greenberg, 1987).

La exposición a las sensaciones corporales en la terapia cognitiva tiene cierto parecido con la exposición interoceptiva de Barlow que conlleva la repetida reproducción y exposición a las incómodas sensaciones corporales vinculadas con la activación (White & Barlow, 2002; Taylor, 2000). La finalidad de la exposición interoceptiva es la reducción del miedo a las claves corporales específicas mediante la repetida exposición (Craske & Barlow, 2001). Sin embargo, en terapia cognitiva estos ejercicios se usan de forma diferente para activar los esquemas de miedo asociados con las sensaciones corporales y proporcionar las pruebas correctivas que desmientan las malinterpretaciones catastróficas de los síntomas físicos. Aunque la exposición interoceptiva se emplea con más frecuencia en la terapia cognitiva para el trastorno de angustia, es relevante para cualquier individuo ansioso que tema una sensación corporal particular (Antony & Swinson, 2000a). Una explicación más detallada de este tipo de exposición puede encontrarse en el siguiente capítulo sobre el trastorno de angustia.

Pauta clínica 7.5

La exposición a las sensaciones corporales es útil para activar los esquemas de miedo del cliente mediante la provocación intencionada de sensaciones corporales asociadas con la ansiedad a fin de proporcionarle las pruebas correctivas necesarias que desmientan su malinterpretación catastrófica de la sensación. El procedimiento se emplea con mucha frecuencia para el trastorno de angustia.

Prevención de respuesta

La prevención de respuesta conlleva la supresión deliberada de cualquier estrategia de afrontamiento, como una compulsión, neutralización u otras respuestas de control ejecutadas para aliviar la ansiedad y la incomodidad (D.A. Clark, 2004). Como intervención conductual que es, la prevención de respuesta suele usarse en combinación con las intervenciones de exposición, especialmente para el tratamiento del TOC. Sin embargo, desde una perspectiva más global, la prevención de respuesta puede ser un componente importante del tratamiento para cualquiera de los trastornos de ansiedad, como en la prevención de las respuestas maladaptativas de afrontamiento que contribuyen a la persistencia de la ansiedad. Por ejemplo, con María era importante reducir su confianza en la respiración “controlada” cuando sentía ansiedad porque de hecho ésta intensificaba su estado ansioso.

La prevención de respuesta es muy relevante para tratar las estrategias intencionadas de búsqueda de seguridad que los individuos ansiosos emplean durante la fase elaborativa de la ansiedad (véase Capítulo 2, Figura 2.1). En el Capítulo 5 hemos incluido 34 respuestas de afrontamiento conductuales y motivacionales que podrían usarse para neutralizar la ansiedad (véase Apéndice 5.7). Además, los individuos muy ansiosos, en ocasiones, ponen en marcha estrategias cognitivas muy costosas dirigidas a aliviar la incomodidad como son la supresión intencionada del pensamiento, la racionalización y similares (véase Apéndice 5.9). La prevención de respuesta, por lo tanto, es una robusta estrategia de intervención diseñada para eliminar las respuestas conductuales

problemáticas, es decir, emocionales y cognitivas que conducen a la terminación prematura de la exposición a los estímulos de miedo.

En esencia, cualquier intervención terapéutica que trate de suprimir la expresión de las respuestas de búsqueda de seguridad en el contexto de la activación de la ansiedad es una forma de prevención de respuesta. El objetivo es ayudar a los clientes a ser más conscientes de sus respuestas maladaptativas de afrontamiento, suprimir éstas e iniciar respuestas más adaptativas que garanticen la exposición continuada a la situación que elicitaba el miedo. Al comienzo, el terapeuta puede modelar la prevención de respuesta durante la sesión terapéutica y proceder después asistiendo al cliente con estrategias de afrontamiento similares. El objetivo final es que el cliente ejecute por sí mismo la prevención de respuesta en las situaciones ansiosas que se produzcan de forma natural.

Implementar la prevención de respuesta

Son varias las fases necesarias para la implementación de la prevención de respuesta. (Véase también Rygh & Sanderson, 2004, para una descripción de la prevención de respuesta para el TAG).

Identificar el afrontamiento maladaptativo y la neutralización

A fin de implementar la prevención de respuesta, el terapeuta debe identificar en primer lugar las respuestas cognitivas, conductuales y emocionales empleadas para finalizar la exposición a los estímulos de miedo y reducir la ansiedad. Los formularios de evaluación de los Apéndices 5.7 y 5.9 suelen ser útiles para este propósito. Además, la observación directa del cliente durante la exposición a las situaciones temidas puede servir para identificar otras respuestas automáticas más sutiles de búsqueda de seguridad que deberían ser contempladas en las sesiones de exposición y prevención de respuesta. Por ejemplo, María interrumpía frecuentemente las sesiones terapéuticas preguntando al terapeuta si, en su opinión, el aspecto que tenía era correcto y se levantaba muchas veces de la silla para comprobar por sí misma su aspecto en el espejo. La prevención de respuesta de estas estrategias de búsqueda de seguridad y sus creencias

subyacentes fue una parte importante de la terapia. En la mayoría de los casos es útil asignar tareas para casa que requieran el auto-monitoreo de la búsqueda de seguridad y otras respuestas de afrontamiento a fin de intensificar la conciencia del cliente con respecto a estas estrategias. El repetido auto-monitoreo de las propias respuestas ansiosas y de los esfuerzos por controlarlas permite convertir procesos casi automáticos en procesos sobre los que puede ejercerse un control consciente más elaborativo.

Explicación relativa a la prevención de la respuesta

Debe explicarse a los clientes por qué la prevención de respuesta es un componente crítico de la terapia cognitiva. Muchas veces la explicación de la prevención de respuesta se presenta en la misma fase que las intervenciones basadas en la exposición. Rygh y Sanderson (2004) sugieren que puede usarse el enfoque de costes-beneficios, en el que la reducción a corto plazo de la ansiedad asociada con el afrontamiento maladaptativo y las respuestas de neutralización es el comienzo de la persistencia a largo plazo de la ansiedad. Debería explicarse que la reducción a largo plazo de la ansiedad sólo se producirá cuando las falsas valoraciones y creencias subyacentes sobre la amenaza y vulnerabilidad exageradas se modifiquen realmente. La estrategia más efectiva para cambiar estas actitudes consiste en aprender a tolerar la ansiedad y después dejar que decline de forma natural.

La prevención de respuestas maladaptativas que finalizan prematuramente la ansiedad es una parte importante de este enfoque de tratamiento. A continuación se presenta un fragmento que ilustra cómo formar a un cliente con trastorno de angustia sobre la importancia de la prevención de respuesta.

TERAPEUTA: Derek, observo en el listado de respuestas [Apéndice 5.7] que cada vez que siente ansiedad por los dolores de pecho, detiene inmediatamente la actividad que está realizando, descansa y trata de controlar su respiración en un esfuerzo por relajarse.

CLIENTE: Así es, lo llevo haciendo tanto tiempo que ya ahora es una actividad casi automática. Sigo pensando que es muy importante relajarme y restablecer el control sobre mí mismo.

TERAPEUTA: También observo que en otras ocasiones, cuando la ansiedad es muy intensa, busca en Internet información médica, solicita una cita con el médico de cabecera o incluso acude al servicio de urgencias del hospital. Todas éstas son formas a las que recurre para buscar la confirmación de que usted está bien y que no sufre un ataque al corazón.

CLIENTE: Llevo años haciendo esto, pero la ansiedad reaparece siempre.

TERAPEUTA: Derek, lo que acaba de decir es una observación importante. Usted ha descubierto que cuando trata de relajarse o solicitar consejo médico, esto calma su ansiedad durante un tiempo, pero después reaparece con la misma intensidad que antes.

CLIENTE: Eso es exactamente lo que ocurre.

TERAPEUTA: Es como si el viejo refrán “pan para hoy, hambre para mañana” tuviera razón. Las respuestas como tratar de relajarse o buscar confirmación pueden ser útiles a corto plazo pero con el paso del tiempo, de hecho, contribuyen a la persistencia de la ansiedad. Le impiden aprender a tolerar la ansiedad y a confirmar que no le va a ocurrir nada terrible por los síntomas físicos de la ansiedad. Pero recortar artificialmente la ansiedad le impide comprobar que desaparece de forma natural y usted nunca tendrá la oportunidad de aprender que sus temidos pensamientos sobre el dolor de pecho y los ataques al corazón se basan en las malinterpretaciones exageradas sobre los riesgos para su salud.

CLIENTE: ¿Me está diciendo que acudir al médico o tratar de relajarme son malos, que estas cosas son realmente las que me llevan a sentir más ansiedad?

TERAPEUTA: Efectivamente, eso es lo que le estoy diciendo. Estas estrategias de afrontamiento le impiden que aprenda formas para manejar sus creencias falsas sobre los riesgos para su salud. Y por lo tanto, la ansiedad que siente sobre su dolor de pecho y los ataques al corazón se mantiene constante sin disminución. Recuerda que previamente hemos hablado sobre los ejercicios de exposición como una manera importante para aprender que la ansiedad declina de forma natural. Igualmente importante es eliminar algunas de estas estrategias de afrontamiento, como la de descansar,

tratar de relajarse o solicitar confirmación médica que interrumpan artificialmente la respuesta de ansiedad. Por lo tanto, mientras realice sus ejercicios de exposición, también me gustaría trabajar con usted sobre las formas de reducir estas conductas problemáticas de afrontamiento. Para ello recurrimos a procedimientos que denominamos *prevención de respuesta* que se centra en la supresión de ciertas respuestas maladaptativas. ¿Le gustaría conocer algunas de estas estrategias que podríamos usar para reducir o incluso eliminar estas conductas problemáticas y construir mejores respuestas para la ansiedad?

CLIENTE: Seguro, parece que es una buena idea.

Preparar al cliente para el aumento de ansiedad

Los individuos deben ser advertidos para que esperen un aumento inmediato de la ansiedad al practicar la prevención de las respuestas de búsqueda de seguridad y exposición prolongada a los estímulos temidos. Aunque los individuos difieran en la duración del pico de ansiedad, alguna reducción de la ansiedad debería ser evidente tras 30-60 minutos de exposición. Sin embargo, la prevención continuada del afrontamiento maladaptativo y de la neutralización podría ser necesaria durante bastantes horas después de la sesión de exposición. Por ejemplo, los individuos con miedos obsesivos de contaminación pueden iniciar rituales de lavado y limpieza cuya finalización puede llevarles horas. En tales casos la fase de prevención de respuesta de una tarea de exposición para casa puede prolongarse durante un período de 2-3 horas. La duración aproximada de una sesión de prevención de respuesta debería comentarse con los clientes. Con frecuencia se animará a los clientes para que continúen con su prevención de respuesta hasta que su ansiedad alcance un nivel leve.

En algunas ocasiones, cuando la ansiedad de los individuos es muy intensa durante un período prolongado de tiempo, éstos se pueden negar a participar en la exposición y prevención de respuesta. En tales casos puede ser prudente introducir temporalmente algunas estrategias de manejo de la ansiedad como la distracción, la respiración controlada y la relajación muscular progresiva. Es importante

que estas estrategias se empleen brevemente porque podrían interferir con la exposición plena a los estímulos temidos. Al final la efectividad de la exposición y de la prevención de respuesta se verá debilitada si los clientes siguen confiando en el manejo de la ansiedad. Esto sugeriría que sigue intacta la valoración exagerada de amenaza que hace el individuo sobre los síntomas físicos de la ansiedad.

Instruir al cliente en relación a las estrategias de “bloqueo”

Para suprimir las conductas maladaptativas de afrontamiento y otras formas de respuesta de búsqueda de seguridad se pueden emplear diversas estrategias. En primer lugar, el cliente puede elaborar un listado de *afirmaciones de afrontamiento auto-instructivas* que pueda usar para recordar los beneficios derivados de la prevención de respuestas maladaptativas y los costes derivados de seguir confiando en la conducta problemática de búsqueda de seguridad. En segundo lugar, los individuos podrían desarrollar un repertorio de *actividades competitivas* que interfieran con la ejecución de las conductas maladaptativas de afrontamiento. Por ejemplo, los individuos que aguantan la respiración cuando sienten ansiedad podrían concentrarse en no inhalar entre las exhalaciones. Para competir con la comprobación compulsiva, un individuo podría abandonar la situación inmediatamente, de modo que dificulte la repetición de la comprobación. Por ejemplo, a María se le restringió el uso de los espejos sólo durante algunos momentos del día y que evitara llevar un espejo en el bolso. Será necesaria la exploración considerable para desarrollar un repertorio de actividades competitivas que bloqueen satisfactoriamente la conducta de búsqueda de seguridad. Es probable que estas respuestas competitivas sean idiosincrásicas de cada individuo y de la conducta de búsqueda de seguridad que se contemple en el momento.

Una tercera estrategia de prevención de respuesta que probablemente es la más efectiva para bloquear las respuestas problemáticas de afrontamiento es la *intención paradójica*. La intención paradójica conlleva hacer que el cliente ejecute conductas que sean completamente opuestas a la respuesta de búsqueda de seguridad. Por ejemplo, una persona que trate de descansar cada vez que sienta ansiedad por miedo a que su ritmo cardíaco sea demasiado alto, podría ejecu-

tar una actividad física intensa cada vez que sienta ansiedad. A alguien que recurra a la evitación cognitiva o a la distracción para manejar su ansiedad se le podría instruir para que preste toda su atención al estímulo que provoca el miedo. Y, evidentemente, a la persona que confía en la huida y en la evitación se le podría animar para que permaneciera en la situación temida. Al cliente que suprime los sentimientos ansiosos se le instruirá para que exprese abiertamente sus emociones, tanto si son de miedo como de ira. Es probable que la ejecución deliberada de una conducta que sea la opuesta a la respuesta de afrontamiento, sea la respuesta de prevención más efectiva.

Por último, el *apoyo y respaldo de la familia y los amigos* puede ser un incentivo poderoso para abstenerse de las respuestas problemáticas ante la ansiedad. Con las debidas instrucciones del terapeuta, los familiares pueden proceder como “entrenadores” para animar al cliente a la exposición y a la prevención de respuesta. Dado el exceso de búsqueda de confirmación de María, sus familiares deberían ser instruidos sobre el modo de manejar estas solicitudes de confirmación relativas a su aspecto físico. Evidentemente, la implicación de los otros significativos debe ser monitoreada atentamente para que la persona no se convierta en una señal de seguridad. Además, el terapeuta debería motivar verbalmente y estar telefónicamente disponible entre las sesiones para asistir a los clientes que podrían presentar dificultades para bloquear sus respuestas maladaptativas de afrontamiento.

Desarrollar respuestas alternativas de afrontamiento

La alternativa adaptativa que promueve la terapia cognitiva es la exposición continuada al estímulo de miedo. Cualquier respuesta de afrontamiento que motive al cliente a esperar hasta que la ansiedad se disipe de forma natural se considera como enfoque adaptativo. Por ejemplo, a una cliente que llevaba años padeciendo un trastorno de angustia le atemorizaban las crisis de angustia. La creencia básica que sostenía era que podría perder el control y en algún momento enloquecer. Cualquier señal de ansiedad, especialmente los temblores, la agitación o el llanto, eran malinterpretados como pérdida de control. Ella respondía tensando sus músculos, distrayéndose y

tratando de suprimir sus sentimientos ansiosos. Para contrarrestar estos esfuerzos fútiles de control de la ansiedad, se formuló una alternativa de respuesta paradójica de prevención de respuesta. Cada vez que percibía las primeras señales de ansiedad, iba a acudir a su habitación, colocarse frente a un espejo grande donde pudiera verse de cuerpo entero y tenía que agitarse y llorar intencionadamente con tanta intensidad como pudiera. Tenía que observarse en el espejo hasta que el nivel de ansiedad se redujera significativamente. Este plan para afrontar los episodios ansiosos servía a múltiples funciones. Por una parte animaba a la cliente a la exposición directa a los síntomas físicos que la atemorizaban. Por otra bloqueaba también sus respuestas maladaptativas de afrontamiento y normalmente acababa riéndose a carcajadas, que daban lugar a un estado emocional contrario a la ansiedad. En suma, la prevención efectiva de la respuesta no debería especificar solamente las respuestas de búsqueda de seguridad que deben ser bloqueadas o suprimidas, sino también las formas alternativas de respuesta que promueve la exposición adaptativa.

Desafiar las cogniciones problemáticas

El terapeuta cognitivo está constantemente alerta ante cualquier falso pensamiento o creencia que pudiera seguir manteniendo la confianza en las respuestas de búsqueda de seguridad e interfiriendo con la prevención de respuesta. Esto puede hacerse preguntando a los clientes por sus pensamientos automáticos relativos a la necesidad percibida de evitar o controlar la ansiedad, así como examinando los registros de auto-monitoreo para detectar las cogniciones maladaptativas de búsqueda de seguridad que se produjeron durante las tareas de exposición. Una vez que se identifique tal pensamiento, se puede recurrir a la reestructuración cognitiva para modificar las valoraciones y creencias ansiosas (véase Capítulo 6).

Ciertos temas son comunes en los pensamientos y creencias ansiosas que mantienen la búsqueda de seguridad y que interfieren con la prevención de respuesta. Entre ellas se incluyen la intolerancia a la ansiedad y a la incertidumbre, la necesidad de mantener el control, la importancia de minimizar el riesgo y el mantenimiento de la segu-

ridad y la confianza. Los individuos ansiosos, a menudo, expresan creencias del tipo a “No puedo soportar la ansiedad”, “Necesito saber con seguridad que no he dejado encendida la cocina y que no voy a provocar un incendio”, “Si no mantengo el control estricto sobre mis emociones, las personas advertirán que algo raro me pasa”, “No aguanto correr riesgos; más vale prevenir que lamentar”, “Cuanta más paz y comodidad sienta, mejor será mi salud física y mental” o “Si ofrezco un aspecto perfecto, puedo evitar la evaluación negativa de los conocidos [María]”. En muchos casos la prevención de la respuesta maladaptativa de afrontamiento y de búsqueda de seguridad no será aceptada mientras la persona ansiosa siga sosteniendo este modo de pensamiento. Por eso el terapeuta cognitivo debería comprobar la posible existencia de cogniciones problemáticas cada vez que el cliente no logre ejecutar la prevención de respuesta.

Registrar y evaluar

Al igual que con cualquier intervención, es esencial que los clientes mantengan algún registro de sus esfuerzos de prevención de respuesta en los intervalos entre sesiones. El Registro de Prevención de Respuesta del Apéndice 7.3 puede usarse para este fin. El formulario puede cumplimentarse cuando el cliente ejecuta las tareas de exposición en casa o cuando previene el afrontamiento maladaptativo durante los episodios de ansiedad que se producen de forma espontánea o natural. Aunque este formulario recoge datos sobre los niveles de ansiedad y de urgencia para ejecutar la “respuesta prevenida”, el terapeuta cognitivo debería comprobar siempre las cogniciones del cliente con respecto a la prevención de respuesta y la conducta de búsqueda de seguridad al revisar el formulario.

Pauta clínica 7.6

La prevención de la conducta maladaptativa de afrontamiento y de otras formas de respuestas de búsqueda de seguridad es un componente importante de la terapia cognitiva que promueve la exposición a la información que desmienta las falsas creencias de amenaza y vulnerabilidad del cliente.

Cambio conductual dirigido

Como se ha mencionado previamente, los individuos con trastornos de ansiedad muestran, muchas veces, conductas problemáticas que requieren ser modificadas o que pueden presentarse con déficits conductuales que realmente contribuyan a su estado ansioso. Un individuo con fobia social puede presentar déficits ejecutivos en las habilidades interpersonales y de comunicación, aunque Antony y Swinson (2000b) nos recuerdan que la mayoría de las personas con ansiedad social disponen de mejores habilidades interpersonales de lo que creen. Sin embargo, los déficits de ejecución de conductas sociales también pueden evidenciarse en otros trastornos de ansiedad. Pueden estar presentes en personas con trastorno de angustia con evitación agorafóbica que llevan años alejadas de los contextos sociales, o los individuos con TOC crónico que pueden evitar a los demás por sus obsesiones de duda o contaminación. Además, los individuos con TEPT, en muchas ocasiones, sufren distanciamiento social significativo u otras dificultades interpersonales (Turner, Beidel & Frueh, 2005). En tales casos podría incluirse en el plan de tratamiento un componente de entrenamiento en habilidades.

El *cambio de conducta dirigido* se refiere a las estrategias de intervención que enseñan a los individuos a cambiar conductas específicas a fin de mejorar su efectividad personal en casa, en el trabajo y en las relaciones interpersonales. En los trastornos de ansiedad las estrategias de modificación conductual suelen centrarse normalmente en la mejora de habilidades pro-sociales, asertividad o comunicación verbal y no verbal (véase Antony & Swinson, 2000a, 2000b, para más detalles). En la Tabla 7.4 se presentan los pasos de los que normalmente constan las intervenciones de cambio conductual.

Tabla 7.4. Elementos terapéuticos de las intervenciones de cambio de conducta dirigido

-
- Instrucción didáctica o psicoeducación
 - Modelado de conductas específicas
 - Ensayo conductual
 - Asignaciones de tareas *in vivo*
 - Auto-monitoreo y evaluación
-

Al iniciar una intervención de cambio conductual el terapeuta comienza por la *instrucción didáctica* destinada a preparar al cliente para el ensayo conductual. Golfried y Davison (1976) comentan que esta introducción didáctica es necesaria para asegurar que el cliente reconoce la necesidad del cambio conductual, para aceptar el ensayo conductual como paso importante en el aprendizaje de nuevas conductas y para superar la ansiedad derivada del role-play. Además, el terapeuta ofrece información específica que ayuda a los clientes a comprender la diferencia entre sus conductas maladaptativas y las conductas pro-sociales más efectivas.

En terapia cognitiva debería proporcionarse una justificación que explique el cambio de foco de la terapia de base cognitiva de la ansiedad a esta orientación más conductual. Debería informarse a los clientes que estas intervenciones no pretenden ser una estrategia directa de reducción de la ansiedad, sino que su objetivo es mejorar el propio funcionamiento y confianza en las situaciones sociales. El funcionamiento social mejorado podría tener un efecto ansiolítico indirecto, aumentando la frecuencia de las respuestas positivas de los demás, lo que a su vez aumentaría la motivación de la persona para exponerse a encuentros con los demás que provocan ansiedad.

El *modelado* desempeña una función importante al enseñar a los clientes ansiosos a ejecutar la conducta interpersonal de forma más efectiva. El terapeuta demuestra la habilidad que ha de ser aprendida y, a continuación, comenta con el cliente cómo se ejecuta la conducta en cuestión. Incluso aunque las explicaciones didácticas de las nuevas conductas sean importantes, nada puede sustituir a la demostración de cómo se debe responder. Por ejemplo, una persona con ansiedad social tendía a hablar atropelladamente en sus intervenciones en el trabajo. Incluso aunque esto le sirviera para asegurarse una huida más rápida de la interacción social ansiosa, esta conducta interfería con la calidad de su comunicación y, de hecho, intensificaba su ansiedad subjetiva. La aceleración de su discurso también se hacía visible en la sesión terapéutica. El terapeuta era capaz de interrumpir la conversación, señalar que su discurso se estaba acelerando y, después, demostrar un ritmo discursivo más apropiado. Este modelado les llevaba de forma natural al siguiente paso de la intervención de cambio conductual.

El *ensayo conductual* es realmente el ingrediente fundamental de las intervenciones de cambio conductual dirigido. En las sesiones se realizan role-plays en los que el cliente practica la ejecución de la nueva conducta en las diferentes situaciones posibles. El terapeuta podría comenzar por modelar la conducta diana, cómo iniciar una conversación con un desconocido, cómo hacer una solicitud, cómo mantener el contacto ocular, cómo rechazar una solicitud razonable, o similares. A continuación se pide al cliente que practique la conducta durante el role-play. A lo largo del mismo el terapeuta ofrece asistencia en forma de *feedback correctivo* y *refuerzo y ánimo* por los intentos de ensayar la conducta diana. Como muchas personas sienten incomodidad ante la posibilidad de sobreactuar y estas sesiones prácticas les pueden parecer aburridas, es importante mantener la atmósfera alegre e informal y recurrir al humor para que los participantes se sientan relajados. En el tratamiento de la fobia social también pueden usarse grabaciones en video de las sesiones de role-play entre el terapeuta y el cliente o con “actores” adicionales para fomentar el ensayo conductual (p. ej., Antony & Swinson, 2000a; D.M. Clark, 2001). En tales casos el terapeuta ofrece *feedback* y corrección mientras revisa la cinta con el cliente.

Beck et al. (1985, 2005) señalan también que los pensamientos y creencias disfuncionales importantes pueden hacerse visibles en el curso del ensayo conductual. Una vez identificados estos pensamientos y creencias automáticas, serían tratados mediante estrategias de reestructuración cognitiva. Por ejemplo, durante el ensayo conductual dirigido al contacto ocular con una persona que sufre fobia social crónica, el terapeuta advertía que al cliente le costaba un gran esfuerzo mantener el contacto ocular. El contacto ocular se detuvo y el terapeuta preguntó al cliente “¿Mientras estaba realizando el role-play, qué le ha pasado por la mente?”. El cliente manifestó que estaba pensando “Estoy mirando a la persona; se va a molestar si sigo mirándola de este modo”. Por ello, automáticamente el cliente detenía y alejaba su mirada, lo que significaba que no efectuaba correctamente el ensayo conductual. La identificación y corrección de las falsas cogniciones que surgen en el curso del ensayo conductual es una de las funciones importantes de esta estrategia en la terapia cognitiva para la ansiedad.

La efectividad de cualquier intervención de cambio conductual dependerá de que el ensayo conductual vaya seguido por la práctica sistemática y repetida de estas nuevas habilidades como *tareas in vivo para casa*. Al igual que con cualquier nuevo aprendizaje adquirido en la sesión la generalización y mantenimiento de cualquier aprendizaje dependerá del cumplimiento de las tareas para casa. Los individuos también deberían *auto-monitorear* sus asignaciones conductuales manteniendo un registro de las situaciones en las que han practicado la nueva conducta, su nivel de ansiedad, el resultado y su evaluación de la ejecución. En la sesión de seguimiento el terapeuta revisará el formulario de registro de las tareas para casa. Los ejemplos de cambio conductual positivo serán alabados y cualquier cognición o respuestas conductuales problemáticas serán objeto de intervención adicional.

Pauta clínica 7.7

Las intervenciones destinadas al cambio conductual directo suelen emplearse en terapia cognitiva para contemplar los déficits en el funcionamiento social que podrían exacerbar el distanciamiento y aislamiento de los demás e interferir con la participación del cliente en las tareas cruciales de exposición durante los intervalos entre sesiones.

Entrenamiento en relajación

El entrenamiento en relajación cuenta con un historial largo y venerable en la terapia conductual para la ansiedad. Durante un tiempo fue la piedra angular del tratamiento conductual de la ansiedad y era considerado como elemento crítico para inhibir las respuestas condicionadas de ansiedad (es decir, Wolpe & Lazarus, 1966). Recientemente los terapeutas cognitivo-conductuales han cuestionado la efectividad de la terapia de relajación para la ansiedad. White y Barlow (2002), por ejemplo, sostenían que cualquier conducta que minimice los síntomas de angustia o proporcione las vías de huida/distracción de estos síntomas debería ser maladaptativa. Enseñar a los individuos a relajarse mediante la relajación muscular progresiva o el reentrenamiento en respiración podría debilitar la exposición y ser equivalente a “enseñar la evitación como estrategia de afrontamiento”.

to" (White & Barlow, 2002, p.317). Además, en muchas circunstancias el entrenamiento en relajación es también incompatible con los objetivos de la TC para la ansiedad. La puesta a prueba de las hipótesis empíricas referidas a las falsas valoraciones y creencias depende de la exposición a las situaciones que provocan la ansiedad para poder recoger la información que las desmienta. Si cada vez que el individuo sienta ansiedad invocara a la relajación, tal persona carecería de la posibilidad de aprender que las preocupaciones ansiosas son infundadas. De este modo la relajación como respuesta de manejo de la ansiedad debilitaría la efectividad de la terapia cognitiva.

En consecuencia, ¿cabe el entrenamiento en relajación en la terapia cognitiva para la ansiedad? Nosotros sólo recomendaríamos técnicas de relajación como intervención adjunta si el nivel de ansiedad del cliente fuera tan extremo que éste se negara a participar en cualquier exposición o se negara a tolerar incluso la más leve intensidad de ansiedad. En tales casos podría introducirse el entrenamiento en relajación para reducir el nivel de ansiedad de modo que el individuo pudiera ejecutar la exposición y otras formas de experimentos conductuales destinados a modificar las falsas valoraciones y creencias de amenaza, vulnerabilidad y necesidad de seguridad. Para el terapeuta cognitivo, es esencial la desactivación de los esquemas de miedo para la reducción a largo plazo de la ansiedad y no la adquisición de una estrategia de afrontamiento.

A pesar de estas dudas con respecto a su base conceptual, el entrenamiento en relajación sigue siendo defendido como intervención efectiva para inhibir la tensión física propia de la ansiedad (p. ej., Bourne, 2000; Craske & Barlow, 2006). Sin embargo, la investigación empírica indica que el entrenamiento en relajación produce efectos mucho más limitados de lo que se creía en el tratamiento de la ansiedad. La relajación muscular progresiva, por ejemplo, sigue siendo un ingrediente importante en los protocolos TCC del TAG (p. ej., Brown, O'Leary & Barlow, 2001; véase Conrad & Roth, 2007, para una revisión empírica) y del TEPT (Foa & Rothbaum, 1998), pero parece que tiene menos valor para la ansiedad social (Heimberg & Juster, 1995) y para el TOC (Foa et al., 1998; Steketee, 1993) y ha producido resultados mixtos, en el mejor de los casos, para los trastornos de angustia (véanse D.M. Clark, 1997; Craske & Barlow, 2001, para revisiones).

Relajación muscular progresiva

En 1938 Edmund Jacobson publicó su trabajo sobre la relajación en base a una teoría bastante extraordinaria de la ansiedad. Jacobson defendía que la experiencia central de la ansiedad es la tensión muscular, que conlleva la contracción o acortamiento de las fibras musculares. A fin de reducir esta tensión y la ansiedad subjetiva concomitante presentó la relajación muscular progresiva (RMP) como método que elimina la tensión prolongando las fibras musculares (Jacobson, 1968; véase también Bernstein & Borkovec, 1973). Mediante la tensión y distensión sistemática de varios grupos musculares, Jacobson comprobó que las contracciones musculares podrían ser prácticamente eliminadas y se podría inducir un estado de relajación profunda. El único problema de su método de relajación era el tiempo que requería, entre 50 y 200 sesiones de entrenamiento (véase Wolpe, 1958; Wolpe & Lazarus, 1966).

El procedimiento de relajación de Jacobson fue adoptado y refinado por los pioneros de la terapia conductual como respuesta incompatible que podría inhibir el miedo y la ansiedad. Wolpe (1958) concluía a tenor de los documentos de Jacobson, que este método de relajación tenía efectos que contrarrestaban la ansiedad, porque a los individuos se les enseñaba a usar la relajación diferencial en sus vidas cotidianas. Esto conducía a la inhibición recíproca de cualquier estímulo provocador de ansiedad confrontado y, mediante la repetición sistemática, se producía la inhibición condicionada de la respuesta de ansiedad. Sin embargo, Wolpe (1958) introdujo dos importantes modificaciones para mejorar la eficiencia y efectividad de la relajación diferencial. En primer lugar fue capaz de reducir drásticamente la cantidad de sesiones de entrenamiento a seis sesiones de 20 minutos y dos prácticas diarias de 15 minutos en casa (Wolpe & Lazarus, 1966). En segundo, en las siguientes sesiones la relajación se emparejaba con la evocación imaginaria gradual sistemática de un estímulo de miedo en un procedimiento de tratamiento denominado *desensibilización sistemática*. El resultado fue la creación de un tratamiento conductual muy efectivo para los miedos y las fobias.

La inducción de la relajación profunda se convirtió en la herramienta esencial de la terapia conductual para inhibir la ansiedad.

Wolpe descubrió que los efectos automáticos de la relajación sólo podían contrarrestar una respuesta débil de ansiedad, pero una vez que el estímulo débil ya no provocaba ansiedad, se podía introducir un estímulo provocador más intenso y emparejarlo repetidas veces con la relajación hasta que también deje de activar ansiedad (Wolpe & Lazarus, 1966). Gradualmente, con las presentaciones repetidas, la relajación profunda inhibía satisfactoriamente las respuestas de ansiedad hasta que incluso la situación que más ansiedad provocaba también dejara de elicitar ansiedad.

La tensión y distensión de grupos musculares específicos, que fue inicialmente propuesta por Edmund Jacobson, sigue siendo aún el enfoque más común de relajación muscular usado en la TCC. Se instruye a los clientes para tensar un grupo muscular específico “con tanta fuerza como pueda sin que produzca ningún dolor”, mantener tal tensión durante 5-7 segundos, percibir la tensión en el grupo muscular, después relajar y descargar la tensión y percibir la sensación de relajación que se produce cuando se descarga la tensión (Bernstein & Borkovec, 1973). La finalidad de este ciclo de “tensión-distensión” es facilitar la detección de la tensión y agudizar la capacidad del cliente para discriminar entre las sensaciones de tensión y relajación. Aunque existan múltiples variaciones de la RMP, en la Tabla 7.5 se presenta el protocolo de 10 grupos musculares que puede enseñarse inicialmente a los clientes. Se deriva de protocolos mucho más extensos descritos en Bernstein y Borkovec (1973) y Cautela y Groden (1978).

Explicación e instrucciones

Antes de iniciar una sesión de entrenamiento en relajación, es importante ofrecer al cliente una explicación relativa al procedimiento. A continuación se presenta una posible justificación y una serie de instrucciones para la RMP que pueden usarse con los clientes. (Otros ejemplos de explicación e instrucciones de RMP pueden hallarse en Bernstein & Borkovec, 1973; Bourne, 2000; Cautela & Groden, 1978; Crasje & Barlow, 2006; Foa & Rothbaum, 1998; Goldfried & Davidson, 1976).

“Hoy voy a enseñarle cómo puede usar la relajación para aliviar su ansiedad. Este procedimiento, denominado relajación muscular profunda fue originalmente propuesto hace 75 años por un médico de la Universidad de Harvard, el Dr. Edmund Jacobson, quien descubrió que los individuos podían aprender a inducir un estado de relajación profunda tensando y después destensando grupos musculares específicos. Lo importante de este procedimiento es aprender a advertir la diferencia entre la sensación de tensión y la sensación de relajación, por ello le ayudaré a prestar atención especialmente a los sentimientos y sensaciones físicas asociadas con sus músculos cuando están tensos y después cuando se relajan. ¿Recuerda de nuestra primera sesión de evaluación que uno de los síntomas de ansiedad que usted manifestaba era la tensión muscular? ¿Podría recordarme cómo la vive? [El cliente describe la incomodidad asociada con la sensación de tensión o tirantez física cuando está ansioso] Cuando está tenso, ciertos músculos de su cuerpo se tensan; es decir, las fibras musculares de hecho se contraen, produciendo esa sensación de tensión. La relajación muscular progresiva es una técnica que interrumpe el proceso de ansiedad relajando los músculos. Literalmente invierte uno de los principales síntomas de la ansiedad, la tensión física, descargando la contracción o tensión muscular indeseada. Una vez dominada la técnica de inducir la relajación profunda, podrá usarla en diversas situaciones para interrumpir el aumento de su nivel de ansiedad.

El mejor modo para aprender la relajación muscular profunda es la demostración, la asistencia y la práctica. Voy a pedirle que produzca tensión en grupos musculares particulares, que aguante esa tensión durante un intervalo de entre 5 y 7 segundos y, después, que descargue la tensión. Yo le mostraré cómo tensar y destensar ciertos músculos. A lo largo del procedimiento le pediré que se concentre en las sensaciones de tensión y relajación. Esta es una parte muy importante de la técnica porque usted debe aprender qué se siente cuando se está relajado. Comenzaremos por tensar y relajar 10 grupos musculares distintos y todo el procedimiento durará unos 20 minutos. Le pediré que tense y después relaje determinados músculos. Por ejemplo, repasemos rápi-

damente el procedimiento con cada uno de los músculos para que sepa qué puede esperar. Coja su brazo derecho, extiéndalo frente a usted, cierre fuertemente el puño, y manténgalo así. ¿Advierte alguna tensión o tirantez en su brazo? [Pide al cliente que señale si ha sentido tensión en las manos, antebrazos, codos y bíceps del brazo]. Ahora tense el brazo de nuevo y, esta vez, relaje la tensión dejando que su brazo, torciendo levemente el codo, vuelva a su regazo. ¿Cómo se siente ahora? [Se pide al cliente que describa la sensación de relajación en el brazo]. Ahora voy a demostrarle cómo tensar y destensar los restantes 9 grupos musculares. En cada caso, me gustaría que se fijara en cómo lo hago yo y después que lo repita usted. Tengo que advertirle que vamos a reproducir algunas expresiones un poco ridículas al tensar y destensar los músculos faciales. ¿Está de acuerdo con esto? [El terapeuta demuestra cómo tensar y relajar los músculos siguiendo la propuesta de la Tabla 7.5].

[Tras demostrar el procedimiento de tensión-distensión de los 10 grupos musculares, el terapeuta continua con la introducción]. Es importante que reconozca que la relajación muscular profunda es una habilidad cuyo aprendizaje requiere la práctica repetida. Del mismo modo que al andar en bicicleta o conducir un coche, la técnica puede parecerle poco natural al principio. Puede que no se sienta muy relajado. Sin embargo, cuanto más la practique menos le costará y cada vez tendrá más éxito en la inducción de un nivel más profundo de relajación. Además, una vez dominada la técnica de los 10 músculos, le enseñaré cómo ejecutar la versión abreviada de la relajación muscular, de modo que literalmente pueda inducir la relajación en unos pocos minutos, en cualquier lugar y en cualquier momento. Pero para llegar a ese punto, deberá practicar la relajación dos veces al día durante 15 minutos. Le proporcionaré un CD con instrucciones de relajación que debería serle útil para la práctica en casa. También le pediré que cumplimente el Registro Semanal de Relajación Muscular Profunda [véase Apéndice 7.4] para que podamos monitorear su progreso. ¿Tiene alguna duda? Muy bien, empecemos con nuestra primera sesión de entrenamiento en relajación”.

Tabla 7.5. Protocolo de Relajación Muscular Progresiva de 10 grupos musculares

Grupo muscular	Procedimiento de tensión-distensión
1. Brazo dominante	"Extienda hacia el frente su brazo derecho (es decir, dominante), cierre fuertemente el puño y tense el brazo completo desde la mano hasta el hombro. Perciba la tensión en el bíceps, antebrazo, codo, puño y dedos. Después relájelo, doblando el brazo por el codo y dejándolo descansar sobre su regazo".
2. Brazo no-dominante	"Extienda hacia el frente su brazo izquierdo (es decir, no-dominante), cierre fuertemente el puño y tense el brazo completo desde la mano hasta el hombro. Perciba la tensión en el bíceps, antebrazo, codo, puño y dedos. Después relájelo, doblando el brazo por el codo y dejándolo descansar sobre su regazo".
3. Frente	"Arrugue la frente elevando las cejas tanto como pueda, empuje sus cejas hacia arriba, tensando todo lo que pueda la frente y las sienes. Después relájelas lentamente, dejando que sus cejas vayan cayendo progresivamente y descargue la tensión de la frente".
4. Ojos y nariz	"Cierre fuertemente los ojos, apriételos todo lo que pueda hasta que sienta la tensión alrededor de los mismos. Al mismo tiempo, arrugue la nariz, empujándola hacia su rostro. Perciba la tensión alrededor de los ojos, de la nariz y pómulos superiores. Lentamente relájelos, destense la tensión que rodea a sus ojos y a la nariz, dejando que arrugarla. Mantenga cerrados los ojos y concéntrese en las sensaciones de relajación que rodean a sus ojos y a la nariz".
5. Mandíbula y cuello	"Tense la boca, la mandíbula y las zonas del cuello haciendo una sonrisa exageradamente amplia, apriete los dientes y estire su cuello tirando hacia dentro de su boca y pómulos. Adverta la tirantez de los músculos que rodean la boca, la mandíbula y zona frontal del cuello. A medida que descarga la tensión, concéntrese en la sensación de relajación en estas regiones de la cara y del cuello".
6. Hombros y espalda	"Colóquese un poco más adelante en la silla y levante y retrase los codos hasta que las paletas de los hombros se aproximen entre sí. Al mismo tiempo el pecho se está expandiendo. Adverta la tensión en los hombros y en la parte superior de la espalda. Gradualmente descargue la tensión retrocediendo en la silla, colocando ambos brazos sobre el regazo y permitiendo que los hombros caigan a su posición normal. Concéntrese en la descarga de tensión de los hombros y de la zona de la espalda media".
7. Pecho	"Tense el pecho haciendo una profunda inhalación y después manteniendo dentro el aire. Sienta la tensión en el pecho mientras lo aprieta y tira de él. A medida que lo relaje, concéntrese en cuán sueltos siente ahora los músculos del pecho".
8. Estómago	"Apriete el estómago tirando de él hacia adentro y endureciéndolo como si fuera una tabla. Adverta la tensión y la dureza de su estómago. Mientras lo destensa, perciba cómo cambian las sensaciones entre la tensión y la relajación".
9. Pierna dominante	"Levante del suelo su pierna derecha (es decir, dominante) hasta que esté completamente extendida hacia delante, tuerza los dedos de los pies hacia adentro, y tense toda la pierna tanto como pueda. Perciba la tensión en su pié, pantorrilla, rodilla y pierna. Gradualmente relájela, bajando la pierna hasta el suelo y doblando levemente la rodilla hasta que tenga el pié apoyado en el suelo. Adverta la sensación de relajación que tiene ahora en toda la pierna".
10. Pierna no-dominante	"Levante del suelo su pierna izquierda (es decir, no-dominante) hasta que esté completamente extendida hacia delante, tuerza los dedos de los pies hacia adentro, y tense toda la pierna tanto como pueda. Perciba la tensión en su pié, pantorrilla, rodilla y pierna. Gradualmente relájela, bajando la pierna hasta el suelo y doblando levemente la rodilla hasta que tenga el pié apoyado en el suelo. Adverta la sensación de relajación que tiene ahora en toda la pierna".

Nota. Basado en Bernstein y Borkovec (1973) y Cautela y Groden (1978).

Es importante subrayar que la efectividad del entrenamiento en relajación depende de un contexto favorecedor. Bourne (2000) ofrece varias sugerencias prácticas para fortalecer la experiencia de relajación. Seleccionar un lugar tranquilo, una habitación con luz tenue y una silla o sillón cómodo. Practicar con el estómago vacío y aflojar cualquier prenda ajustada. Quitarse el calzado, el reloj y las gafas y mantener cerrados los ojos. Sugerir al cliente que adopte una actitud pasiva, separada en la que “permita que ocurran todos los pensamientos, sentimientos o conductas. No trate de controlar lo que esté pensando o de evaluar cómo lo esté haciendo. Límitese a ‘dejarse llevar’ y no se preocupe si ejecuta el procedimiento correctamente o no”. Si la persona encuentra dificultades para relajar un grupo muscular particular, debería saltar al siguiente grupo de músculos. No todos los músculos deben alcanzar el mismo nivel de relajación profunda. Subraye que es importante practicar dos veces por día durante 15 minutos y preferentemente en horario regular.

El siguiente ejemplo ilustra el modo de asistir a un cliente en el ciclo de tensión-distensión. Hemos optado por el grupo muscular del estómago para ilustrar la serie de instrucciones que deberían ser empleadas con cada grupo muscular.

“Ahora me gustaría que tensara los músculos del estómago. Apriete el estómago tirando de él hacia adentro y endureciéndolo como una tabla. AHORA, tense los músculos del estómago [el terapeuta usa un tono de voz firme, moderadamente alto]. ¡AGUÁNTELO! Sienta la tensión, la tirantez en los músculos del estómago. ¡AGUÁNTELO! ¡AGUÁNTELO! ”Concentre la atención en la dureza de su estómago [5-7 segundos después del AHORA] Y ahoraaaaa, ¡RELAXXXXXX! [El terapeuta murmura en tono de voz suave el ‘Y ahora relax’]. Deje que toda la tensión salga del estómago, permita que desaparezca de sus músculos y perciba la diferencia entre la sensación de tensión y de relajación. Sienta que los músculos del estómago se relajan más y más. [Durante 30-40 segundos el terapeuta realiza afirmaciones sobre la relajación]. Advertirá que los músculos del estómago están flojos, sueltos y blandos en comparación con el estado de dureza, tirantez y tensión que tenían cuando estaban tensos. Continúe centrando su atención en la sensación de relajación a medida que progresa a su pierna derecha”.

En la primera sesión de entrenamiento en RMP, puede ser recomendable repetir dos veces con cada grupo muscular antes de proceder con la siguiente serie de músculos. También conviene dejar al cliente disfrutar de unos pocos segundos de silencio entre grupos musculares, de modo que no se acelere todo el proceso. Durante cada fase de distensión, el cliente debería repetir subvocalmente la palabra “relax” o “calma”. Además, el terapeuta podría añadir una sugerencia de imaginería agradable al finalizar la sesión de relajación a fin de fortalecer la experiencia de la relajación profunda.

RMP abreviada

Si la RMP debe ser útil como respuesta de afrontamiento para la ansiedad en el contexto natural, los clientes deben aprender rápidamente un protocolo abreviado de relajación, más eficiente, que pueda usarse en cualquier momento y en cualquier lugar. Si el cliente, tras dos semanas de práctica diaria, ya domina la relajación profunda de 10 grupos musculares, el terapeuta puede proceder con el *protocolo de 4 grupos musculares* descritos en Bernstein y Borkovec (1973). Este protocolo se desarrolla mediante el siguiente procedimiento:

1. *Tensar y destensar los brazos* – ambos brazos se extienden al frente de la persona con un ángulo de 45° en el codo. Se cierran los puños con fuerza y se mantiene la tensión.
2. *Rostro y cuello* – todos los músculos de la cara y del cuello se tensan simultáneamente frunciendo el ceño, apretando los ojos, arrugando la nariz, apretando los dientes, sonriendo exageradamente y tirando de la barbilla hacia el pecho.
3. *Pecho y abdomen* – se inhala profundamente y se aguanta la respiración al mismo tiempo que se sienta hacia delante y se tira de los hombros hacia atrás de modo que se aproximen las paletas de los hombros y se endurezca el estómago.
4. *Ambas piernas* – se levantan ambas piernas del suelo, los dedos en dirección hacia arriba y se rotan los pies hacia dentro, al contrario del sentido de las agujas del reloj.

Si la relajación muscular profunda se logra tras dos semanas de práctica diaria, el cliente está preparado para proceder al estadio

final de la RMP, *distensión-sólo relajación*. En este caso se omite parte del ejercicio y el cliente sólo se concentra en la descarga de la tensión de varios grupos musculares empezando por la punta de la cabeza y bajando progresivamente hasta los dedos de los pies (Taylor, 2000). Tras haber practicado la relajación muscular profunda durante como mínimo un mes, los individuos ya están acostumbrados al estado de relajación de modo que son capaces de sentirla con sólo recordarla (Berstein & Borkovec, 1973). Cuando se les pide que descarguen la tensión de grupos musculares particulares, esto puede hacerse recordando su anterior estado relajado. En la *distensión-sólo relajación*, en primer lugar se instruye al cliente a respirar tranquilamente y después a relajar varios grupos musculares del rostro, cuello, hombros, brazos, estómago, espalda y piernas (véase Öst, 1987a, para instrucciones detalladas). Una vez más los individuos deberían practicar la *distensión-sólo relajación* dos veces por día durante como mínimo una semana. El protocolo puede grabarse para asistir al cliente en las tareas para casa y después ir eliminándolo progresivamente a medida que el cliente domine la destreza (Taylor, 2000). Los clientes que hayan logrado dominar la *distensión-sólo relajación* disponen ahora de una destreza de afrontamiento que puede usarse en cualquier situación ansiosa que se produzca de forma natural. Es una técnica eficiente, aplicable en muchas circunstancias que capacita al individuo para lograr un estado relajado en 5-7 minutos (Öst, 1987a).

Pauta clínica 7.8

La relajación muscular profunda es una intervención adjunta que el terapeuta cognitivo puede usar como entrenamiento en destrezas preliminares para reducir los niveles extremos de ansiedad de modo que el cliente esté dispuesto a participar en la exposición auto-dirigida o para proporcionarle estrategias de afrontamiento en casos de severa intolerancia a la ansiedad. Sin embargo, cualquier entrenamiento en relajación debe ser monitoreado atentamente para garantizar que no se use con fines evitativos y no perjudique a los logros obtenidos mediante la experimentación conductual basada en la exposición.

Relajación aplicada

La relajación aplicada (RA) es un programa de tratamiento de entre 8 y 10 semanas desarrollado por Lars-Göran Öst (1987a) en el Centro de Investigación Psiquiátrica de la Universidad de Uppsala en Suecia. Es una forma intensiva, sistemática y gradual de entrenamiento en relajación que parte de la RMP, procede con la relajación de claves controladas hasta la aplicación de habilidades de relajación inmediatas ante la ansiedad provocada en situaciones naturales. Como el estadio final de la RA requiere la práctica durante y entre las sesiones en la aplicación de la relajación a situaciones que provocan ansiedad, la RA conlleva la exposición situacional e interoceptiva repetida breve y por ello no puede ser considerada como una intervención exclusiva para la ansiedad (Taylor, 2000). Sin embargo, el interés de la RA estriba en su conceptualización en términos de perspectiva de afrontamiento de la ansiedad y en las pruebas empíricas existentes sobre su efectividad para el TAG en particular (p. ej., véase meta-análisis de Gould, Safren, Washington & Otto, 2004). Öst (1987a) sostiene que la finalidad de la RA es enseñar a los individuos a reconocer las primeras señales de la ansiedad y aprender a afrontarla antes de que se sientan sobrecargados por su ansiedad. En la Tabla 7.6 se presenta un esquema del procedimiento RA tal y como fue descrito por Öst (1987a).

Öst (1987a) revisó 18 estudios de resultados controlados de su propio laboratorio que habían utilizado la RA y concluyó que entre el 90% y el 95% de los individuos eran capaces de adquirir las destrezas de relajación, y que comparativamente la RA era significativamente más efectiva que el no-tratamiento o que los tratamientos inespecíficos. Las pruebas empíricamente más robustas de la efectividad de la RA se derivan de los ensayos clínicos del TAG. En diversos estudios de resultados la RA producía efectos postratamiento significativos para el TAG y los logros se mantenían en el seguimiento, logros que eran equivalentes a los de la terapia cognitiva (Arntz, 2003; Borkovec & Costello, 1993; Borkovec, Newman, Lytle & Pincus, 2002; Öst & Breitholz, 2000). Sin embargo, Butler, Fennell, Robson y Gelder (1991) observaron que la RMP era menos efectiva que la terapia cognitiva para el TAG y poco más efectiva que el control en lista de espera. Además, D.M. Clark y sus colaboradores observaron que la terapia cogni-

Tabla 7.6. Protocolo de Tratamiento de la Relajación Aplicada

Sesiones	Intervención	Instrucciones
Sesión 1	Psicoeducación	Se explica la naturaleza de la ansiedad, se justifica la RA, se asignan tareas graduales para identificar y registrar los síntomas de ansiedad.
Sesiones 2-4	RMP 14 músculos	Se completa la relajación corporal basada en el protocolo RMP de 14 músculos de Wolpe y Lazarus (1966). Se asigna práctica diaria en casa dos veces al día.
Sesiones 5-6	Distensión-sólo relajación	Se enseña la relajación de grupos musculares directamente sin instrucciones de tensión. Se reduce el tiempo de inducción de la relajación a 5-7 minutos. Requiere entre 1 o 2 sesiones con práctica diaria en casa.
Sesiones 6-7	Relajación con claves controladas	La finalidad es crear la asociación condicionada entre la palabra “relax” y el estado de relajación. El foco de atención dirigido a la respiración controlada, la relajación se induce a través del método de sólo-distensión y el repetido emparejamiento de la subvocalización de la palabra “relax” con cada exhalación. Se asigna práctica diaria en casa durante 1-2 semanas.
Sesiones 8-9	Relajación diferencial	El objetivo es enseñar a los individuos a relajarse en situaciones diferentes, cuando permanece sentado frente a una mesa o mientras pasea, y eliminar la tensión de los músculos que no se requieran para la actividad.
Sesión 10	Relajación rápida	Se enseña al cliente a relajarse en 20-30 segundos en múltiples situaciones cotidianas no-estresantes mediante la respiración controlada, pensando en la palabra “relax” y escaneando el cuerpo en busca de tensión y descargando la tensión mediante la relajación.
Sesiones 11-13	Entrenamiento de aplicación	Breve exposición (10-15 minutos) a una amplia variedad de situaciones <i>in vivo</i> que provoquen ansiedad, sensaciones físicas (es decir, hiperventilación, ejercicio físico) o imaginaria a fin de poner en práctica la aplicación de la relajación como respuesta de afrontamiento ante la ansiedad.
Sesiones 14-15	Programa de mantenimiento	Se anima al cliente a escanear su cuerpo como mínimo diariamente y a usar la relajación rápida para librarse de cualquier tensión. La relajación diferencial y la rápida se practicarán en casa dos veces por semana de forma regular.

tiva era algo superior a la RA en el tratamiento del trastorno de angustia (D.M. Clark et al., 1994) y claramente superior a la RA más exposición para el tratamiento de la ansiedad social (D.M. Clark, Ehlers, Hackmann, McManus, Fennell et al., 2006). Öst y Westling (1995), por otra parte, comprobaron que la TCC y la AR eran igualmente efectivas para el tratamiento del trastorno de angustia. En resumen, parecería que la RA es un tratamiento alternativo para el TAG que puede producir resultados equivalentes a la terapia cognitiva, pero su efectividad para los trastornos de ansiedad sigue siendo incierta.

Pauta clínica 7.9

La relajación aplicada (RA) es un protocolo de entrenamiento intensivo, sistemático y gradual en relajación que puede ser muy efectivo para el tratamiento del TAG, aunque puede ser menos efectivo para otros trastornos de ansiedad. La RA es una alternativa viable a la terapia cognitiva para el TAG cuando la última no sea aceptable para el cliente.

Reentrenamiento en respiración

El entrenamiento en respiración controlada se considera como una forma de relajación que, a menudo, se incluye entre los procedimientos de relajación para el estrés y la ansiedad (p. ej., Bourne, 2000; Cautela & Groden, 1978). Cuando los individuos se encuentran en situaciones ansiosas o estresantes inician, muchas veces, un tipo de respiración rápida y superficial. Los procedimientos de respiración controlada entrenan a los individuos para ser más conscientes de su respiración disfuncional y para sustituir ésta por una respiración diafragmática más lenta y más acompasada de aproximadamente 8-12 inhalaciones por minuto. Este ritmo más lento y más profundo de respiración promueve una mayor sensación de relajación, reduciendo así el estado ansioso. Es una estrategia de intervención rápida y relativamente sencilla que puede aportar a los individuos una sensación limitada de control sobre su estado emocional. Como el reentrenamiento en respiración se ha usado con mucha frecuencia en la TCC para el trastorno de angustia, en el siguiente capítulo se comentarán los detalles de este procedimiento.

Pauta clínica 7.10

La respiración controlada es una estrategia de relajación relativamente rápida y sencilla que puede usarse para contrarrestar la sobre-respiración rápida y superficial que, muchas veces, contribuye al aumento de ansiedad. En los últimos años la investigación ha cuestionado la función terapéutica de la respiración controlada, particularmente para el tratamiento del trastorno de angustia.

Resumen y conclusión

Las intervenciones conductuales desempeñan una función crítica en la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad. De hecho, es difícil imaginar un tratamiento cognitivo efectivo para la ansiedad que no incluya un componente conductual significativo. Existe un gran cuerpo de literatura que demuestra la efectividad de las intervenciones de exposición en el tratamiento de todos los tipos de miedo y ansiedad. Cuando se utilizan como ingredientes terapéuticos de la terapia cognitiva, los ejercicios basados en la exposición aportan las formas más robustas de información correctiva para las falsas valoraciones y creencias de amenaza y vulnerabilidad que sostienen la ansiedad aumentada. La exposición en forma de experimentos que ponen a prueba hipótesis empíricas debería ser un punto focal en todas las intervenciones de terapia cognitiva ofrecidas para tratar los trastornos de ansiedad.

Debería destinarse más atención a la prevención de respuesta y a la corrección de las cogniciones y conductas de búsqueda de seguridad para la ansiedad (p. ej., D.M. Clark et al., 1999; Salkovskis, Clark & Gelder, 1996). Sin intervención que reduzca directamente la confianza en las señales de búsqueda de seguridad y respuestas de afrontamiento, es probable que cualquier reducción de la ansiedad sea incompleta y coloque al individuo en alto riesgo de recaídas.

La función del entrenamiento en relajación para el tratamiento de los trastornos de ansiedad sigue siendo objeto de mucho debate. La extendida tradición del entrenamiento en relajación muscular pro-

gresiva para aliviar la ansiedad puede seguir ofreciendo cierta eficacia en el tratamiento del TAG y posiblemente del trastorno de angustia, especialmente cuando se aplica el protocolo de relajación más sistemático e intenso. Sin embargo, no se recomienda el entrenamiento en relajación para el TOC y la fobia social, aunque pueda seguir teniendo cierto valor en el TEPT con individuos que padecen ansiedad generalizada elevada. El reentrenamiento en respiración se emplea muchas veces para el tratamiento del trastorno de angustia pero como se comentará en el próximo capítulo se ha cuestionado su efectividad terapéutica. En el Apéndice 7.5 se presenta un Resumen Breve de Referencia como revisión de las intervenciones conductuales útiles para el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Apéndice 7.1
Jerarquía de Exposición

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: En un folio en blanco escriba las 15-20 situaciones, objetos, sensaciones físicas o pensamientos/imágenes intrusas que sean relevantes para sus preocupaciones ansiosas. Seleccione experiencias que se correspondan con todo el abanico, desde las que generan sólo ansiedad y evitación leve hasta las experiencias que provocan ansiedad y evitación moderada y grave. A continuación ordene estas experiencias de menos a más ansiosas o evitadas y transfíralas a la segunda columna de este formulario. En la primera columna señale el nivel de ansiedad que espera para cada una de las entradas. En la tercera columna anote el pensamiento ansioso central asociado con cada situación si lo reconoce.

	A. Nivel de Ansiedad/ evitación esperada (0-100)	B. Describa brevemente la situación, objeto, sensación o pensamiento/imagen que provoca ansiedad o evitación	C. Señale el pensamiento ansioso o aprensivo más sobresaliente asociado a esta entrada
MÍNIMO  MÁXIMO	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		
	11		
	12		
	13		
	14		
	15		
	16		
	17		

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 7.3
Registro de Prevención de Respuesta

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Guarde un registro de todas sus sesiones diarias de práctica de prevención de respuesta usando este formulario. Asegúrese de anotar la “urgencia a ejecutar la respuesta” y el nivel de ansiedad al comienzo y al final de la práctica.

Fecha y Hora	Describa la respuesta que ha sido prevenida	Urgencia inicial a ejecutar la respuesta (0-100)	Ansiedad inicial (0-100)	Urgencia a ejecutar la respuesta al final de la práctica (0-100)	Ansiedad final (0-100)

Señale las “estrategias de bloqueo” que haya usado para la prevención de respuesta: _____

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 7.4

Registro Semanal de Relajación Muscular Progresiva

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Cada día debería programar dos sesiones de relajación de 15 minutos. Use el cuadro que se presenta a continuación para registrar su progreso en el logro del estado de relajación con cada uno de los grupos musculares. Marque con una señal (✓) cada grupo muscular que haya logrado relajar satisfactoriamente durante la sesión práctica y marque con otra señal (X) cada grupo muscular en el que haya encontrado dificultades. Al final de cada columna, valore el nivel de relajación general alcanzado en la sesión práctica de 0 (“incapaz de relajarme”) a 50 (“moderadamente relajado pero consciente de cierta tensión”) y a 100 (“tan completamente relajado que me dormí”).

Día de la semana:	Día uno		Día dos		Día tres		Día cuatro		Día cinco		Día seis		Día siete	
Sesión práctica:	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1. Brazo dominante														
2. Brazo no-dominante														
3. Frente														
4. Ojos y nariz														
5. Mandíbula y cuello														
6. Hombros y espalda														
7. Pecho														
8. Estómago														
9. Pierna dominante														
10. Pierna no-dominante														
11. Valore nivel general de relajación (0-100)														

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 7.5

Resumen Breve de Referencia del Capítulo 7: Intervenciones Conductuales

I. Adoptar una perspectiva cognitiva

1. **Explicación** – haciendo uso de la Figura 6.1 (documento de descripción del modelo de terapia cognitiva para distribuir al cliente), explicar el uso de la asignación conductual para examinar la validez de los pensamientos ansiosos y sus alternativas.
2. **Identificar el pensamiento diana** – anotar el pensamiento ansioso desafiado por el ejercicio conductual.
3. **Prescripción conductual** – anotar las instrucciones específicas descriptivas de cómo realizar el ejercicio, qué pensamientos se evaluarán y los criterios de resultados.
4. **Auto-monitoreo** – registros del cliente sobre cómo se ha desarrollado el ejercicio, sus resultados, nivel de ansiedad, pensamientos automáticos, pruebas favorables y desfavorables al pensamiento diana.
5. **Evaluación** – evaluación profunda del resultado del ejercicio; revisión del formulario de auto-monitoreo; conclusiones alcanzadas con respecto al pensamiento (creencia) diana; se escribe un resumen del ejercicio a modo de “tarjeta de afrontamiento”.

II. Exposición gradual

1. Para la **exposición situacional**, revisar el Formulario de Análisis Situacional (Apéndice 5.2) y ordenar jerárquicamente las situaciones que provocan ansiedad, desde las que provocan un nivel medio hasta las que provocan una intensidad alta.
2. Comenzar por una situación moderadamente ansiosa; demostrar inicialmente la exposición durante la sesión.
3. Obtener valoraciones entre 0-100 de la ansiedad antes de la exposición, cada 10 minutos durante la exposición y, por último, al concluir el ejercicio.
4. Asignar la exposición como tarea para casa, como mínimo 30-60 minutos diariamente. Hacer uso del Registro para las Prácticas de Exposición (Apéndice 7.2) para recoger los resultados.
5. La **exposición imaginaria** comienza por desarrollar un guión de miedo, la demostración durante la sesión y después 30 minutos diarios como tarea para casa. Debería considerarse la posibilidad del entrenamiento auditivo en los casos en que se aprecia evitación cognitiva.
6. La **exposición a las sensaciones corporales** conlleva la demostración detallada durante la sesión previa a ser asignada como tarea para casa. En la Tabla 8.8 (Capítulo sobre trastorno de angustia) se presenta una descripción de varios ejercicios interoceptivos.

III. Prevención de respuesta

1. **Identificar las estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales maladaptativas** u otras formas de neutralización (véanse Listado de Respuestas Conductuales ante la Ansiedad, Apéndice 5.7 y Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad, Apéndice 5.9).
2. Ofrecer una **explicación del tratamiento** de la prevención de respuesta.
3. Instruir al cliente sobre las “**estrategias de bloqueo**” (p. ej., afirmaciones auto-instructivas de afrontamiento, respuestas competitivas, intención paradójica, motivación).
4. Desarrollar **estrategias alternativas de afrontamiento** para la ansiedad.

5. Desafiar las **cogniciones problemáticas**.
6. **Registrar y evaluar** el éxito de la intervención haciendo uso del Registro de Prevención de Respuesta (Apéndice 7.3).

IV. Otras intervenciones conductuales

1. El **cambio conductual dirigido** conlleva enseñar conductas específicas que mejoren la efectividad personal a través de métodos de instrucción didáctica, modelado, ensayo conductual, refuerzo y auto-monitoreo.
2. El **entrenamiento en relajación** puede ser relajación muscular progresiva o relajación aplicada; útil sobre todo para el TAG. En el Capítulo 7 puede encontrarse un modo de justificar esta intervención ante el cliente. Las instrucciones sobre el RMP de 10 grupos musculares se encuentran en la Tabla 7.5 y el procedimiento para la relajación aplicada se describe en la Tabla 7.6. Conviene asignar tareas de RMP para realizar en los intervalos entre sesiones y registrar la práctica diaria en el Registro Semanal de Relajación Muscular Progresiva (Apéndice 7.4).
3. El **reentrenamiento en respiración** – Tabla 8.9 (Capítulo sobre trastorno de angustia) incluye el protocolo de reentrenamiento en respiración diafragmática.

III

Terapia cognitiva y tratamiento de trastornos específicos de ansiedad

Durante las dos últimas décadas la investigación e innovación psicoterapéutica se ha centrado sobre todo en el desarrollo y evaluación de protocolos de tratamiento para los trastornos específicos del DSM-IV-TR (APA, 2000). El crecimiento de los tratamientos específicos desarrollados para los trastornos de ansiedad es visible. El modelo cognitivo genérico de la ansiedad presentado en la Primera Parte y las principales estrategias de evaluación e intervención descritas en la Segunda Parte pueden ser adaptadas fácilmente para tratar las características y rasgos compartidos y distintivos de los tipos más comunes de trastornos de ansiedad. Esta parte final del libro ofrece modelos, hipótesis, conceptualizaciones de caso y protocolos de tratamiento específicos del trastorno para cinco tipos diferentes de trastorno de ansiedad. En el Capítulo 8 se comenta el modelo y tratamiento cognitivo del trastorno de angustia, con énfasis en las malinterpretaciones de amenaza de los estados internos y en la pérdida de capacidad de revaloración, mientras que en el Capítulo 9 se presenta la teoría y el tratamiento cognitivo de la fobia social que se centra en el miedo a la evaluación negativa de los demás y en la presencia de respuestas maladaptativas de afrontamiento. El Capítulo 10 expone el modelo y tratamiento cognitivo de la ansiedad generalizada y la

preocupación. En el Capítulo 11 se comenta la perspectiva de la valoración cognitiva sobre la teoría y tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos y, por último, en el Capítulo 12 presentamos el modelo y tratamiento cognitivo dirigido a las falsas valoraciones y creencias asociadas a los pensamientos y recuerdos intrusos relacionados con el trauma del trastorno por estrés postraumático.

8

Terapia cognitiva del trastorno de angustia

Por supuesto que estamos asustados, y el miedo no siempre es un consejero sabio, retrocedamos; para nuestra mayor seguridad debemos construir barricadas a las puertas de nuestros distritos...

*JOSÉ SARAMAGO (Escritor portugués,
Premio Nobel de Literatura, 1922-2010)*

Helen era una mujer soltera de 27 años de edad que trabajaba en una empresa de seguros y se presentaba con un historial de 11 años de trastorno de angustia y evitación agorafóbica moderada. En el momento de la evaluación experimentaba aproximadamente unas ocho crisis de angustia cada día con elevados niveles de ansiedad generalizada, considerable aprensión sobre la posibilidad de sufrir crisis de angustia y evitación de las actividades rutinarias como viajar fuera de la comunidad, permanecer en localizaciones alejadas de los servicios sanitarios, viajar por autopistas, viajar en avión y similares. La primera aparición de la angustia se produjo cuando tenía 16 años, pero entonces las crisis eran escasas y distantes unas de otras hasta que realizó su primer viaje de trabajo a la ciudad de Nueva York a sus 22 años. Describió 4 días terroríficos de ansiedad aguda que revistieron dolor de pecho, palpitaciones, calambres en extremidades, molestias abdominales y agitación.

Las sensaciones corporales iban acompañadas de un intenso miedo a morir de un ataque al corazón. Sin embargo, no solicitó ayuda médica en el momento pero trató de afrontarlo descansando, tomando Graval y tratando de mantener la calma. Tras volver a casa las crisis de angustia siguieron brotando. Durante los 5 años siguientes había sido tratada con citalopram, lorazepam y entrenamiento en relajación, todo ello con muy poca efectividad.

La evaluación pretratamiento revelaba que las palpitaciones, el dolor de pecho, los sudores, la respiración entrecortada, las sensaciones de vómitos y náuseas y los sofocos eran las principales sensaciones corporales durante sus crisis de angustia. Aunque el miedo a sufrir un ataque al corazón y a volverse loca seguían estando presentes, su principal malinterpretación de la amenaza era ahora la de la falta de respiración, y temía dejar de respirar y asfixiarse. Su confianza excesiva en la búsqueda de seguridad la llevó a preocuparse por permanecer siempre en una localización geográfica próxima a centros sanitarios, acudiendo con frecuencia a su médico de cabecera y al servicio de urgencias cada vez que sentía pánico o preocupación por su funcionamiento respiratorio o cardiológico. En consecuencia, cada vez era más reacia a distanciarse unos pocos kilómetros del hospital por miedo a que se viera atrapada sin acceso a los servicios sanitarios. La evitación, la búsqueda de confirmación y el auto-monitoreo de los síntomas físicos (p. ej., repetida comprobación del pulso cardíaco) se convirtieron en las principales estrategias de afrontamiento de su batalla cotidiana contra las crisis de angustia.

Una entrevista diagnóstica estructurada revelaba que Helen satisfacía los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno de angustia con evitación agorafóbica de moderada intensidad. No presentaba ninguna otra condición comórbida en el momento pero revelaba haber sufrido dos episodios previos de depresión mayor con ideación suicida. Las puntuaciones pretratamiento de sus síntomas eran, IDB II = 8, BAI = 22, PSWQ = 64, Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (ACQ) = 33 y Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ) = 48. Sus principales pensamientos relacionados con la amenaza se referían a “¿Qué ocurriría si no puedo respirar y me asfixio?”, “¿Podría implicar este dolor de pecho que estoy sufriendo un ataque?”, “¿Qué sucedería si esto se convierte en otra crisis de

angustia y, de un momento a otro, me vuelvo loca?” y “¿Acabará esto alguna vez?”. En resumen, Helen revelaba un patrón de pensamiento ansioso y malinterpretación que reflejaba su intolerancia a la ansiedad y su confianza en la evitación maladaptativa y en las estrategias de búsqueda de seguridad en un esfuerzo desesperado por controlar su ansiedad y prevenir las temidas crisis de angustia.

El estado clínico de Helen ilustra una presentación bastante típica del trastorno de angustia. Doce sesiones individuales de TCC seguidas por cuatro sesiones adicionales durante un período de 8 meses fueron muy efectivas para reducir la frecuencia de las crisis, la ansiedad generalizada y la evitación agorafóbica. El tratamiento se centró en (1) psicoeducación sobre el modelo de terapia cognitiva, (2) activación intencional de las sensaciones corporales y de los esquemas subyacentes de miedo, (3) reestructuración cognitiva y reatribución de las malinterpretaciones de las sensaciones corporales, (4) tareas para casa de exposición situacional gradual y (5) aumento de la tolerancia y aceptación de la ansiedad, del riesgo e incertidumbre con la correspondiente reducción de los esfuerzos intencionados de control. En el presente capítulo comenzamos por describir la fenomenología y el diagnóstico del trastorno de angustia y agorafobia, seguidos por un comentario sobre el modelo cognitivo y su estado empírico. El resto del capítulo se destina a comentar las cuestiones relativas a la evaluación, formulación del caso, protocolo de tratamiento de la terapia cognitiva y su eficacia.

Consideraciones diagnósticas y características clínicas

La naturaleza del pánico

Las crisis de angustia son apariciones discretas de un miedo e incomodidad intensos que surgen repentinamente y van acompañados por una hiperactivación fisiológica transitoria. Barlow (2002) considera la crisis de angustia como la presentación clínica más clara del miedo. Además de la intensa activación autónoma, la angustia se caracteriza por la errónea ideación verbal e imaginaria de una catástrofe mental o física (p. ej., morir, volverse loco), por la ansiedad intensa e incontrolable y por la enorme urgencia a huir (Barlow,

2002; Beck et al., 1985, 2005; Ottaviani & Beck, 1987). La experiencia de la angustia es tan aversiva que muchos pacientes sienten una intensa aprensión a sufrir otra crisis y desarrollan la evitación extensiva de las situaciones que consideran ser las detonantes de la crisis. En consecuencia, la crisis de angustia y la agorafobia se asocian entre sí; la mayoría de los individuos con trastorno de angustia presenta cierto grado de evitación agorafóbica y el 95% de las personas con agorafobia manifiestan padecer en el momento actual o haber sufrido en el pasado crisis de angustia (Antony & Swinson, 2000a; APA, 2000). A tenor del último estudio epidemiológico el trastorno de angustia presentaba una prevalencia anual del 2,7% mientras que la agorafobia sin trastorno de angustia eran mucho menos frecuente con una prevalencia del 0,8% (Kessler et al., 2005).

El DSM-IV-TR define las *crisis de angustia* como un período discreto de intenso miedo y malestar en el que cuatro (o más) de los siguientes síntomas surgen inesperada y abruptamente y alcanzan su máxima expresión durante los siguientes 10 minutos (APA, 2000). La crisis de angustia típica dura entre 5 y 20 minutos, aunque el elevado estado de ansiedad pueda permanecer mucho después de que el episodio de pánico remita (Rachman, 2004). Según el DSM-IV-TR, los síntomas que definen la crisis de angustia son:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- Sudoración
- Temblores y sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar torácico
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o desmayo
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- Escalofríos o sofocaciones
- Miedo a perder el control o a volverse loco
- Miedo a morir

En la Tabla 8.1 se mencionan los rasgos más característicos de las crisis de angustia.

Tabla 8.1. Rasgos característicos de las crisis de angustia

-
- Desencadenantes situacionales
 - Aparición brusca de la activación fisiológica
 - Hipervigilancia hacia las sensaciones corporales, foco de atención centrado en la persona misma
 - Catástrofe física, mental o conductual percibida
 - Aprensión, miedo a las futuras crisis de angustia
 - Excesiva búsqueda de seguridad (huida, evitación, etc.)
 - Falta de control percibido
 - Cualitativamente diferente a la ansiedad
-

Desencadenantes situacionales

Incluso aunque el DSM-IV especifique que deban producirse dos crisis de angustia inesperadas para satisfacer los criterios diagnósticos del trastorno de angustia, la mayoría de los episodios se anticipan porque suelen estar provocados por la exposición a un estresor identificable (Rachman, 2004). Los teatros, supermercados, restaurantes, grandes almacenes, autobuses, trenes, aviones, metro, conducir un automóvil, pasear por la calle, permanecer a solas en casa o estar lejos de casa son todos ejemplos de situaciones externas que los individuos con trastorno de angustia manifiestan haber podido provocar la crisis. Como consecuencia, estas situaciones suelen ser evitadas a fin de minimizar la posibilidad de desencadenar otro episodio de crisis. Recientemente, los investigadores han defendido que las claves internas como los pensamientos, imágenes, sentimientos o sensaciones corporales pueden desencadenar angustia y evitación (Barlow, 2002; McNally, 1994; White et al., 2006).

Activación fisiológica aguda

Aunque la instauración repentina de los síntomas fisiológicos es uno de los criterios más determinantes de las crisis de angustia, claramente no es un criterio definitivo del trastorno. Los individuos con trastorno de angustia no son automáticamente más hiperactivos ante

los estresores estándar del laboratorio que los individuos sin trastorno (Taylor, 2000). Además, incluso aunque el monitoreo durante 24 horas del ritmo cardíaco de pacientes con angustia indique que la mayoría de las crisis de angustia conlleva un aumento significativo del ritmo cardíaco, una minoría significativa de crisis auto-reveladas (es decir, el 40%) no se asocia con el aumento real del ritmo cardíaco ni con otras respuestas fisiológicas y la mayoría de los episodios de hiperactivación fisiológica (es decir, taquicardia) se produce sin episodios de angustia auto-revelados (p. ej., Barsky, Cleary, Sarnie & Rushkin, 1994; Lint, Taylor, Fried-Behar & Kenardy, 1995; Taylor et al., 1986). En este mismo orden, los individuos con trastorno de angustia no presentan más arritmias cardíacas en un período de 24 horas que los pacientes sin trastorno de angustia investigados por sus palpitaciones (Barsky et al., 1994). Como se comentará más adelante, lo crítico en la patogénesis de la angustia no es tanto la presencia de síntomas fisiológicos sino el modo en que se interpretan dichos síntomas.

Hipervigilancia de las sensaciones corporales

Los estudios empíricos no son sistemáticos con respecto a si el trastorno de angustia se caracteriza por la elevación de la precisión interoceptiva, especialmente en términos de percepción cardíaca, (p. ej., Pollock, Carter, Amir & Marks, 2006), aunque los individuos puedan ser más sensibles a las sensaciones corporales particulares vinculadas a su miedo principal (p. ej., aumento del ritmo cardíaco para quienes temen los ataques al corazón; Taylor, 2000). Como señalaba McNally (1999), el hecho de temer las sensaciones corporales no significa que una persona necesariamente detecte mejor las señales interoceptivas. Por otra parte, los individuos con angustia presentan una elevación de la sensibilidad hacia la ansiedad (véase Capítulo 4) y muestran una mayor vigilancia hacia las sensaciones físicas asociadas con la ansiedad (p. ej., Cróese & van den Hout, 2000a; Schmidt, Lerew & Trakowski, 1997). Podemos concluir de esto que la angustia se caracteriza por una elevada vigilancia y responsabilidad a síntomas físicos específicos vinculados al miedo principal pero no se sabe con certeza si los individuos con trastorno de angustia detectan mejor los cambios en su estado físico.

Interpretaciones catastróficas

Un criterio clave de los episodios de angustia es la tendencia a interpretar la aparición de ciertas sensaciones corporales en términos de un inminente desastre biológico (p. ej., muerte), mental (p. ej., locura) o conductual (p. ej., pérdida del control) (Beck, 1988; Beck & Greenberg, 1988; D.M. Clark, 1986a). Por ejemplo, los individuos con trastorno de angustia pueden interpretar (a) dolor de pecho o elevación repentina del ritmo cardíaco como señal de posible ataque al corazón, (b) temblores o sacudidas como pérdida de control o (c) sensación de irrealidad o despersonalización como señal de inestabilidad mental o de “estar volviéndose loco”. Las malinterpretaciones catastróficas se comentan con más detalle en nuestra revisión de la investigación cognitiva.

Aprensión a las futuras crisis de angustia

Los individuos con trastorno de angustia revelan angustia extrema, pánico e incluso terror durante las crisis y por ello desarrollan de forma rápida una considerable aprensión a sufrir futuras crisis. Este miedo a las crisis es un rasgo distintivo del trastorno y se incluye en el DSM-IV-TR como criterio diagnóstico (APA, 2000). La presencia de miedo y evitación ante las crisis de angustia diferencia al trastorno de angustia de otros trastornos de ansiedad en los que también se producen crisis pero no presentan “miedo a la crisis”.

Búsqueda de seguridad y evitación excesivas

La conducta de búsqueda de seguridad y de evitación de las situaciones relacionadas con las crisis son respuestas comunes ante las crisis de angustia y pueden considerarse como estrategias de afrontamiento para prevenir el inminente desastre (p. ej., angustia extrema, ataque al corazón, pérdida de control). La evitación fóbica es común en el trastorno de angustia y está provocada por la anticipación de las crisis de angustia en particular (Craske & Barlow, 1988). Las situaciones fóbicas asociadas con la agorafobia son variables entre los individuos porque la evitación se elicitaba por efecto de la anticipación de las crisis de angustia y no por las situaciones mismas (White &

Barlow, 2002). White et al. (2006) señalaban que el 98% de los trastornos de angustia presentan una evitación situacional entre moderada y severa, un 90% de evitación experiencial (es decir, uso de señales de seguridad o estrategias de pensamiento para alejarse o minimizar el contacto con los estímulos fóbicos) y un 80% de evitación interoceptiva (es decir, rechazo de sustancias o actividades que pudieran producir las sensaciones físicas asociadas con la angustia). Además, comprobaron también que la gravedad de la evitación agorafóbica se predecía mediante el elevado índice de miedo a los síntomas físicos de la ansiedad (es decir, sensibilidad a la ansiedad) y el bajo control percibido sobre la amenaza. En conjunto estos hallazgos indican una estrecha pero complicada relación entre las crisis de angustia y el desarrollo de respuestas de evitación.

Falta de control percibido

Beck et al. (1985, 2005) señalaban que una característica sorprendente de las crisis de angustia es la sensación de verse superado por una ansiedad incontrolable. Esta aparente pérdida de control sobre las propias emociones y la amenaza anticipada causa una fijación sobre las sensaciones panicogénicas y una pérdida de capacidad para recurrir a la razón a fin de valorar con realismo el propio estado físico y emocional (Beck, 1988; véase también Barlow, 2002).

La angustia es diferente de la ansiedad

McNally (1994) defiende que la angustia no debería ser considerada como una forma extrema de ansiedad que conlleva la anticipación de una amenaza futura sino como una respuesta inmediata de “lucha o huida” ante el peligro inminente percibido. En el modelo cognitivo de la ansiedad presentado en el Capítulo 2, las crisis de angustia se corresponderían con la “respuesta inmediata de miedo” (Fase I), mientras que la aprensión a las crisis, la evitación y la búsqueda de seguridad constituirían procesos secundarios (Fase II) que mantienen un estado de ansiedad elevada ante la posibilidad de sufrir nuevas crisis de angustia.

Pauta clínica 8.1

Las crisis de angustia conllevan la instauración repentina de miedo intenso ante ciertas sensaciones físicas de activación que se malinterpretan como indicativas de una amenaza inminente, incluso catastrófica, hacia la propia salud física o mental. Las malinterpretaciones de la amenaza aumentan la aprensión y la vigilancia hacia dichos síntomas físicos, y conducen a las respuestas de evitación y búsqueda de seguridad para reducir la posibilidad de futuras crisis de angustia.

Variedades de la angustia

En general se reconoce que existen diferentes tipos de episodios o crisis de angustia. En la Tabla 8.2 se presentan cinco tipos de experiencias de angustia que pueden presentar características funcionales diferentes con sus correspondientes implicaciones para el tratamiento.

Tabla 8.2. Varios tipos de crisis de angustia

Tipo de crisis de angustia	Descripción
Angustia espontánea	Crisis de angustia inesperadas (“caídas del cielo”) que no se asocian con estímulos provocadores internos o externos (DSM-IV-TR; APA, 2000).
Angustia ante señales situacionales	Crisis de angustia que ocurren <i>casi</i> invariablemente con la exposición o exposición anticipada a una situación o señal particular (DSM-IV-TR; APA, 2000).
Angustia nocturna	El despertar repentino del sueño en el que el individuo experimenta un estado de terror e intensa activación fisiológica sin que exista un estímulo provocador claro (p. ej., un sueño, pesadilla).
Crisis sintomáticas limitadas	Un período discreto de miedo o malestar intenso que se produce en ausencia de un peligro real pero presenta menos de cuatro síntomas de las crisis de angustia.
Angustia no-clínica	Crisis ocasionales de angustia halladas en la población general que, a menudo, ocurren en situaciones estresantes o de evaluación, que conllevan menor número de síntomas que las crisis de angustia y se asocian con menor aprensión o preocupación por la angustia (McNally, 1994).

Angustia espontánea o desencadenada por señales situacionales

El DSM-IV-TR reconoce tres tipos de angustia. En las crisis de angustia *espontáneas o inesperadas (no señalizadas)* “el individuo no asocia la aparición con un estímulo desencadenante interno o situacional externo (es decir, se percibe como que la crisis ocurre de forma espontánea, ‘como caída del cielo’), [mientras] que las crisis de angustia *situacionales o desencadenadas por estímulos ambientales* se definen como aquellas en las que la crisis de angustia aparece de forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo o desencadenante ambiental” (APA, 2000). Ejemplos de crisis de angustia desencadenadas por estímulos ambientales incluyen a la mujer que siempre sufre una crisis de angustia cada vez que acude sola a unos grandes almacenes, al hombre que siempre que sale con su coche fuera de los límites de la ciudad sufre un episodio de angustia, o al joven que siente pánico por la noche cada vez que se queda solo en casa. Las *crisis de angustia predispuestas por señales situacionales* son similares a los episodios de angustia con vinculación situacional pero no siempre se asocian a señales situacionales o no necesariamente ocurren inmediatamente después de la exposición a un desencadenante situacional (APA, 2000). Un ejemplo podría ser el del individuo que alguna vez sufre una crisis de angustia mientras espera en la fila de un banco o cuando acude al cine. Como señalaba Taylor (2000) son muchos los factores que pueden determinar si una situación aumenta la probabilidad de que se produzca una crisis de angustia, entre ellos la temperatura, el acceso a las salidas, las multitudes, la familiaridad y equivalentes.

La distinción entre las crisis de angustia con desencadenantes o sin desencadenantes presenta importantes implicaciones diagnósticas en referencia a los restantes tipos de trastornos de ansiedad. Aunque las crisis de angustia estén presentes en la mayoría de los trastornos de ansiedad (por encima del 80%), normalmente están asociadas con situaciones específicas (p. ej., anticipación o exposición a un encuentro social en la fobia social; véase revisión de Barlow, 2002). Por esta razón el DSM-IV-TR (APA, 2000) requiere la presencia de cómo míni-

mo dos crisis de angustia espontáneas o sin desencadenantes a fin de establecer el diagnóstico del trastorno de angustia. Sin embargo, puede ser difícil determinar si un episodio de angustia es o no enteramente inesperado, porque nosotros dependemos del informe retrospectivo del cliente y de sus habilidades de observación (McNally, 1994). La naturaleza inesperada de la angustia probablemente se corresponde con una línea continua, dificultando en consecuencia la asignación de la crisis a una categoría discreta de “esperada” o “inesperada”. Además, las crisis de angustia realmente inesperadas y sin señales desencadenantes pueden ser muy poco frecuentes, incluso en el trastorno de angustia (Brown & Deagle, 1992; Street, Craske & Barlow, 1989).

Pauta clínica 8.2

La evaluación de un trastorno de angustia debería incluir una evaluación general de la frecuencia, gravedad, probabilidad subjetiva y factores contextuales asociados con las crisis de angustia espontáneas y situacionalmente desencadenadas.

Crisis nocturnas de angustia

Las crisis nocturnas de angustia suelen ser frecuentes, entre el 25 y el 70% de los individuos con trastorno de angustia manifiestan como mínimo una crisis durante el sueño y entre el 18 y el 33% revelan haber sufrido frecuentes y recurrentes crisis nocturnas de angustia (Barlow, 2002; Craske & Rowe, 1997; Mellman & Uhde, 1989). Las crisis nocturnas, aunque fenomenológicamente sean similares a las crisis de angustia diurnas (Craske & Rowe, 1997), se caracterizan por un despertar abrupto del sueño en un estado de pánico, especialmente durante la transición del Estadio 2 al Estadio 3 del sueño (Barlow, 2002; Sauri, Friedman & Ravaris, 1989; Taylor et al., 1986). Las crisis nocturnas se diferencian del resto de las condiciones vinculadas al sueño como son los terrores nocturnos, la apnea del sueño, las parálisis del sueño, etc. (Craske, Lang, Aikins & Mystkowski, 2005). Existen algunas pruebas relativas a que los individuos con crisis nocturnas sufren crisis de angustia más severas que aquellos con trastorno de angustia sin crisis nocturnas, y

muchos pacientes con frecuentes crisis nocturnas llegan a temer el sueño (Barlow, 2002; Craske & Rowe, 1997).

Craske y Rowe (1997; véase también Aikins & Craske, 2007) proponían que los mismos factores cognitivos responsables de las crisis de angustia en estado de vigilia participan en las crisis nocturnas. En consecuencia, el miedo al cambio en el estado físico durante el sueño o la relajación aumentaría la vigilancia y la percepción de los cambios en el estado corporal. La valoración catastrófica de los cambios fisiológicos inmediatamente después de despertarse se considera como elemento clave en la patogénesis de las crisis nocturnas. En las crisis nocturnas, la angustia relacionada con el sueño y la relajación podría reflejar el miedo a perder la vigilancia por los cambios corporales durante el sueño (Aikins & Craske, 2007). Esta explicación cognitivo-conductual se confirma en estudios en los que se ha hallado un aumento en los cambios fisiológicos en los minutos precedentes al despertar pánico (Sauri et al., 1989; Roy-Byrne, Mellman & Uhde, 1988) y que la manipulación experimental de las expectativas e interpretaciones de los síntomas de activación fisiológica asociados con el sueño puede influir sobre el nivel de ansiedad y presencia de crisis de angustia en los despertares inesperados (Craske et al., 2002; véase también Craske & Freed, 1995, para resultados similares). Además, Craske et al. (2005) se referían a importantes logros postratamiento durante el seguimiento realizado 9 meses después en una muestra de pacientes con trastorno de angustia que presentaban crisis nocturnas recurrentes y que participaron en 11 sesiones de TCC. En consecuencia, las crisis nocturnas son frecuentes en los trastornos de angustia y pueden ser acomodadas a la perspectiva cognitiva.

Crisis sintomáticas limitadas

El DSM-IV-TR reconoce que las crisis sintomáticas limitadas son comunes en el trastorno de angustia y son idénticas a las crisis plenas a excepción de que presentan menos de 4 de los 13 criterios (APA, 2000). El perfil habitual es que los individuos experimenten crisis de angustia plenas a intervalos con crisis menores, y ambas muestran características fenomenológicas y funcionales similares (Barlow, 2002; McNally, 1994).

Angustia no clínica

En contra de lo que se cree, las crisis de angustia suelen ser bastante comunes en la población general. Los estudios de cuestionarios indican que más de un tercio de los adultos jóvenes no-clínicos habían experimentado como mínimo una crisis de angustia durante el año anterior (Norton, Dorward & Cox, 1986; Norton, Harrison, Hauch & Rhodes, 1985), pero sólo entre el 1 y el 3% revelaba haber sufrido tres o más crisis durante las tres semanas anteriores (es decir, Salge et al., 1988). Las crisis de angustia inesperadas son menos habituales, oscilando entre el 7 y el 28% y sólo el 2% aproximadamente satisfacía los criterios diagnósticos del trastorno de angustia (Norton et al., 1986; Telch, Lucas & Nelson, 1989). Las entrevistas estructuradas producen índices muy inferiores (es decir, 13%) de angustia no-clínica (Brown & Deagle, 1992; Eaton, Kessler, Wittchen & Magee, 1994; Hayward et al., 1997; Norton, Cox & Malan, 1992). Sin embargo, las crisis de angustia infrecuentes de ansiosos no-clínicos son menos graves, menos patológicas y están más predisuestas por el contexto que las crisis inesperadas y “paralizantes” halladas en el trastorno de angustia diagnosticable (Cox, Endler, Swinson & Norton, 1992; Norton et al., 1992; Telch et al., 1989), llevando a la posibilidad de que un historial de crisis de angustia infrecuentes pudieran ser un posible factor de riesgo del trastorno de angustia (p. ej., Antony & Swinson, 2000a; Brown & Deagle, 1992; Ehlers, 1995).

Pauta clínica 8.3

La calidad dimensional de las crisis de angustia debería ser reconocida al evaluar este fenómeno clínico. Debería evaluarse la experiencia pasada y presente de los clientes con episodios de angustia menos graves o “parciales” así como la aparición de las crisis nocturnas de angustia. La atención exclusiva dirigida a las crisis de angustia “en plena floración” podría impedir que se considere el impacto total de las experiencias de angustia en los clientes individuales.

Evitación agorafóbica

La *agorafobia* es la evitación o resistencia angustiosa de “lugares o situaciones de donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda” (DSM-IV-TR; APA, 2000). La ansiedad normalmente conduce a la evitación generalizada de diversas situaciones como son estar en casa a solas, las multitudes, los supermercados, conducir, los espacios cerrados (p. ej., ascensores), los espacios abiertos (p. ej., puentes, aparcamientos), teatros, restaurantes, transporte público, viajar en avión y equivalentes. En algunos casos la agorafobia es moderada y limitada a unos pocos espacios específicos, mientras que en otros es más grave y la “zona de seguridad” podría definirse alrededor del domicilio, de manera que sobrepasar esta zona provoca muchísima ansiedad (Antony & Swinson, 2000a). En casos extremos, la persona puede limitarse exclusivamente a su vivienda.

Las crisis de angustia suelen preceder a la aparición de la agorafobia (Katerndahl & Realini, 1997; Thyer & Himle, 1985) y los individuos con trastorno de angustia suelen ser más propensos a desarrollar evitación agorafóbica ante situaciones asociadas con la primera crisis de angustia (Faravelli, Pallanti, Biondi, Paterniti & Scarpato, 1992). En este mismo orden, el desarrollo de la evitación agorafóbica es menos dependiente de la frecuencia y gravedad de las crisis de angustia y probablemente se debe más a la alta ansiedad anticipatoria relativa a la aparición de una crisis de angustia, a la elevada sensibilidad a la ansiedad, a la reducida sensación de control sobre la amenaza y a la tendencia a usar la evitación como estrategia de afrontamiento (Craske & Barlow, 1988; Craske, Rapee & Barlow, 1988; Craske, Sanderson & Barlow, 1987; White et al., 2006). Esta estrecha asociación entre las crisis de angustia y la agorafobia se ve también confirmada por la baja prevalencia de agorafobia sin trastorno de angustia (ASTA). En el NCS-R, el ASTA presentaba un índice de prevalencia anual de sólo el 0,8% en comparación con el 2,7% para el trastorno de angustia (Kessler et al.,

2005) y los índices entre las muestras que solicitan tratamiento pueden ser incluso inferiores porque los individuos con ASTA suelen ser menos propensos a solicitar tratamiento profesional (p. ej., Eaton, Dryman & Weissman, 1991; Wittchen, Reed & Kessler, 1998). Aunque sea relativamente infrecuente, el ASTA puede ser más severa y estar asociada con un resultado de tratamiento menos favorable que el trastorno de angustia, pero los estudios muestran resultados contradictorios con respecto a si se caracteriza por un mayor deterioro del funcionamiento (Buller, Maier & Benkert, 1986; Buller et al., 1991; Ehlers, 1995; Goisman et al., 1994; Wittchen et al., 1998).

Pauta clínica 8.4

Alguna forma de agorafobia es de esperar en la mayoría de los casos de trastornos de angustia. Puede oscilar entre formas de evitación situacional moderada, incluso fluctuante, hasta casos más graves de confinación a la propia vivienda. El terapeuta debería adoptar una perspectiva dimensional, global, registrando las diversas situaciones, sensaciones corporales, sentimientos y experiencias que evita el cliente.

Características diagnósticas

En la Tabla 8.3 se presentan los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) del trastorno de angustia. Son tres los posibles diagnósticos relevantes al trastorno de angustia: trastorno de angustia con agorafobia (300.01), trastorno de angustia sin agorafobia (300.21) y agorafobia sin historia de trastorno de angustia (ASTA; 300.22). Los primeros dos diagnósticos se distinguen por la presencia o ausencia de la evitación situacional. Si se hace uso de una definición más inclusiva de la evitación agorafóbica para que acoja las señales experienciales e interoceptivas (internas) (White et al., 2006), casi nadie sería diagnosticado con trastorno de angustia sin agorafobia.

**Tabla 8.3. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR
para el trastorno de angustia**

Criterio A. Se cumplen (1) y (2):

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes (es decir, dos como mínimo)
2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
 - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
 - (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

Criterio B.

La presencia de agorafobia es necesaria para un diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia (300.21) o la ausencia de agorafobia para el diagnóstico de trastorno de angustia sin agorafobia (300.01).

Criterio C.

Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Criterio D.

Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobias específicas (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes) o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Nota. De la Asociación Americana de Psiquiatría (2000). Copyright 2000 de American Psychiatric Association. Reproducción autorizada.

Trastornos asociados

El trastorno de angustia se asocia con altos índices de comorbilidad diagnóstica. Sobre la base de una amplia muestra clínica (N = 1.127), Brown, Campbell et al. (2001) hallaron que el 60% de los individuos con un diagnóstico principal de trastorno de angustia con agorafobia (n = 360) presentaba como mínimo otro trastorno del Eje I. Las condiciones comórbidas más comunes eran la depresión (23%), el TAG (22%), la fobia social (15%) y la fobia específica (15%). El TEPT (4%) y el TOC (7%) eran trastornos comórbidos relativamente menos frecuentes. En el NCS, el 55,6% de los individuos con un trastorno de angustia general satisfacía los criterios de una depresión mayor crónica, mientras que sólo el 11,2% de éstos con una depresión mayor presentaban un trastorno de angustia crónico con-

comitante (Roy-Byrne et al., 2000). El trastorno de angustia es más grave en quienes sufren una depresión mayor comórbida (Breier, Charney & Heninger, 1984). En términos de relaciones temporales, otro trastorno de ansiedad suele tender a preceder a la angustia con o sin agorafobia (Brown, DiNardo, Lehman & Campbell, 2001; Newman et al., 1996).

El abuso de sustancias es también habitual en el trastorno de angustia (p. ej., Sbrana et al., 2005). Los resultados de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre el Alcohol y las condiciones asociadas (N = 43.093 encuestados) indican que el trastorno de angustia con agorafobia y el TAG tendían a estar más asociados con un trastorno por consumo de sustancias que otros trastornos de ansiedad o del estado anímico (Grant et al., 2004). Los índices de los trastornos de personalidad del Eje II oscilan entre el 25 y el 75%, con una concentración particular en los trastornos del agrupamiento C (Diaferia et al., 1993; Renneberg, Chambless & Gracely, 1992). La presencia del trastorno de personalidad límite, dependiente, esquizoide o esquizotípico antes de los 22 años de edad predecía significativamente un riesgo elevado de trastorno de angustia antes de los 33 años de edad (Jonson, Cohen, Kasen & Brook, 2006). Este hallazgo coincide con la tendencia observada de las condiciones no-angustiosas a preceder al desarrollo del trastorno de angustia cuando los individuos presentan diagnósticos múltiples (Katerndahl & Realini, 1997).

Pauta clínica 8.5

La presencia de condiciones comórbidas, especialmente de la depresión mayor, del TAG, del abuso de sustancias y del trastorno de personalidad debería ser determinada al realizar la evaluación diagnóstica para el trastorno de angustia.

Angustia e intentos de suicidio

Aunque los hallazgos del ECA sugerían que los individuos con trastorno de angustia eran 2.5 veces más propensos al intento de suicidio que los individuos con otras condiciones psiquiátricas (Weissman, Klerman, Markowitz & Ouellete, 1989), estudios poste-

riores contradicen estos resultados, mostrando que los intentos de suicidio son prácticamente inexistentes en el trastorno de angustia (p. ej., Beck, Steer, Sanderson & Selle, 1991; Swoboda, Amering, Windhaber & Katschnig, 2003). Más recientemente Vickers y McNally (2004) volvieron a analizar la muestra de datos de NCS y concluyeron que la angustia misma no aumentaba directamente el riesgo de intentos de suicidio.

Mayor morbilidad médica y mortalidad

Varias condiciones médicas como las cardiopatías, la hipertensión, el asma, las úlceras y las migrañas se ven aumentadas en el trastorno de angustia (Rogers et al., 1994; Stewart, Linet & Celentano, 1989). Los individuos que sufren angustia son más propensos a solicitar inicialmente evaluación médica por sus síntomas que a recurrir a los centros de salud mental (p. ej., Katerndahl & Realini, 1995). Una proporción significativa de individuos con síntomas cardíacos (9-43%) presentan un trastorno de angustia (Barsky et al., 1994; Katon et al., 1988; Morris, Baker, Devins & Shapiro, 1997). En este mismo orden, se han hallado altos índices de patologías cardiovasculares, incluso infartos isquémicos mortales en hombres con trastorno de angustia (Coryell, Noyes & House, 1986; Haines, Imeson & Meade, 1987; Weissman, Markowitz, Oullette, Greenwald & Kahn, 1990). Además, a las mujeres postmenopáusicas que experimentan crisis de angustia plenas se les triplica el riesgo de enfermedad coronaria o infarto (Smoller et al., 2007). En un reciente estudio de cohorte basado en el análisis de los Datos del Centro Británico General de Investigación Práctica, los hombres y mujeres con trastorno de angustia tenían una incidencia significativamente superior de enfermedad coronaria y los mayores de 50 años presentaban una incidencia más alta de infarto miocardio (Walters, Rait, Petersen, Williams & Nazaret, 2008). El prolapso de la válvula mitral (PVM), una malformación en la válvula mitral que causa síntomas como molestias en el pecho, taquicardia, desmayos, fatiga y ansiedad (véase Taylor, 2000), es doblemente más común en individuos con trastorno de angustia que en controles sin angustia (Katerndahl, 1993). Sin embargo, la mayoría de los individuos son asintomáticos y no presentan riesgos de

consecuencias graves para la salud (Bouknight & O'Rourke, 2000), por lo tanto no es clínicamente significativo para distinguir a los pacientes angustiosos con o sin la condición (Barlow, 2002).

El trastorno de angustia se asocia con mayores índices de mortalidad posiblemente debido al elevado riesgo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, especialmente en los hombres con trastorno de angustia (Coryell et al., 1986; Weissman et al., 1990). Además, el trastorno de angustia y las enfermedades respiratorias como el asma (Carr, Lehrer, Rausch & Hochron, 1994) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Karajgi, Rifkin, Doddi & Kolli, 1990) muestran un mayor índice de incidencia, aunque estas enfermedades normalmente preceden a la instauración de los episodios de angustia. El trastorno de angustia sólo se diagnostica cuando hay pruebas evidentes de que el paciente presenta creencias exageradamente negativas sobre la peligrosidad de sensaciones molestas pero inofensivas como la sensación de ahogo (Carr et al., 1994; Taylor, 2000).

Algunas condiciones médicas pueden producir síntomas físicos similares a los del trastorno de angustia. Entre ellas se incluyen ciertos trastornos endocrinos (p. ej., hipoglucemia, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo), trastornos cardiovasculares (p. ej., prolapso de la válvula mitral, arritmias cardíacas, fallo cardíaco congestivo, hipertensión, infarto de miocardio), enfermedades respiratorias (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica), trastornos neurológicos (p. ej., epilepsia, trastornos vestibulares) y consumo de sustancias (p. ej., intoxicación o alejamiento por drogas/alcohol) (véase Barlow, 2002; Taylor, 2000, para más información). Una vez más, la presencia de estos trastornos no excluye automáticamente la posibilidad de diagnosticar un trastorno de angustia. Si las crisis de angustia preceden al trastorno, ocurren fuera del contexto del abuso de sustancias o los síntomas físicos son malinterpretados de un modo catastrófico, entonces debería considerarse el trastorno de angustia concomitante en éstos con una condición médica (DSM-IV-TR; APA, 2000; Taylor, 2000). Otras características como la aparición de crisis de angustia después de los 45 años, la presencia de síntomas atípicos durante la crisis como la pérdida de conciencia, vértigo, pérdida del

control esfinteriano, dolores de cabeza, olvido de palabras o amnesia o similares y crisis breves que se detienen abruptamente, sugieren que la existencia de una condición médica general o el consumo de sustancias pueden ser la causa de las crisis (DSM-IV-TR; APA, 2000; véase Taylor, 2000). Es posible que las irregularidades fisiológicas y las experiencias de enfermedades contribuyan al aumento de la sensibilidad hacia las sensaciones corporales en el trastorno de angustia (p. ej., Hohn-Saric et al., 2004). Por ejemplo, Craske, Puolton, Tsao y Plotkin (2001) hallaron que las experiencias infantiles y adolescentes de enfermedades respiratorias predecían el subsiguiente desarrollo del trastorno de angustia con agorafobia a los 18 o los 21 años. Por consiguiente, las enfermedades médicas pueden desempeñar una función de causa contribuyente y/o de efecto en muchos casos de trastornos de angustia.

Pauta clínica 8.6

La mayoría de los individuos con trastorno de angustia han solicitado ayuda médica antes de ser derivados a los servicios de salud mental. Sin embargo, sería recomendable disponer de un examen médico general en los casos de auto-derivación a fin de excluir la condición médica concomitante que podría reproducir o incluso exacerbar los síntomas de angustia.

Características descriptivas

Los estudios epidemiológicos indican que el trastorno de angustia con o sin agorafobia presenta unos índices de prevalencia anual que oscilan entre 1,1 – 2,7% y unos índices de prevalencia general de entre 2,0 – 4,7% (Eaton et al., 1991; Kessler et al., 1994; Kessler, Berglund et al., 2005; Kessler, Chiu et al., 2005; Oxford et al., 1996). Esto convierte al trastorno de angustia en el segundo trastorno de ansiedad menos común, por detrás del TOC, que se presenta en este volumen. Como es de esperar, la prevalencia del trastorno de angustia es muy superior en los centros de atención primaria que en la población general (Katon et al., 1986; Olfson et al., 2000). Además, no parecen existir diferencias significativas dependientes de la cultura en la pre-

valencia del trastorno de angustia (p. ej., Horwath, Jonson & Hornig, 1993; Kessler et al., 1994), aunque los factores culturales influyan en los síntomas de angustia más frecuentemente revelados y en cómo se clasifiquen éstos (véase comentarios de Barlow, 2002; Taylor, 2000).

Las crisis de angustia así como el trastorno de angustia con y sin agorafobia se presentan aproximadamente el doble de veces más en mujeres que en hombres (Eaton et al., 1994; Gater et al., 1998; Kessler et al., 1994). Además, la agorafobia puede estar particularmente determinada por el género, porque las mujeres representan el 75% aproximadamente de la población agorafóbica (Bourdon et al., 1988; Yonkers et al., 1998). El trastorno de angustia parece adoptar un curso más grave en las mujeres, tal y como se observa en su evitación agorafóbica más severa, pensamientos más catastróficos, interpretaciones más amenazantes de las sensaciones corporales y una recurrencia mayor de los síntomas de angustia (Turgeon, Marchand & Dupuis, 1998; Yonkers et al., 1998). Las mujeres en general pueden mostrar una tendencia superior a revelar más síntomas físicos, miedo y pánico en respuesta a la angustia aguda (Nelly, Forsyth & Karekla, 2006). Además, es posible que el mayor trastorno de angustia y evitación agorafóbica en las mujeres esté vinculado a un mayor índice de abusos físicos y sexuales durante la infancia, de donde se podría derivar la hipervigilancia y sobrepredicción de la amenaza (Stein, Walter et al., 1996). Craske (2003), sin embargo, señala que la principal diferencia entre los hombres y las mujeres se encuentra en su confianza en la evitación más que en la cantidad de crisis de angustia relevadas, que podría deberse a su socialización dentro del rol propio del género femenino tradicional.

La edad de inicio del trastorno de angustia varía considerablemente pero lo más típico es que se produzca entre el final de la adolescencia y el comienzo de la vida adulta; el informe ECA señala los 24 años como la edad media de aparición (Burke, Burke, Regier & Rae, 1990) y el 75% de los casos de trastorno de angustia tienen su primera presentación antes de los 40 años según el estudio NCS-R (Kessler, Berglund et al., 2005). A pesar de que la edad de aparición sea relativamente temprana, normalmente suele haber un retardo considerable entre la aparición y el primer contacto de tratamiento

(Wang, Berglund et al., 2005). A pesar de posponer la solicitud de tratamiento, la gran mayoría de los individuos con trastorno de angustia sí realizan el contacto para recibir tratamiento (Wang, Berglund et al., 2005).

Al igual que otros trastornos de ansiedad, el inicio del trastorno de angustia suele asociarse con frecuencia a sucesos vitales estresantes como una separación, pérdida o enfermedad de una persona significativa, ser víctima de una agresión, problemas económicos, dificultades laborales, problemas de salud, desempleo y similares (p. ej., Fara- velli & Pallanti, 1989; Franklin & Andrews, 1989; Pollard, Pollard & Corn, 1989). En otros estudios se ha observado una alta incidencia de abuso sexual o físico durante la infancia en el trastorno de angustia con agorafobia, especialmente entre las mujeres (Pribor & Dinwiddie, 1992; Saunders, Villeponteaux, Lipovsky, Kilpatrick & Veronen, 1992; Stein et al., 1996), aunque aún no se sabe con certeza si los índices de experiencias adversas durante la infancia son o no superiores en el trastorno de angustia en comparación con la depresión mayor o incluso la esquizofrenia (Friedman et al., 2002). En un análisis de los datos NCS, las mujeres con trastorno de angustia, pero sin TEPT concomitante, presentaban un riesgo seis veces mayor de haber sufrido abusos físicos y sexuales durante la infancia, y los individuos con trastorno de angustia y TEPT concomitante eran significativamente más propensos a haber sobrevivido a una violación (43%) que quienes sólo presentaban trastorno de angustia (7,5%) (Leskin & Sheik, 2002). Estos hallazgos indican que el trauma crónico puede actuar como factor de riesgo para el trastorno de angustia, especialmente en las mujeres. Además, los factores socio-ambientales también pueden afectar al curso clínico, como son la separación infantil, el estatus socio-económico bajo y la ruptura marital como predictores significativos de un resultado pobre 7 años después de haber iniciado el tratamiento (Noyes et al., 1993).

Los problemas relacionales suelen ser más habituales en el trastorno de angustia que en otras condiciones, como causa contribuyente y también como consecuencia del trastorno (Marcaurelle, Bélanger & Marchand, 2003). Sin embargo, las pruebas empíricas no coinciden en si el trastorno de angustia con agorafobia se asocia o no con

más problemas maritales y la calidad de la relación marital pretratamiento no es un predictor significativo del pronóstico del tratamiento (Marcaurelle et al., 2003).

Cuando no se trata, el trastorno de angustia suele adoptar un curso crónico, y sólo el 12% de los pacientes alcanzan una remisión completa tras 5 años (Faravelli, Paterniti & Scarpato, 1995). En un estudio prospectivo de 1 año, Ehlers (1995) comprobó que el 92% de los pacientes seguían experimentando crisis de angustia y que el 41% de los pacientes inicialmente remitidos recaía. Sin embargo, en un seguimiento realizado a los 11 años de 24 pacientes con trastorno de angustia tratados en un ensayo clínico de 8 semanas con imipramina, alprazolam o placebo, el 68% no había sufrido crisis de angustia durante el período de seguimiento y el 90% no mostraba discapacidades o éstas eran leves (Swoboda et al., 2003). Esto sugiere que con el tratamiento, el pronóstico a largo plazo del trastorno de angustia, puede ser más optimista.

El trastorno de angustia se asocia también con el deterioro funcional significativo y la reducción de la calidad de vida, especialmente en combinación con la depresión (Massion, Warshaw & Keller, 1993; Roy-Byrne et al., 2000; Sherbourne et al., 1996). Además, cuanto mayor es el deterioro funcional más significativamente aumenta la probabilidad de la recurrencia de la angustia en individuos previamente recuperados (Rodríguez, Bruce, Pagano & Keller, 2005). En una revisión meta-analítica de 23 estudios sobre calidad de vida, el trastorno de angustia era similar a otros trastornos de ansiedad en lo que respecta a la disminución de la salud física, salud mental, trabajo, funcionamiento social y funcionamiento familiar (Olatunji et al., 2007), aunque la poca calidad de vida subjetiva es peor en la depresión mayor que en el trastorno de angustia (Hansson, 2002).

El trastorno de angustia con agorafobia puede ser un trastorno molesto en términos de sufrimiento humano y una mayor carga para los servicios de atención sanitaria (p. ej., Eaton et al., 1991). En el NCS-R el trastorno de angustia y el TEPT presentaban los índices anuales más altos de utilización de los servicios de salud mental en comparación con el resto de los trastornos de ansiedad, y el índice de acceso a los servicios sanitarios del trastorno de angustia era muy

superior (Wang, Lane et al., 2005; véase también Deacon, Lickel & Abramowitz, 2008). Los costes de atención sanitaria derivados del trastorno de angustia, por lo tanto, son sustanciales. El número de visitas médicas anuales de los individuos con trastorno de angustia es siete veces mayor que el de la población general, produciendo un coste médico anual que equivale al doble de la población americana media (Siegel, Jones & Wilson, 1990).

Pauta clínica 8.7

Los acontecimientos vitales negativos, los estresores pasados y presentes, el estilo de afrontamiento negativo y las incapacidades psicosociales tendrán un impacto significativo en el curso del trastorno de angustia. El terapeuta debe considerar estos factores durante la evaluación y el tratamiento del trastorno.

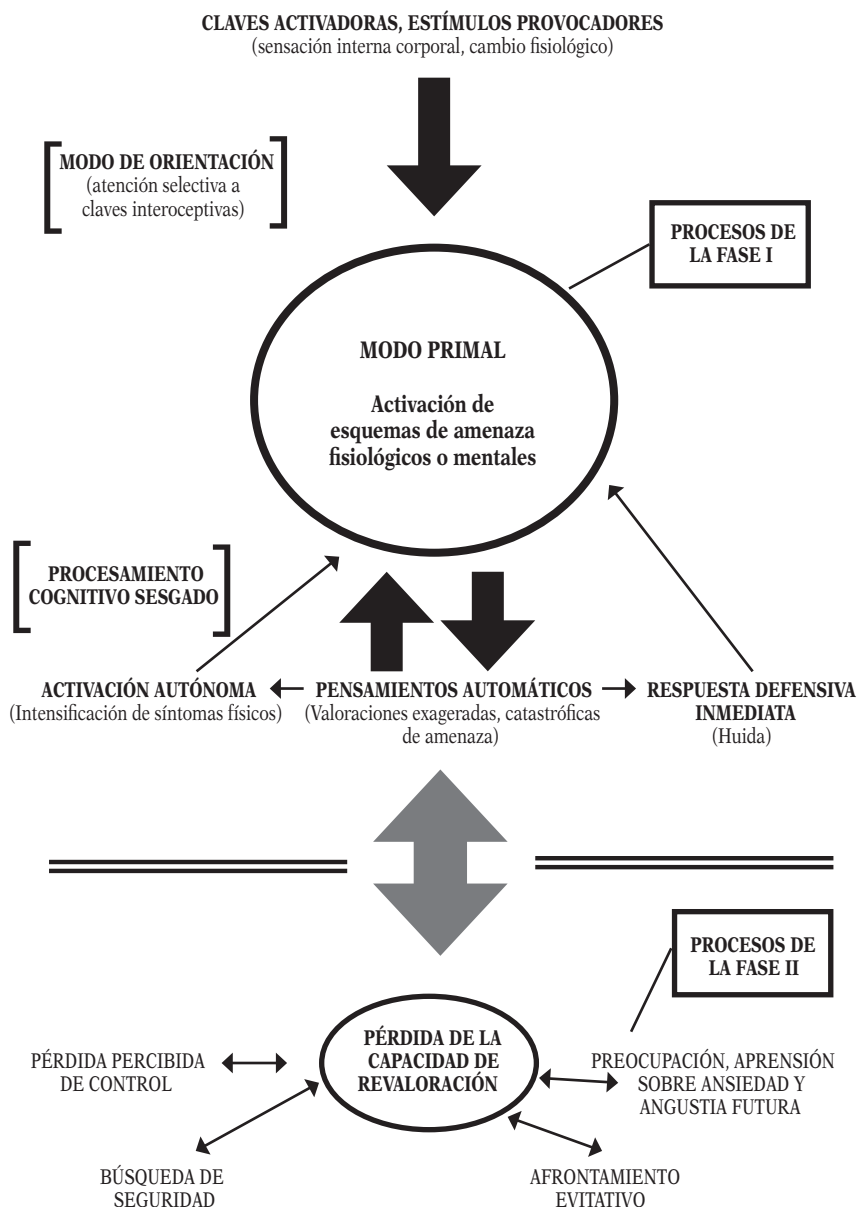
Teoría cognitiva del trastorno de angustia***Descripción del modelo***

Las crisis de angustia son una respuesta inmediata de miedo y, en consecuencia, los procesos psicogénicos primarios responsables de la aparición y persistencia de la angustia ocurren en la Fase I del modelo cognitivo descrito en el Capítulo 2 (véase Figura 2.1). Los procesos cognitivos claves de la angustia ocurren, por lo tanto, a un nivel automático de activación. Los procesos de la Fase II, que representan los esfuerzos intencionados y elaborativos de afrontar el aumento de ansiedad y la anticipación de la angustia, son elementos contribuyentes secundarios a la persistencia del trastorno. Por este hecho, la base cognitiva de la angustia es completamente diferente de la del TAG, donde los procesos de la Fase II desempeñan un rol mucho más crítico en el trastorno. El modelo cognitivo de la angustia fue inicialmente articulado a mediados de los ochenta por Beck y sus colaboradores (Beck, 1988; Beck et al., 1985; Beck & Greenberg, 1988; D.M. Clark & Beck, 1988) y adicionalmente elaborado por D.M. Clark (1986a, 1988, 1996; D.M. Clark et al., 1988). Derivada de esas primeras descripciones, la Figura 8.1 ilustra la actual explicación

cognitiva de la angustia basada en el modelo cognitivo genérico (es decir, Figura 2.1). Debería añadirse que el modelo cognitivo fue formulado para explicar la patogénesis de las crisis recurrentes de angustia o el trastorno de angustia. Tiene menos relevancia para comprender las crisis ocasionales halladas en la población general o la aparición de síntomas somáticos cuasi-angustiosos pero que no producen miedo, prominentes en los contextos médicos (D.M. Clark, 1997; véase también Eifert, Zvolensky & Legues, 2000).

Activación y atención

Los cambios en los estados internos como la aparición o intensificación de ciertas sensaciones físicas (p. ej., presión en el pecho, falta de aire, aumento del ritmo cardíaco, sensaciones de náusea) o procesos mentales (p. ej., la mente se queda en blanco, sensación de irrealidad) son los principales aceleradores de las crisis de angustia. En la mayoría de los casos de crisis recurrentes de angustia, los estímulos externos o situaciones se convertirán en estímulos provocadores pero sólo porque disponen de la capacidad para elicitar sensaciones corporales que son percibidas como amenazantes (D.M. Clark, 1986a). En nuestro ejemplo, el principal estímulo que aceleraba la angustia de Helen era la sensación de ahogo. Sin embargo, ella percibía los cambios en su respiración cada vez que se encontraba en situaciones nuevas, por ello los contextos con los que no estaba familiarizada, como viajar fuera de su comunidad o visitar a personas desconocidas, comenzaban a acelerar el aumento de su ansiedad y la angustia anticipada. Naturalmente Helen comenzó a evitar estas situaciones porque provocaban la sensación somática amenazante, la sensación de ahogo. En la agorafobia grave son muchas y muy variadas las situaciones externas que pueden provocar la angustia, pero sólo porque elicitaban algún estímulo interno temido. Los procesos físicos y mentales que se malinterpretan como amenaza inminente son, en la mayoría de los casos, debidos a la ansiedad y, en menor medida, debidos a otros estados emocionales, al estrés, al esfuerzo físico, a la ingestión de sustancias con cafeína o con otra composición química o incluso a los altibajos naturales de la función fisiológica (D.M. Clark, 1986a, 1988, 1996).

Figura 8.1. Modelo cognitivo del trastorno de angustia.

Como se indica en la Figura 8.1, los individuos propensos a la angustia tienden a atender selectivamente más a los procesos internos somáticos o mentales. Son hipervigilantes hacia la experiencia de estas sensaciones y centran su atención en cualquier cambio que se produzca en el funcionamiento que podría ser considerado anormal (Beck, 1988). El modo de orientación en el trastorno de angustia está cebado hacia la rápida detección de claves interoceptivas que pudieran representar un peligro inmediato e inminente para la supervivencia. Este proceso de detección temprana es automático e inconsciente, generando hipersensibilidad a las sensaciones corporales.

Activación de esquemas

Según el modelo cognitivo las crisis recurrentes de angustia se producen por efecto de la activación de esquemas resistentes (creencias) sobre la peligrosidad de cambios fisiológicos particulares. Estos esquemas de amenaza fisiológicos y mentales son coherentes con el modo primal de amenaza que domina en la ansiedad. Algunos ejemplos de esquemas panicogénicos son “Las palpitaciones que siento y la opresión en el pecho podrían llevarme a la asfixia y a la muerte”, “Las parestesias podrían estar causadas por un tumor cerebral”, “Esta sensación de náusea podría provocar un mareo violento y un vómito incontrolado”, “Sentirme tenso y un poco nervioso podría llevarme a volverme loco”. Los esquemas fisiológicos y mentales de amenaza predisponen a ciertos individuos a experimentar crisis recurrentes de angustia y revisten temas de vulnerabilidad personal, de indefensión, de estados internos particulares y de escalada inmediata de la ansiedad (Beck & Greenberg, 1988).

Existe una estrecha asociación entre las sensaciones corporales o mentales específicas y las creencias panicogénicas que subyacen a la malinterpretación catastrófica de claves interoceptivas. La Tabla 8.4 presenta las conexiones entre algunas sensaciones internas comunes y los correspondientes esquemas fisiológicos y mentales de amenaza que, a menudo, se observan en el trastorno de angustia.

Los esquemas relevantes a la angustia suelen ser bastante idiosincrásicos y pueden ser muy variables, de modo que algunos indi-

viduos sostendrán creencias de amenaza exageradas solamente para ciertas sensaciones internas, otros malinterpretarán una amplia gama de fenómenos somáticos y mentales como amenazantes, y aún otros mostrarán un cambio en el que sólo ciertos esquemas fisiológicos de amenaza sean dominantes en un momento particular (D.M. Clark, 1986a). La adquisición de esquemas de amenaza fisiológicos particulares (p. ej., “Las palpitaciones son peligrosas”) dependerá de la historia de aprendizaje previa y de las circunstancias asociadas con la primera crisis de angustia (D. M. Clark, 1997). Por ejemplo, es frecuente que los individuos que experimentan dolor pectoral acudan, en primer lugar, a los servicios de urgencias sanitarias donde se les realizará una evaluación completa de su estado cardiológico. Tales experiencias pueden reforzar las creencias relativas a que “las molestias pectorales representan un peligro altamente inminente de infarto y de muerte posible”. Es obvio el modo en que tales experiencias pueden generar esquemas hipervalentes relativos a la peligrosidad de las molestias pectorales y la patogénesis del trastorno de angustia.

A fin de activar los esquemas fisiológicos y mentales, las correspondientes sensaciones internas han de alcanzar cierto umbral de intensidad (Beck, 1988). Por ejemplo, Helen no experimentaba un aumento de ansiedad hasta que su sensación de ahogo no fuera suficientemente intensa y ella no comenzara a preguntarse si estaba obteniendo suficiente aire. Además, una vez producida la activación esquemática, la principal consecuencia es la malinterpretación catastrófica de la sensación interna. Una vez activadas las creencias de Helen sobre el peligro de la sensación de ahogo, sofocos y falta de oxígeno por efecto de la atención centrada en sus sensaciones respiratorias, Helen hacía una malinterpretación catastrófica automática inmediata. “Algo malo ocurre con mi respiración y no estoy recibiendo oxígeno suficiente; podría asfixiarme y morir”. De este modo, la base cognitiva de la malinterpretación catastrófica de las sensaciones corporales es la activación de esquemas prepotentes y resistentes orientados a la amenaza sobre el peligro inminente asociado con ciertas sensaciones somáticas y mentales.

Tabla 8.4. Vínculos entre sensaciones internas relevantes a la angustia y su correspondiente esquema mental de amenaza

Sensación interna	Esquema de amenaza fisiológico/mental
Palpitaciones, malestar, presión pectoral	Creencia relativa a la vulnerabilidad a los infartos.
Sensación de ahogo, falta de aire, respiración irregular	Creencia de posible asfixia y muerte.
Inestabilidad, mareos, desmayos	Creencia de pérdida de control y de hacer algo embarazoso o de volverse loco, o presencia de un tumor cerebral.
Náuseas, molestias abdominales	Creencia de vómitos incontrolables.
Parestesias, hormigueo en extremidades	Creencia sobre la posibilidad de sufrir un ataque o de perder la salud.
Inquietud, tensión, agitación	Creencia de que estos síntomas son una indicación de la pérdida de control que podría generar una crisis severa de angustia y la posible pérdida del funcionamiento.
Escalofríos, temblores	Creencia de que estos síntomas indican la pérdida de control y son precursores de una crisis severa.
Olvidos, falta de atención, pérdida de la concentración	Creencia de pérdida de control sobre el propio funcionamiento mental y de acabar perdiendo la función cognitiva.
Sensación de irrealidad, despersonalización	Creencia de que estos síntomas pueden ser indicativos de ataque o de locura.

Nota. Basado en Taylor (2000).

Malinterpretación catastrófica de las sensaciones internas

El proceso cognitivo central en la persistencia de la angustia es la malinterpretación catastrófica de sensaciones somáticas o mentales (véase Beck, 1988; Beck et al., 1985; D.M. Clark, 1986a). A menudo el resultado catastrófico asociado a la sensación física es la muerte causada por un infarto, asfixia, ataque o similares. Sin embargo, la catástrofe imaginada también puede referirse a la pérdida de control que conduce a la locura (es decir, “Me voy a volver loco”) o a actuar de una manera embarazosa y humillante frente a los demás. Además, el miedo a las crisis de angustia puede ser tan intenso que la catástrofe podría ser la posibilidad de experimentar otro episodio pleno de angustia. Sea cual sea la naturaleza real de la catástrofe temida, las sensaciones se malinterpretan como representativas de un desastre físico o mental inminente (D.M. Clark, 1988). Para que se precipite la

angustia, la catástrofe temida debe ser percibida como inminente; cuando la malinterpretación es meramente una amenaza exagerada, entonces se activará la ansiedad pero no la angustia (Rachman, 2004). La aparición de la malinterpretación catastrófica es la base cognitiva de los restantes procesos que contribuyen al trastorno de angustia (véase Figura 8.1). En las crisis de angustia situacionales o promovidas por estímulos, las sensaciones asociadas con el aumento de ansiedad se malinterpretan, mientras que en las crisis de angustia espontáneas (o en ausencia de señales externas) las sensaciones brotan a partir de una variedad de fuentes no-ansiosas (p. ej., ejercicio físico, estrés, reacciones emocionales). D.M. Clark (1988) defendía que la malinterpretación catastrófica de las sensaciones corporales es necesaria para la producción de una crisis de angustia y es un rasgo cognitivo resistente (vulnerabilidad) evidente incluso cuando los individuos con trastorno de angustia no están ansiosos.

Como proceso de la Fase I que es elicitado mediante la activación de esquemas panicogénicos, la malinterpretación catastrófica es una respuesta involuntaria, automática e inmediata a la detección de ciertas sensaciones internas. D.M. Clark (1988) sostenía que las malinterpretaciones catastróficas pueden ser rápidas y ajenas al conocimiento consciente, de manera que la crisis de angustia parezca ser espontánea. Una vez activados, los esquemas panicogénicos y las malinterpretaciones catastróficas tienden a dominar el aparato de procesamiento de información durante la angustia, el cual está muy sesgado y por ello concede prioridad exclusiva a las señales de peligro y minimiza o ignora la información de seguridad incongruente con los esquemas.

Intensificación de síntomas y defensa

La malinterpretación de las sensaciones corporales producirá una intensificación de las sensaciones internas temidas aumentando la vigilancia y concentrando el foco de atención en las señales interoceptivas (Beck, 1988; D. M. Clark, 1997). Se produce un círculo vicioso en el que la creciente intensidad de la sensación fisiológica o mental refuerza aún más la malinterpretación de que evidentemente el desastre físico o mental es inminente. Helen, por ejemplo, advertía que su respiración era algo irregular y sentía que no recibía suficiente aire. Su

valoración inicial “No estoy respirando con normalidad, creo que no estoy recibiendo aire suficiente” (*interpretación exagerada de la amenaza*) la llevaba a agudizar su foco de atención en la respiración. Respiraba profundamente y trataba de restablecer un ritmo respiratorio más controlado. Pero su vigilancia de la respiración intensificaba su sensación de falta de aire (*intensificación del síntoma*) que, a su vez, ratificaba su convicción de que el problema respiratorio empeoraba e incluso probablemente la llevara a la asfixia (*malinterpretación catastrófica*).

A la intensificación automática de los síntomas se añade la malinterpretación catastrófica que provocará los esfuerzos inmediatos de huida. Una vez más, los intentos de huida son percibidos como respuesta automática e involuntaria a la activación de los esquemas psicogénicos y a la malinterpretación catastrófica de la sensación corporal. Una persona que tema las molestias pectorales podría abandonar inmediatamente cualquier actividad particular cuando detecte la sensación somática. Un paciente que presente una profunda sensación de irrealidad en la habitación de su hotel tras haber atravesado en coche la ciudad de Nueva York, podría tumbarse en la cama y después tomar varias consumiciones alcohólicas para relajarse. Sus respuestas serían un intento de huir de la sensación de irrealidad que él interpretaría como un síntoma de locura. En estado de ansiedad elevada y angustia, la respuesta de huida provocada por la malinterpretación catastrófica puede producirse de forma casi automática sin planificación intencionada ni meditada. Como se muestra en la Figura 8.1, la intensificación de las sensaciones físicas y de las respuestas de huida contribuirá a la activación continuada de esquemas relevantes a la angustia.

Pérdida de la capacidad de revaloración

Según Beck (1988), la disociación de los procesos reflexivos del nivel superior (Fase II) del procesamiento cognitivo automático (Fase I) es una condición necesaria para que se produzca la crisis de angustia. Por lo tanto, consideramos que la pérdida de capacidad de revaloración, proceso central en la fase secundaria elaborativa, es la responsable de la persistencia de la ansiedad y de la angustia. La activación de los esquemas de amenaza fisiológicos y la subsiguiente malinterpretación catastrófica de las sensaciones corporales domina

el procesamiento de información e inhibe la capacidad, dominada por la angustia, del cliente para generar interpretaciones más realistas y benignas de las sensaciones temidas. Si la revaloración de la amenaza percibida fuera posible, la malinterpretación catastrófica sería desafiada y se sabotearía la escalada de la ansiedad.

Esta pérdida de la capacidad de revaloración se ilustra claramente en un joven con trastorno de angustia que temía sus taquicardias. En algunas ocasiones, como por ejemplo estando sentado frente al ordenador, percibía el aumento de su ritmo cardíaco que elicita el pensamiento aprensivo “¿Por qué se me acelera el corazón?”. Sus esquemas fisiológicos de amenaza eran “Soy vulnerable a los infartos”, “Si permito que el ritmo cardíaco aumente en exceso, podría sufrir un infarto” y “Después de todo, padezco una cardiopatía” (presentaba una condición cardíaca congénita que era benigna). Una vez activado, generaba una malinterpretación catastrófica (“Se me acelera el corazón, puedo estar sufriendo un infarto”). En este punto era incapaz de generar una explicación alternativa para el aumento de su ritmo cardíaco, y por ello comenzaba a angustiarse. En otras ocasiones, como por ejemplo estando en el gimnasio (tal y como le había recomendado su médico), percibía que aumentaba el ritmo cardíaco, se preguntaba si sería señal de algún problema del corazón, pero revaloraba inmediatamente las sensaciones atribuyéndolas a las demandas de la actividad física. Uno de los principales objetivos de la terapia cognitiva para la angustia es mejorar la capacidad del paciente para revalorar las sensaciones internas temidas y alcanzar interpretaciones alternativas más realistas, plausibles y benignas.

Otros procesos elaborativos secundarios

Como se ha ilustrado en la Figura 8.1, la disociación del razonamiento elaborativo de las valoraciones automáticas catastróficas de la amenaza da lugar a diferentes procesos cognitivos y conductuales secundarios. Beck et al. (1985) señalaban que una característica sorprendente de las crisis de angustia es la experiencia de la ansiedad como estado incontrolable y agobiante. El individuo con crisis recurrentes de angustia piensa que la ansiedad es una experiencia que aumenta tan rápida e incontrolablemente, que aprende a temer y tiende a evitar.

Un segundo proceso cognitivo de la fase elaborativa es la aprensión y la preocupación relativa a la creciente ansiedad y a la recurrencia de las crisis de angustia. La preocupación en el trastorno de angustia suele centrarse casi exclusivamente en las crisis de angustia y en la intolerancia a los estados de ansiedad elevada. Tras varias sesiones de TC, las crisis de angustia de Helen remitieron. Sin embargo, su aprensión y preocupación por las posibles recaídas siguieron siendo altas. Por ejemplo, Helen estaba considerando la posibilidad de cambiar de trabajo y de mudarse a una ciudad nueva pero era reacia a cualquier cambio por temor a que aumentara su ansiedad y provocara una nueva ronda de crisis de angustia.

Con el procesamiento elaborativo de información dominado por las percepciones de incontrolabilidad y ansiedad creciente, aprensión y preocupación constante por la angustia y la pérdida del razonamiento reflexivo de orden superior para contrarrestar la dominancia del pensamiento catastrófico, es obvio que la persona con trastorno de angustia recurra intencionadamente a la evitación y a otras estrategias de búsqueda de seguridad para ejercer un mayor control sobre su estado emocional negativo. Sin embargo, en la actualidad existen pruebas considerables de que la evitación agorafóbica, de hecho, contribuye a la persistencia y al aumento de la gravedad de la crisis de angustia (véase comentario previo). Además, la confianza en las conductas de búsqueda de seguridad como son llevar encima medicación ansiolítica para casos de emergencia, ir acompañado por un familiar o amigo o suprimir las emociones intensas o los pensamientos indeseados, de hecho, puede contribuir a la persistencia de la ansiedad manteniendo la creencia de la persona de que ciertas sensaciones internas son peligrosas (D.M. Clark, 1997, 1999).

Como puede observarse en la Figura 8.1, existe una intensa relación recíproca entre los procesos cognitivos relevantes a la angustia que se producen temprano, en el nivel automático de interpretación catastrófica y los que se producen posteriormente en la fase elaborativa secundaria. Sin embargo, la incapacidad del pensamiento elaborativo secundario para corregir las valoraciones catastróficas automáticas de amenaza de las sensaciones corporales explica la persistencia de la angustia y el desarrollo del trastorno de angustia. La terapia cognitiva de la angustia, por lo tanto, se centra en la repara-

ción de la disociación entre los dos niveles de procesamiento, de modo que se acepte una interpretación más benigna de las sensaciones interoceptivas previamente temidas.

Estado empírico del modelo cognitivo

La propuesta de que las crisis de angustia estén causadas por la malinterpretación catastrófica de las sensaciones corporales ha recibido mucha confirmación empírica de una gran cantidad de estudios correlacionales y experimentales realizados durante las dos últimas décadas, aunque también se han mencionado incoherencias y limitaciones (para revisiones, véanse Austin & Richards, 2001; Casey, Oei & Newcombe, 2004; D.M. Clark, 1996; Khawaja & Oei, 1998; McNally, 1994). En este apartado ampliaremos nuestra revisión del estado empírico del modelo cognitivo para que incluya procesos cognitivos

Tabla 8.5. Hipótesis centrales del modelo cognitivo de la angustia

Hipótesis	Afirmación
1. Hipersensibilidad interoceptiva	Los individuos con trastorno de angustia mostrarán mayor atención selectiva y vigilancia hacia las sensaciones internas somáticas y mentales que los individuos sin trastorno de angustia.
2. Vulnerabilidad esquemática	Los individuos propensos a la angustia ratificarán más creencias sobre la peligrosidad de sensaciones fisiológicas y mentales específicas que los grupos de comparación sin angustia.
3. Malinterpretación catastrófica	Las crisis de angustia se caracterizan por la malinterpretación de las sensaciones corporales y mentales como indicativas de una catástrofe física, mental o social inminente. La producción de malinterpretaciones catastróficas aumentará los síntomas de angustia en los individuos con trastorno de angustia, mientras que la corrección de la malinterpretación impedirá las crisis de angustia.
4. Amplificación interoceptiva	La producción de una malinterpretación catastrófica de las señales internas elevará la intensidad de las sensaciones temidas en los estados de angustia pero no en los estados sin angustia.
5. Disociación	Los individuos con trastorno de angustia mostrarán cierta reducción en su capacidad para emplear el pensamiento reflexivo de orden superior para generar interpretaciones más realistas y benignas de sus sensaciones internas temidas en comparación con los individuos que no sufren angustia.
6. Búsqueda de seguridad	La evitación y la conducta maladaptativa de búsqueda de seguridad intensificarán la ansiedad y los síntomas de angustia en los individuos con trastorno, pero no así en los individuos que no presenten el trastorno.

adicionales que son importantes en la patogénesis de la angustia. En la Tabla 8.5 se presentan seis hipótesis que incluyen los principales principios del modelo cognitivo sobre la angustia (véase Figura 8.1).

Hipótesis 1: Hipersensibilidad interoceptiva

Los individuos con trastorno de angustia mostrarán mayor atención selectiva y vigilancia hacia las sensaciones internas somáticas y mentales que los individuos sin trastorno de angustia.

Si el trastorno de angustia se caracteriza por la elevada vigilancia y respuesta a las sensaciones corporales, como mínimo puede esperarse que los individuos con trastorno de angustia revelen una mayor respuesta a las sensaciones físicas en las medidas de cuestionario y entrevista. En múltiples estudios los individuos con trastorno de angustia y agorafobia presentaban puntuaciones significativamente más altas en el Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ, *Body Sensations Questionnaire*), que evalúa el miedo a 17 sensaciones físicas y mentales habituales en la ansiedad y la angustia, en comparación con individuos que presentaban otros trastornos de ansiedad o grupos de control no-clínicos (p. ej., Chambless & Gracely, 1989; Kroeze & van der Hout, 2000a; Schmist et al., 1997). De un modo similar, McNally et al. (1995) hallaron que los individuos con angustia revelaban sensaciones físicas más graves que los controles no-clínicos, siendo las sensaciones más discriminativas el miedo a morir, el miedo a un infarto, el miedo a perder el control y las parestesias. Sin embargo, es posible que los individuos con trastorno de angustia presenten una mayor intolerancia al malestar, tal y como se indica en la menor capacidad para soportar las sensaciones físicas desagradables y el dolor en general (Schmidt & Cook, 1999; Schmidt, Richey & Fitzpatrick, 2006). En suma, existen pruebas relativamente sistemáticas relativas a que los individuos que experimentan crisis recurrentes de angustia revelan una mayor sensibilidad a las sensaciones físicas y son más tendentes a interpretar negativamente tales síntomas (véase también Taylor, Koch & McNally, 1992).

La hipótesis de la hipersensibilidad interoceptiva ha obtenido un mayor respaldo de los estudios experimentales que inducen las sen-

saciones físicas mediante varias pruebas biológicas como la hiperventilación, la inhalación de aire enriquecido con CO₂ o enriquecido con O₂, infusiones de lactato y similares. Un hallazgo que se repite en todos estos estudios experimentales es que los pacientes con trastorno de angustia evidencian una respuesta subjetiva significativamente mayor ante las sensaciones producidas por las inducciones, tal y como se revelaba en las mayores puntuaciones sobre la intensidad, gravedad y ansiedad asociadas a las sensaciones corporales producidas por las manipulaciones de la inducción (p. ej., Antony, Coons, McCabe, Ashbaugh & Swinson, 2006; J.G. Beck, Ohtake & Shipherd, 1999; Holt & Andrews, 1989; Rapee, 1986; Schmidt, Forsyth, Santiago & Trakowski, 2002; Zvolensky et al., 2004).

Si el trastorno de angustia se caracteriza por el aumento de la vigilancia a las sensaciones físicas, podríamos esperar que los pacientes con trastorno de angustia demuestren una mayor agudeza o percepción de sus respuestas fisiológicas. Diversos estudios han investigado la percepción del ritmo cardíaco en el trastorno de angustia. En uno de los estudios iniciales de Pauli et al. (1991) los individuos con trastorno de angustia que transportaban un registro de ECG durante 24 horas no revelaban más percepciones cardíacas significativas que los controles sanos, pero con las percepciones se asociaba significativamente más ansiedad auto-revelada. Además, la aceleración del ritmo cardíaco se producía tras las percepciones cardíacas que estaban asociadas con ansiedad intensa, mientras que las percepciones cardíacas no asociadas con la ansiedad generaban la deceleración del ritmo cardíaco.

Algunos estudios han recurrido a un procedimiento de “chequeo mental” mediante el cual los individuos contaban mentalmente los latidos sentidos sin medirse el pulso. Los primeros hallazgos sugerían que los individuos con trastorno de angustia mostraban una mejor percepción que los grupos de pacientes o controles no-clínicos (p. ej., Ehlers & Breuer, 1992; Ehlers, Breuer, Dohn & Fiegenbaum, 1995), pero un reanálisis posterior de datos recopilados en diferentes estudios hallaba que la exactitud en la percepción del ritmo cardíaco solía ser más evidente en el trastorno de angustia que en la depresión y en los controles normales, pero no cuando se comparaba a los

pacientes con otros trastornos de angustia (van der Does, Antony, Ehlers & Barsky, 2000). Además, sólo una minoría de los pacientes con trastorno de angustia fue clasificada de “buenos perceptores” (17%). En consecuencia, la percepción precisa del ritmo cardíaco parece ser una característica derivada de la experiencia de frecuentes episodios de ansiedad clínica y no de las crisis de angustia *per se*.

Si la angustia se caracterizara por la hipervigilancia a las sensaciones corporales, entonces debería ser visible un sesgo de procesamiento atencional automático y preconsciente hacia palabras con significado físico. Lundh y sus colaboradores (1999) observaron que los pacientes con trastorno de angustia presentaban efectos significativamente superiores de interferencia Stroop ante palabras relacionadas con la angustia que los controles no-clínicos tanto a nivel subliminal como supraliminal, pero este efecto de sesgo también se observaba para las palabras de amenaza interpersonal. En este mismo orden, el grupo con trastorno de angustia identificó más palabras relacionadas con la angustia presentadas en el umbral perceptual (véase también Pauli et al., 1997). Haciendo uso de una variante novedosa de la tarea de detección *dote probe*, en la que la latencia de la respuesta se evaluaba sobre la base de una letra precedida por una imagen de datos ECG del ritmo cardíaco o una línea en movimiento, Kroeze y van den Hout (2000a) hallaron pruebas de que el grupo de angustia prestaba más atención que el grupo control a los ensayos ECG (véase Kroeze & van den Hout, 2000b, para hallazgos opuestos).

En un estudio con 20 individuos que sufrían claustrofobia, a quienes se les pidió que se concentraran en sus sensaciones corporales mientras permanecían en un recinto cerrado, revelaron puntuaciones significativamente superiores de miedo y angustia y experimentaron un mayor índice de crisis de angustia que los individuos del grupo control (distracción) (Rachman, Levitt & Lopatke, 1988). El ejercicio físico extenuante produce una situación naturalista que normalmente aumenta la atención centrada en el estado físico. Adicionalmente, el ejercicio físico intenso aumenta los niveles de lactato en sangre, que los individuos con angustia podrían percibir como menos tolerables, dada su mayor reactividad a la infusión de lactato de sodio (Liebowitz et al., 1985). Por lo tanto, se podría esperar que

los pacientes con angustia sean menos tolerantes al ejercicio físico extenuante. Curiosamente, parece que los individuos con trastorno de angustia son capaces de ejecutar ejercicio físico intenso sin experimentar pensamientos o sentimientos indicativos de angustia, incluso aunque el ejercicio produzca niveles de lactato que son iguales o superiores a los alcanzados en los estudios con infusión de lactado (Martinsen, Raglin, Hoffart & Friis, 1998).

Aunque los individuos con trastorno de angustia puedan mostrar una mayor reactividad fisiológica como son el elevado ritmo respiratorio, elevado ritmo cardíaco y presión sanguínea, e inferior temperatura de la piel durante las provocaciones biológicas que inducen las sensaciones corporales (J.G. Beck et al., 1999; Craske, Lang, Tsao, Mystkowski & Rowe, 2001; Holt & Andrews, 1989; Rapee, 1986; Schmidt et al., 2002), las diferencias fisiológicas son relativamente modestas e incoherentes en los diferentes estudios, y en algunos casos son incluso opuestas (Zvolensky et al., 2004). Por otra parte, las diferencias en la intensidad y angustia percibidas de las sensaciones físicas producidas por estas provocaciones biológicas han sido robustas y bastante sistemáticas en los diferentes estudios (p. ej., J. G. Beck et al., 1999; Holt & Andrews, 1989; Rapee, 1986). En un estudio reciente Store y Craske (2008) hallaban que los individuos con riesgo de angustia (alta sensibilidad a la ansiedad e historial de crisis de angustia) revelaban significativamente más síntomas de angustia tras un feedback falso de elevado ritmo cardíaco que los individuos de bajo riesgo, incluso aunque ambos grupos no se diferenciaron en su ritmo cardíaco real. En conjunto, estos hallazgos defienden con firmeza la perspectiva cognitiva relativa al trastorno de angustia, sugiriendo que la principal diferencia se encuentra más en la percepción y malinterpretación de los cambios físicos que en las respuestas fisiológicas reales.

En suma, existe respaldo empírico suficientemente sistemático derivado de experimentos de auto-informe y provocación biológica que confirma que el trastorno de angustia se caracteriza por el aumento de sensibilidad o sesgo perceptual a las sensaciones físicas, incluso aunque éstas no hayan aumentado la reactividad fisiológica (Ehlers, 1995). Con todo, los resultados relativos a una mayor preci-

sión perceptual de las señales interoceptivas (p. ej., aumento de la conciencia cardíaca) siguen siendo inciertos. Además, es evidente que los factores contextuales afectan a la respuesta ante las sensaciones físicas y su interpretación. Cuando las sensaciones corporales se producen en situaciones inesperadas o ansiosas, los individuos con trastorno de angustia suelen mostrarse más vigilantes y responsivos a los cambios en su estado físico o mental.

Hipótesis 2. Vulnerabilidad esquemática

Los individuos propensos a la angustia ratificarán más creencias sobre la peligrosidad de sensaciones fisiológicas y mentales específicas que los grupos de comparación sin angustia.

Roth, Wilhelm y Pettit (2005), en su revisión crítica de la perspectiva cognitiva relativa al trastorno de angustia señalaban que si los individuos con trastorno de angustia no mostraban “creencias catastróficas” persistentes en ausencia de crisis de angustia, este hecho sería problemático para la teoría. Según la hipótesis de la vulnerabilidad esquemática, de los individuos con trastorno de angustia se espera que muestren una afiliación más firme a pensamientos, presunciones y creencias que reflejan la activación de esquemas fisiológicos de amenaza que los individuos sin trastorno de angustia, incluso en ausencia de una crisis. Desafortunadamente, es muy escasa la investigación destinada específicamente a las creencias en el trastorno de angustia. Khawaja y Oei (1992) elaboraron un cuestionario de cogniciones catastróficas de 50 ítems para evaluar las malinterpretaciones de peligrosidad de estados físicos, emocionales y mentales específicos pero la medida no logró diferenciar la angustia de otros trastornos de ansiedad (Khawaja, Oei & Baglioni, 1994). Greenberg (1989) elaboró el Cuestionario de Creencias de Angustia (PQB, *Panic Belief Questionnaire*), con 42 ítems para evaluar el nivel de adherencia a las creencias maladaptativas relacionadas con la angustia. El PBQ ha mostrado una correlación moderada con el ASI ($r = .55$) y los pacientes con trastorno de angustia presentaban puntuaciones superiores en la puntuación total que el grupo de fobia social, aunque la diferencia no era estadísticamente significativa (Ball, Otto, Pollack,

Uccello & Rosenbaum, 1995). Recientemente, Wenzel et al. (2006) señalaban que la subescala de Catástrofes Físicas del PBQ presentaba correlaciones más firmes con otros cuestionarios de síntomas de angustia y que las puntuaciones en esta medida se reducían significativamente con el tratamiento. La inspección del contenido de los ítems del PBQ indica que sólo siete ítems (17%) se correspondían con creencias relativas a los síntomas físicos. Por consiguiente, en el momento actual no disponemos de una medida de auto-informe que evalúe específicamente los esquemas persistentes de amenaza fisiológica y mental propuestos por el modelo cognitivo.

En la actualidad las pruebas de auto-informe más robustas relativas a la hipótesis sobre los esquemas de vulnerabilidad se derivan de la investigación sobre la sensibilidad a la ansiedad (véanse comentarios en el Capítulo 4). Incluso aunque el ASI no sea, *per se*, una medida de creencias sí evalúa una tendencia persistente a interpretar de manera amenazante las sensaciones físicas, que es relevante con la naturaleza de los esquemas de amenaza fisiológica preexistentes. Las pruebas relativas a que los individuos con trastorno de angustia presentan puntuaciones significativamente superiores que los restantes grupos de ansiedad, especialmente en la subescala ASI de Preocupaciones Físicas y que las altas puntuaciones ASI predicen la respuesta a los experimentos de provocación biológica así como al desarrollo de las crisis de angustia, son completamente coherentes con la hipótesis de vulnerabilidad a los esquemas del trastorno de angustia. Sin embargo, el mismo tipo de investigación que ha sido realizado sobre el ASI debe ampliarse a una medida de creencias específicas para la angustia, como el PBQ, para poder determinar si los esquemas de amenaza fisiológica y mental desempeñan una función crítica en el desarrollo del trastorno de angustia.

Si las creencias sobre la naturaleza amenazante de los estados internos fueran estructuras cognitivas preexistentes, entonces los individuos propensos al trastorno de angustia deberían evidenciar un procesamiento sesgado de la información relevante a la angustia, incluso en estados sin ansiedad y sin angustia. De hecho, existe un amplio cuerpo de investigación sobre el procesamiento de información que es coherente con la activación de esquemas de amenaza

fisiológica o mental en el trastorno de angustia. Los experimentos que recurrían a la tarea de Stroop emocional han demostrado que en comparación con los grupos control no-clínicos, los individuos con trastorno de angustia muestran una interferencia de denominación del color específica para las palabras relativas a la amenaza o catástrofe física (Hayward et al., 1994; McNally et al., 1994; Teachman, Smith-Janik & Saporito, 2007) incluso con índices de presentación subliminal (Lim & Kim, 2005; Lundh et al., 1999). Sin embargo, algunos estudios han hallado que el efecto de interferencia en la angustia es evidente para todas las palabras de amenaza en general (Ehlers, Margraf, Davies & Roth, 1988; Lundh et al., 1999; McNally, Kaspi, Riemann & Zeitlin, 1990) o incluso todas las palabras con valencia emocional (Lim & Kim, 2005; McNally et al., 1992). Algunos pocos estudios no han hallado interferencia específica en la tarea de denominación del color para las palabras de amenaza física en el trastorno de angustia (Kampman, Keijsers, Verbraak, Näring & Hoogduin, 2002; McNally et al., 1992). A pesar de esto, los hallazgos generales derivados de los experimentos de Stroop emocional son coherentes con la presencia de esquemas prepotentes de amenaza fisiológica y mental en el trastorno de angustia.

También existen pruebas favorables a la existencia de un sesgo de interpretación de los estímulos internos en el trastorno de angustia. Harvey et al. (1993) comprobaron que los pacientes con trastorno de angustia seleccionaban más explicaciones amenazantes ante escenarios interoceptivos ambiguos que quienes presentaban fobia social, aunque no había diferencias estadísticas significativas entre los grupos en el modo en que elaboraban las interpretaciones de amenaza. En un experimento de sesgo de covariación Wiedemann, Pauli y Dengler (2001) hallaron que los individuos con trastorno de angustia, aunque no así los controles sanos, sobrestimaban la asociación entre las imágenes de salas de urgencias (es decir, estímulos relevantes a la angustia) y una consecuencia negativa (es decir, descarga inocua en el antebrazo). Sin embargo, este hallazgo no fue replicado en un estudio posterior (Amrhein, Pauli, Dengler & Wiedemann, 2005), aunque se hallaran evidencias electrofisiológicas de un sesgo de covariación en el trastorno de angustia. Coles y Heimberg (2002), en su revisión concluían que el trastorno de angustia se caracterizaba por

un sesgo de memoria explícita pero no implícita para la información amenazante, especialmente cuando se fomentaba el procesamiento profundo durante la fase de procesamiento. Además, el sesgo de memoria explícita podía ser especialmente pronunciado con información sobre amenaza física (Becker et al., 1994; Clitre et al., 1994; Pauli, Dengler & Wiedermann, 2005), aunque otros autores no han logrado encontrar el sesgo específico de memoria (Baños et al., 2001; Kim & Lim, 2005). Por último, Teachman et al. (2007) hallaron que los individuos con trastorno de angustia producían tiempos de respuesta más rápidos ante asociaciones auto-evaluadoras relevantes a la angustia en una prueba de Asociación Implícita, lo que refleja el procesamiento involuntario de estímulos congruentes con los esquemas subyacentes de amenaza.

En general, en la literatura relativa al procesamiento de información existen muchas pruebas empíricas que respaldan la hipótesis de la vulnerabilidad esquemática. Los hallazgos de un sesgo de procesamiento automático de la amenaza en estados de no-angustia son coherentes con nuestra propuesta de una organización esquemática persistente de amenaza en el trastorno de angustia. Sin embargo, aún no se sabe a ciencia cierta si el contenido esquemático en el trastorno de angustia es muy específico para las sensaciones fisiológicas y mentales o para temas que reflejen más una amenaza general, y si la activación de estos esquemas es responsable de la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales. Estamos en espera de que se elabore un cuestionario más específico sobre las creencias en la angustia que pueda poner a prueba la validez predictiva de la hipótesis de vulnerabilidad esquemática en diseños de investigación prospectiva.

Hipótesis 3. Malinterpretación catastrófica

Las crisis de angustia se caracterizan por la malinterpretación de las sensaciones corporales y mentales como indicativas de una catástrofe física, mental o social inminente. La producción de malinterpretaciones catastróficas aumentará los síntomas de angustia en los individuos con trastorno de angustia, mientras que la corrección de la malinterpretación impedirá las crisis de angustia (véase D. M. Clark, 1996).

En el transcurso de los años varias revisiones realizadas de la literatura relevante han concluido que son muchos los datos favorables a que los individuos con trastorno de angustia son significativamente más propensos que los grupos de comparación sin angustia a malinterpretar las sensaciones corporales en términos de un peligro o amenaza grave inminente (para revisiones, véanse Austin & Richards, 2001; Casey et al., 2004; Khawaja & Oei, 1998). Además, existen muchas pruebas empíricas relativas a que el trastorno de angustia se caracteriza por las puntuaciones elevadas en la subescala de Miedo a las Sensaciones Físicas del ASI, un hallazgo previsto por la hipótesis de la malinterpretación catastrófica (p. ej., Deacon & Abramowitz, 2006a; Rector et al., 2007; Taylor, Zvolensky et al., 2007; véanse también comentarios relativos a la sensibilidad a la ansiedad del Capítulo 4). Y sin embargo, se han expresado puntos de vista disidentes según los cuales cierto número de aspectos claves de la hipótesis de la malinterpretación catastrófica siguen siendo objeto de duda (McNally, 1994; Roth et al., 2005). Existen tres tipos de investigación que ponen a prueba la hipótesis de la malinterpretación catastrófica: las medidas de auto-informe sobre las cogniciones catastróficas, los estudios clínicos sobre la relación entre las malinterpretaciones de las sensaciones corporales y la consiguiente sintomatología de la angustia y las pruebas de la mediación cognitiva en los experimentos de desafío biológico.

Varios estudios clínicos indican que la mayoría de los individuos con trastorno de angustia manifiestan pensamientos o imágenes de catástrofe física o mental en respuesta a estímulos internos durante los episodios de angustia (p. ej., Argyle, 1988; Beck et al., 1974; Ottaviani & Beck, 1987). El Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (ACQ, *Agoraphobic Cognitions Questionnaire*) evalúa la frecuencia de los pensamientos maladaptativos sobre las consecuencias catastróficas (p. ej., desmayos, ahogos, infarto, pérdida de control) mientras se siente angustia (Chambless, Caputo, Bright & Gallagher, 1984). Los individuos con trastorno de angustia muestran puntuaciones significativamente más altas que los depresivos y que otros grupos de trastornos de ansiedad en las Preocupaciones Físicas del ACQ pero no en el factor de Consecuencias Sociales/Conductuales (Chambless & Gracely, 1989).

D.M. Clark et al. (1997) desarrollaron un Cuestionario de Interpretación de Sensaciones Corporales (BBSIQ, *Body Sensations Interpretation Questionnaire*) para evaluar los índices de aceptación y creencia de las explicaciones amenazantes, positivas o neutras frente a explicaciones relativas a sensaciones corporales de angustia y a acontecimientos externos (ítems de control). Los análisis revelaban que los pacientes con angustia valoraban las interpretaciones negativas de las sensaciones corporales de angustia como significativamente más probables y confiaban más en la explicación negativa que los grupos con TAG, fobia social o grupo control. Adicionalmente, el BBSIQ correlacionaba en un .49 con la subescala de Preocupaciones Físicas del ACQ (para hallazgos similares, véanse Austin, Richards & Klein, 2006; Teachman et al., 2007). Sin embargo, Austin et al. (2006) observaron que los pacientes con angustia rara vez realizaban una subsiguiente interpretación relacionada con el daño a su interpretación inicial relacionada con la ansiedad (p. ej., “Estoy sufriendo un infarto”). Los estudios que examinaron las interpretaciones a los escenarios ambiguos también hallaron pruebas de un sesgo de interpretación para las sensaciones físicas en los trastornos de angustia en comparación con los controles no-clínicos (Kamieniecki et al., 1997; McNally & Foa, 1987; véase también Uren et al., 2004), aunque parece que los individuos con trastorno de angustia generaban más interpretaciones de ansiedad tanto para las amenazas internas como para las externas. En general, los estudios de auto-informe han defendido la hipótesis de la malinterpretación catastrófica de las sensaciones corporales, aunque la mayoría observara que el sesgo de interpretación no era específico solamente de las sensaciones internas y que las interpretaciones de ansiedad (es decir, la expectativa de sentir más ansiedad) son mucho más comunes que las catástrofes realmente relacionadas con el daño (es decir, valoraciones de morir por asfixia o por infarto).

Unos pocos estudios han investigado la presencia de malinterpretaciones catastróficas en muestras de pacientes con trastorno de angustia que han sido expuestos a las situaciones temidas. La aparición de crisis de angustia conduce a una mayor expectativa del miedo subsiguiente o al incremento de la ansiedad anticipatoria, lo que aumenta la probabilidad de que los individuos consideren sus sínto-

mas de ansiedad como altamente amenazantes (es decir, Rachman & Levitt, 1985). Además, cuando se produce la angustia durante la exposición a una situación temida, los individuos con trastorno de angustia experimentan más sensaciones corporales y más cogniciones catastróficas que durante los ensayos de exposición de no-angustia, aunque el 27% ($n = 8/30$) de los episodios de angustia no se asociaban con cogniciones temidas (Rachman, Lopatka & Levitt, 1988). En un análisis adicional de estos datos, Rachman, Levitt y Lopatka (1987) hallaron que los individuos con trastorno de angustia eran cuatro veces más tendentes a sufrir una crisis de angustia cuando la sensación corporal iba acompañada por cogniciones catastróficas. Street et al. (1989) también observaron un alto índice de pensamiento catastrófico cuando los individuos registraban sus tres siguientes crisis de angustia, especialmente cuando las crisis eran esperadas. Además, había muchas correlaciones moderadas entre las cogniciones molestas esperadas y sus correspondientes sensaciones físicas (véase Rachman et al., 1987, para hallazgos similares).

Kenardy y Taylor (1999) hicieron que 10 mujeres con trastorno de angustia usaran un diario digital para auto-monitorear la aparición de las crisis de angustia durante un período de 7 días. Los análisis revelaron que los individuos exageraban en sus previsiones de las crisis de angustia; en el 70% de los casos la expectativa de una crisis nunca se materializó. En este mismo orden, las cogniciones catastróficas y los síntomas somáticos eran comunes antes de las crisis esperadas pero no así de las inesperadas, indicando que los pensamientos catastróficos se asociaban con la predicción o expectación de la crisis de angustia más que con su aparición real. Por último, un pequeño estudio piloto comprobó que 3.25 horas de exposición a evidencias que desmentían la creencia generaban una mejoría significativamente mayor en la frecuencia y creencia de las cogniciones agorafóbicas así como en las medidas de síntomas, que el grupo que sólo recibía entrenamiento en habituación a la exposición (Salkovskis, Hackmann, Wells, Gelder & Clark, 2006). Esto sugiere que las reducciones en las interpretaciones catastróficas conducen a una mejoría en los síntomas de ansiedad y pánico. En general, los estudios respaldan la hipótesis de la malinterpretación catastrófica con dos salvedades. La primera es que Rachman et al. (1987) encontraron un pequeño núme-

ro de “crisis de angustia no-cognitivas” que son difíciles de explicar desde la perspectiva de la malinterpretación catastrófica. Y la segunda, que algunas de las combinaciones esperadas de sensaciones corporales y cogniciones catastróficas no fueron encontradas, como por ejemplo que las palpitaciones, miedo al infarto y varias combinaciones de síntomas llevaran a la misma cognición catastrófica.

Las pruebas más firmes favorables a la hipótesis de la malinterpretación catastrófica se derivan de los experimentos que recurren a la inducción de la angustia mediante los desafíos biológicos (p.ej, infusión de lactato, aire enriquecido con CO₂, hiperventilación o ejercicio físico). Existen pruebas suficientes que confirman que alguna forma de mediación cognitiva es un factor crítico que influye sobre la frecuencia de la inducción de la angustia y el aumento de la ansiedad producida por estos experimentos de desafío biológico (D.M. Clark, 1993). A fin de separar los efectos de la inducción y las cogniciones individuales, los participantes suelen ser asignados al azar a recibir instrucciones para esperar que la inducción genere reacciones desagradables o que la inducción sea una experiencia agradable o benigna. Los hallazgos derivados de estos estudios indican que el tipo de información ofrecida, las expectativas, el control percibido y la presencia de señales de seguridad influyen sobre la ansiedad y activación ante la inducción a la que se somete al individuo (Khawaja & Oei, 1998). Por ejemplo, en un estudio con individuos sanos que recibieron lactato de sodio y placebo durante dos días distintos, sólo quienes recibieron la infusión de lactato e instrucciones ansiosas experimentaron un aumento significativo de la ansiedad (van der Molen, van den Hout, Vroemen, Lousberg & Griez, 1986).

Con los años, una cantidad considerable de estudios han demostrado que los individuos con trastorno de angustia muestran mayor reactividad al dióxido de carbono inhalado (CO₂) que otros grupos de trastornos de ansiedad y que los controles sanos, experimentando sensaciones corporales más intensas y mayor probabilidad de síntomas de angustia y ansiedad elevada como se indica en las medidas subjetivas, incluso aunque haya escasas diferencias en el funcionamiento fisiológico (p. ej., Perna, Barbini, Cocchi, Bertani & Gasperini, 1995; Perna et al., 2004; Rapee et al., 1992; Verbung, Griez, Meijer &

Pols, 1995). En este mismo orden, los individuos con trastorno de angustia manifiestan que los síntomas producidos por la inhalación de CO₂ son similares a las crisis de angustia de la vida real (Fyer et al., 1987; van den Hout & Griez, 1984; véase revisión de Rapee, 1995a). Parece que la respuesta afectiva a la inhalación de CO₂ puede tener una importancia etiológica. En un estudio de seguimiento de 2 años, Schmidt, Maner y Zvolensky (2007) hallaron que la reactividad al CO₂ precedía al posterior desarrollo de crisis de angustia. Sin embargo, existen diferencias individuales entre los individuos con trastorno de angustia en su respuesta a la inhalación de CO₂; de los cuales un 55-80% revela una crisis de angustia (Perna et al., 1995, 2004; Rapee et al., 1992). Rapee (1995a) señalaba que los individuos que respondían al desafío biológico eran más tendentes a experimentar síntomas que son similares a sus síntomas de angustia de la vida real y a revelar pensamientos de catástrofe inminente. Este autor concluía que los individuos mostrarían una mayor respuesta afectiva ante los desafíos biológicos si asociaban una catástrofe (amenaza) física o mental inmediata inminente con las sensaciones inducidas y percibieran un control reducido sobre la experiencia aversiva (p. ej., Rapee et al., 1992; Sanderson, Rapee & Barlow, 1989). En concordancia con esta conclusión, Rapee et al. (1992) hallaban que el único predictor significativo del miedo asociado con la hiperventilación y la inhalación de CO₂ era la puntuación total del ASI (véase también Rassovsky et al., 2000). En general estas observaciones son completamente coherentes con la hipótesis de la malinterpretación catastrófica.

Confirmación adicional de la hipótesis se ha alcanzado a partir de los estudios recientes que han investigado el procesamiento de información de estímulos físicos y la inducción de síntomas físicos. Recurriendo a un experimento modificado de impronta semántica, Schneider y Schulte (2007) hallaron que los individuos con trastorno de angustia mostraban un efecto de impronta automática (pero no estratégica) significativamente superior que los controles no-clínicos para las claves de síntomas de ansiedad ideográficamente seleccionadas, seguidas por interpretaciones catastróficas. Los autores interpretaban este efecto automático de impronta como la consecuencia de firmes asociaciones ideográficas producidas por la relación de los pensamientos catastróficos ante síntomas corporales durante las cri-

sis de angustia. Más específicamente, existen pruebas de que la imposición de una carga respiratoria influye sobre el sesgo de procesamiento de palabras físicas negativas en personas con miedo a la asfixia (Kroeze et al., 2005; véase también Nay, Thorpe, Robertson-Nay, Hecker & Sigmon, 2004).

En resumen, es firme el respaldo empírico que recibe la hipótesis relativa a la malinterpretación catastrófica (véase Austin & Richards, 2001; Khawaja & Oei, 1998; Casey et al., 2004; Rapee, 1995a). Se ha comprobado en repetidos estudios de auto-informe, experimentales y clínicos que la malinterpretación de las sensaciones físicas y mentales como señal de amenaza inminente y su presencia influyen sobre la intensidad de los síntomas de angustia. Sin embargo, siguen existiendo algunos problemas por resolver. En primer lugar, existen pruebas de que las malinterpretaciones catastróficas de sensaciones corporales pueden ser innecesarias para experimentar una crisis de angustia, un hallazgo que cuestiona directamente uno de los principales dogmas del modelo de cognición catastrófica de D.M. Clark (1988). (Para una ampliación de esta crítica, véase Hofman, 2004a; McNally, 1994; Rachman, 2004; Roth et al., 2005). En segundo lugar, hay pruebas suficientes de que las malinterpretaciones catastróficas, por sí mismas, no son suficientes para producir la angustia. Rapee (1995a) ha defendido que la incontrolabilidad percibida es una variable cognitiva importante en los síntomas de angustia y Casey et al. (2004) han propuesto un modelo integrado en el que la aparición continuada de la angustia está influenciada por las malinterpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales y de la auto-eficacia ante la angustia (es decir, cogniciones positivas que subrayan el control o el afrontamiento). Nosotros defenderíamos que se requiere un modelo cognitivo más global de la angustia (véase Figura 8.1) en el que la extensión de la disociación entre la malinterpretación catastrófica y una interpretación más realista y benigna de las sensaciones corporales determinarán la aparición de las crisis de angustia (Beck, 1988). En otras palabras, la persistencia de los síntomas de angustia puede depender no sólo de que se produzcan las malinterpretaciones catastróficas sino también de la incapacidad para auto-corregirlas con una explicación más realista de los cambios físicos en el estadio elaborativo.

Deben mencionarse también dos críticas adicionales al modelo de la malinterpretación catastrófica. Por una parte se ha demostrado difícil definir el significado de “catástrofe”. Si se adopta una definición limitada, que defina la catástrofe como un “daño físico o psicológico inminente” (p. ej., infarto, desmayo, asfixia), estos tipos de interpretaciones son relativamente infrecuentes en el trastorno de angustia. Por el contrario, la gran mayoría de las interpretaciones de amenaza asociadas con síntomas físicos se refiere al “miedo a perder el control” o “miedo a una crisis de angustia inminente” o incluso alguna amenaza social como avergonzarse frente a los demás (Austin & Richards, 2001). Austin y Richards sugieren que deberían considerarse como “catástrofes” muchos otros resultados posibles. Por último, se requiere investigación adicional sobre los vínculos causales entre las sensaciones corporales, las cogniciones catastróficas y los síntomas de angustia. Rachman (2004) ha defendido que es difícil determinar si las cogniciones catastróficas son la causa, la consecuencia o un mero correlato de la angustia, aunque los experimentos de desafío biológico han sido de gran ayuda a este respecto.

Hipótesis 4. Amplificación interoceptiva

La producción de una malinterpretación catastrófica de las señales internas elevará la intensidad de las sensaciones temidas en los estados de angustia pero no en los estados sin angustia

Según el modelo cognitivo, se produce un circuito de feedback positivo donde las malinterpretaciones catastróficas automáticas de las sensaciones corporales contribuyen directamente a la intensificación adicional de los cambios físicos y mentales que se encontraban en la fuente inicial de la activación de los esquemas de amenaza. La escalada en las sensaciones temidas acelerará la activación continuada de los esquemas fisiológicos de amenaza, garantizando que el individuo con trastorno de angustia acabe fijado a la malinterpretación catastrófica (Beck, 1988).

Son pocos los estudios que han profundizado en esta hipótesis. Las pruebas relativas a la moderada correlación positiva entre las cogniciones catastróficas y su correspondiente sensación corporal

(es decir, miedo a la asfixia por falta de aire) son coherentes con la hipótesis de la amplificación interoceptiva (p. ej., Rachman et al., 1987; Street et al., 1989). D.M. Clark et al. (1988) se refieren a un estudio dirigido en su laboratorio en el que los pacientes con angustia, pero no así los pacientes recuperados ni los controles sanos, experimentaban una crisis de angustia tras leer pares de palabras asociadas que consistían en sensaciones corporales y catástrofes (p. ej., palpitaciones-muerte; náusea-aturdimiento). En su estudio de monitoreo cardíaco del trastorno de angustia, Pauli et al. (1991) hallaron que la ansiedad eliciteda por las percepciones cardíacas producía un aumento del ritmo cardíaco en los pacientes durante el período inmediatamente posterior a la percepción. En otro estudio con una muestra de pacientes con trastorno de angustia, las puntuaciones de las subescalas físicas del ASI predecían el miedo subjetivo durante un desafío mediante hiperventilación (Brown et al., 2003). Aunque estos estudios sólo ofrezcan confirmación indirecta, existen pruebas suficientes para animar a los investigadores a seguir profundizando sobre el hecho de que las sensaciones corporales se experimentan con más intensidad tras las malinterpretaciones catastróficas.

Hipótesis 5. Disociación

Los individuos con trastorno de angustia mostrarán cierta reducción en su capacidad para emplear el pensamiento reflexivo de orden superior con el fin de generar interpretaciones más realistas y benignas de sus sensaciones internas temidas en comparación con los individuos que no sufren angustia.

Una diferencia crítica entre el modelo de malinterpretación catastrófica de la angustia y el modelo cognitivo de la angustia propuesto por Beck (1988) es la función central que desempeña la disociación del pensamiento reflexivo de orden superior en la patogénesis del brote de ansiedad. Beck afirmaba: “El siguiente estado que es crucial para la experiencia de la angustia, en comparación con la angustia severa simple, es la pérdida de la capacidad para valorar los síntomas con realismo, pérdida que está asociada a la fijación en los síntomas” (1988, p. 94). Por consiguiente, las crisis de angustia se

producen porque el individuo con trastorno de angustia es incapaz de restablecer una explicación más realista de las sensaciones que contrarresten la malinterpretación catastrófica. Desafortunadamente este aspecto del modelo cognitivo ha despertado muy poco interés entre los investigadores, porque la mayor parte de la atención se ha dirigido a la función de las malinterpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales.

En un estudio de cuestionarios que comparaba a individuos con trastorno de angustia y a grupos no-clínicos, Kamieniecki et al., (1997) observaron que los individuos con trastorno de angustia efectuaban significativamente más interpretaciones ansiosas de los escenarios internos ambiguos que no iban seguidos de explicaciones alternativas benignas para las intensas sensaciones físicas descritas en el escenario. Los autores concluían que los pacientes con trastorno de angustia eran incapaces de reinterpretar su estado físico de un modo inocuo. Wenzel et al. (2005) mencionaban que los individuos satisfactoriamente tratados para su trastorno de angustia presentaban puntuaciones superiores en los ítems que reflejaban la capacidad para razonar sobre sus pensamientos y síntomas ansiosos y para evaluarlos de un modo más realista que los individuos que seguían experimentando dificultades con la angustia. Existen también pruebas según las cuales el hecho de proporcionar una explicación más benigna para las sensaciones físicas experimentalmente inducidas o disponer de información de seguridad reduce la ansiedad y aumenta la sensación de seguridad (Rachman & Levitt, 1985; Rachman, Levitt & Lopatka, 1988; Schmidt, Richey, Wollaway-Bickel & Maner, 2006). Si el sentimiento de seguridad es un factor crítico en la aparición o finalización del episodio de angustia (Lohr, Olatunji & Sawchuk, 2007; Rapee, 1995a), entonces la producción de una interpretación correctiva para la activación física podría ser un factor importante para engendrar sentimientos de seguridad. La incapacidad para autocorregir las malinterpretaciones catastróficas sería un obstáculo serio para alcanzar sentimientos de seguridad. Como mínimo, estos hallazgos preliminares sugieren que la investigación sobre la disociación entre las valoraciones automáticas de amenaza física y las reinterpretaciones más realistas podría ser un área de estudio que proporcionaría resultados muy reveladores.

Hipótesis 6. Búsqueda de seguridad

La evitación y la conducta maladaptativa de búsqueda de seguridad intensificarán la ansiedad y los síntomas de angustia en los individuos con trastorno, pero no así en los individuos que no presenten el trastorno.

Como la *búsqueda de seguridad* es cualquier estrategia cognitiva o conductual que trata de impedir o minimizar un resultado temido, incluye la huida así como el resto de las formas de evitación (Salkovskis, 1988, 1996b). Cualquier estrategia cognitiva o conductual (p. ej., respirar controladamente, sentarse, ir acompañado de un amigo, distraerse) que subvierta el acceso a la información que desmienta la creencia catastrófica es considerada maladaptativa y contribuirá a la persistencia de los síntomas de angustia (D.M. Clark, 1999; Salkovskis, 1988). Lohr et al. (2007) sostienen que las señales de seguridad podrían reducir la experiencia inmediata de miedo pero que, a la postre, contribuirían al mantenimiento del miedo patológico.

Como se mencionaba anteriormente, existe un cuerpo amplio literatura científica que demuestra que la conducta de búsqueda de seguridad y evitación contribuyen a la persistencia de la ansiedad (véase Capítulo 3, Hipótesis 2 y 10). Schmidt et al. (2006), por ejemplo, hallaron que la provisión de señales de seguridad minaba la efectividad de la información de seguridad para la reducción de la ansiedad ante el desafío por inhalación de CO₂, mientras que otros estudios han observado un fuerte vínculo entre las conductas de seguridad y las interpretaciones catastróficas (p. ej., Salkovskis et al., 1996). Lundh et al. (1998) comprobaron que el sesgo de reconocimiento para los rostros seguros correlacionaba con la evitación de las situaciones de miedo, lo que sugiere la existencia de un vínculo fuerte entre la obtención de seguridad y la evitación. En un estudio naturalista de auto-monitoreo, Radomsky, Rachman y Hammond (2002) hallaron que los individuos con trastorno de angustia recurrían a múltiples estrategias de búsqueda de seguridad para acelerar el final de la crisis de angustia, siendo la más común de todas ellas el intento de tranquilizarse. Los individuos creían que estas estrategias ayuda-

ban a acabar con la angustia tal y como lo indicaba la reducción de las sensaciones corporales y las cogniciones de miedo. Incluso aunque los individuos creyeran que las conductas de búsqueda de seguridad les llevaban a sentir cierto grado de seguridad y reducían la probabilidad de otra crisis inmediata de angustia, Radomsky y sus colaboradores emplearon una prueba de desafío repetido de hiperventilación para mostrar que, de hecho, no había un período refractario seguro contra la angustia. Por lo tanto, los individuos pueden creer que la búsqueda de seguridad les ayuda a terminar con la crisis de angustia y a reducir la probabilidad de una recurrencia inmediata, incluso aunque el efecto profiláctico de la búsqueda de seguridad sea muy improbable.

En este mismo orden, existen pruebas de que la reducción en la búsqueda de seguridad puede tener efectos terapéuticos positivos sobre la ansiedad y las crisis de angustia (véase Salkovskis et al., 1999; Salkovskis et al., 2006). Rachman comprobó que la provisión de entrenamiento en señalización de seguridad aumentaba las predicciones de seguridad, reducía las expectativas de miedo e inhibía la angustia cuando los individuos estaban expuestos a las situaciones que temían (Rachman, Levitt, 1985; Rachman, Levitt & Lopatka, 1988b). De igual modo, Milosevic y Radomsky (2008) observaron que los individuos con miedo a las serpientes presentaban reducciones significativas en la ansiedad subjetiva y en las cogniciones de miedo, así como un aumento en la conducta de aproximación, con una sesión de exposición de 45 minutos tanto si se les permitía confiar en la conducta de seguridad durante la sesión de exposición como si no.

En resumen, la investigación sobre la conducta de búsqueda de seguridad nos indica que debe distinguirse entre la conducta de búsqueda de seguridad y los sentimientos de seguridad. Producir la sensación de seguridad parece ser importante para finalizar, y posiblemente inhibir, la angustia (Lohr et al., 2007; Rapee, 1995a). Sin embargo, existen modos sanos e insanos para alcanzar este estado de seguridad (Schmidt et al., 2006). Ayudar a los individuos con trastorno de angustia a confiar en creencias más firmes que las explicaciones de seguridad puede ser el enfoque más efectivo en el tras-

torno de angustia, mientras que la confianza en la conducta real de búsqueda de seguridad (p. ej., distracción, evitación) podría bloquear el acceso a las pruebas desconfirmantes y contribuir en la persistencia de los síntomas de angustia, aunque esta última conclusión requiera aún mucha investigación a la luz de hallazgos recientes según los cuales la conducta de seguridad podría no ser tan perjudicial como se ha pensado.

Evaluación cognitiva y formulación de caso

Diagnóstico y medidas de síntomas

La evaluación del trastorno de angustia debería comenzar por una entrevista diagnóstica estructurada como el SCID-IV –Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del DSM-IV– (First et al., 1997) o el ADIS-IV (Brown et al., 1994) dado que las crisis de angustia, *per se*, son altamente prevalentes en todos los trastornos de ansiedad. Se recomienda el ADIS-IV para el diagnóstico del trastorno de angustia porque se ha demostrado que dispone de un alto índice de fiabilidad inter-evaluadores para el trastorno ($K = .79$; Brown, Di Nardo & Barlow, 2001) y recoge mucha información sobre los síntomas de angustia. Además, distingue entre las crisis de angustia provocadas por señales situacionales y las inesperadas y, mediante este procedimiento se obtienen índices de gravedad de todos los síntomas del DSM-IV, tanto para las crisis plenas como para las crisis con síntomas limitados. Recoge también información sobre la amplitud de la preocupación relativa a las crisis futuras de angustia, a los estímulos provocadores situacionales, a la evitación, a la sensibilidad interoceptiva, a las señales de seguridad y al impacto negativo asociado con las crisis recurrentes de angustia. El módulo correspondiente a la agorafobia genera valoraciones relativas al grado de aprensión y evitación asociado con 20 situaciones comúnmente evitadas en la agorafobia.

También deberían administrarse varias pruebas de auto-informe de síntomas de angustia como parte de la evaluación cognitiva. En el Capítulo 5 hemos revisado las pruebas que confirman que el BAI

(Beck & Steer, 1990) evalúa los síntomas fisiológicos de la ansiedad (p. ej., Beck, Epstein et al., 1988; Hewitt & Norton, 1993), convirtiéndolo así en una prueba particularmente sensible para el trastorno de angustia. Leyfer, Ruberg y Woodruff-Borden (2006) calcularon que la medida de corte de 8 de puntuación total del BAI identificaría al 89% de los individuos con trastorno de angustia y excluiría al 97% sin trastorno de angustia. EL ASI es otra prueba altamente relevante para la angustia (véase Capítulo 4) dado que los individuos con trastorno de angustia puntúan significativamente más alto que los individuos con todos los restantes trastornos de ansiedad. A continuación se comentan brevemente cuatro pruebas de síntomas de angustia que pueden ser especialmente útiles para evaluar el trastorno de angustia.

Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas

El Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (ACQ, *Agoraphobic Cognitions Questionnaire*) es un cuestionario de auto-informe de 15 ítems que evalúa los pensamientos relativos a las consecuencias negativas o amenazantes (es decir, miedo al miedo) asociadas con los síntomas físicos de la ansiedad (Chambless et al., 1984). Los individuos con agorafobia presentan puntuaciones significativamente superiores a las de los restantes trastornos de ansiedad, especialmente en la subescala de preocupaciones físicas del ACQ (Chambless & Gracely, 1989), y el instrumento es sensible a los efectos del tratamiento (Chambless et al., 1984). Los individuos con crisis de angustia revelan puntuaciones ACQ superiores a los individuos sin crisis de angustia (Craske, Rachman & Tallman, 1986). La puntuación total media del ACQ para el trastorno de angustia es aproximadamente de 28, reduciéndose esta puntuación a 19 tras el tratamiento (p. ej., D.M. Clark et al., 1994).

Cuestionario de Sensaciones Corporales

El Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ, *Body Sensations Questionnaire*) consta de 17 ítems y también fue elaborado por Chambless et al. (1984) para evaluar la intensidad del miedo asocia-

do con los síntomas físicos de la activación (Antony, 2001a). El BSQ y el ACQ suelen administrarse juntamente y ambos han sido extensamente empleados en la literatura científica. Los individuos con agorafobia o trastorno de angustia presentan puntuaciones significativamente más altas en el BSQ (Chambless & Gracely, 1989), las muestras con trastorno de angustia ($M = 46.3$; $DS = 8.7$) presentan puntuaciones significativamente superiores a los controles sanos ($M = 28.4$; $DS = 6.5$) (p. ej., Kroeze & van den Hout, 2000b). El BSQ es también sensible a los efectos del tratamiento y las puntuaciones postratamiento se reducen dentro del intervalo normal (es decir, D.M. Clark et al., 1994). Para el terapeuta, el ACQ será útil en la evaluación de las valoraciones de amenaza exageradas de los síntomas físicos y el BSQ le servirá para evaluar el miedo a las sensaciones corporales relevantes a la angustia. Una copia de ambas pruebas puede encontrarse en Antony (2001a, Apéndice B).

Inventario de Movilidad para la Agorafobia

El Inventario de Movilidad para la Agorafobia (MI, *Mobility Inventory for Agoraphobia*) es un cuestionario de auto-informe que evalúa la gravedad de la evitación agorafóbica, la frecuencia de las crisis de angustia y el tamaño de la zona de seguridad (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely & Williams, 1985). El primer apartado del cuestionario presenta 26 situaciones frecuentemente evitadas en la agorafobia y los individuos valoran el grado de evitación de cada situación en una escala de 5 puntos (1 = “nunca evito”; 5 = “siempre evito”) cuando están solos y cuando están acompañados. A continuación rodean con un círculo las cinco situaciones que generan mayor cantidad de preocupación o incapacitación. La versión más reciente del MI pide también a los individuos que indiquen la frecuencia de las crisis de angustia durante los últimos 7 días, así como durante las últimas 3 semanas, y que valoren la gravedad de sus crisis de angustia en una escala de 5 puntos, donde 1 equivale a “muy leve” y 5 a “extremadamente grave” (véase Antony, 2001b). El MI modificado añade un cuarto apartado en el que los individuos describen la localización y el tamaño de su zona de seguridad. La mayor parte de los estudios relativos al MI se centran en el primer apartado

del cuestionario en el que se calculan dos puntuaciones, una puntuación de evitación acompañada y otra de evitación a solas.

Los individuos con agorafobia presentan puntuaciones significativamente superiores en ambas subescalas del MI, de evitación a solas y evitación acompañada, que los individuos con otros trastornos de ansiedad y los controles no-clínicos (Chambless et al., 1985; Craske et al., 1986) y la estructura factorial del MI mostraba mucha estabilidad durante un período de 5 años (Rodríguez, Pagano & Keller, 2007). Para el terapeuta el MI produce información muy valiosa sobre la naturaleza y amplitud de la evitación agorafóbica asociada con el trastorno de angustia. El MI original ha sido reproducido en el apéndice de Chambless et al. (1985) y el MI modificado puede encontrarse en Antony (2001b, Apéndice B).

Cuestionario Albany de Angustia y Fobia

El Cuestionario Albany de Angustia y Fobia (APPQ, *Albany Panic and Phobia Questionnaire*) es una prueba de 27 ítems que evalúa el nivel de miedo (escala de 0-8) asociado con las actividades físicas y sociales que producen sensaciones somáticas (Rapee, Craske & Barlow, 1994-1995). De él se derivan tres subescalas; Fobia Social (10 ítems), Agorafobia (9 ítems) e Interoceptiva (8 ítems). Aunque la estructura factorial de la APPQ ha sido comprobada, en contra de lo esperado la subescala APPQ de agorafobia tiene más relación con el miedo a la angustia que la subescala APPQ interoceptiva (Brown, White & Barlow, 2005). Hasta no disponer de más estudios sobre las propiedades psicométricas del APPQ, su uso sólo se recomienda para fines de investigación.

Pauta clínica 8.8

Una evaluación pretratamiento del trastorno de angustia debería incluir el ADIS-IV para la información diagnóstica así como el BAI, ASI, ACQ y BSQ para determinar la frecuencia e intensidad de los síntomas de angustia. El MI debería ser administrado cuando esté presente la agorafobia.

Conceptualización de caso

Aunque las medidas diagnósticas y sintomáticas son útiles para elaborar la conceptualización del caso, la evaluación ideográfica de las características cognitivas y conductuales claves de la angustia es esencial en el proceso de elaboración de la formulación del caso. En la Tabla 8.6 se presenta un resumen de los elementos fundamentales de una evaluación cognitiva y formulación de caso del trastorno de angustia.

Tabla 8.6. Elementos claves de la evaluación y formulación cognitiva de caso del trastorno de angustia

Constructo cognitivo evaluado	Instrumentos de evaluación
Contexto y frecuencia de la angustia	ADIS-IV, Registro semanal de angustia y ansiedad aguda (Apéndice 8.1), Formulario de análisis situacional (Apéndice 5.2).
Sensibilidad y vigilancia aumentadas para las sensaciones corporales/mentales	BSQ, Formulario de auto-monitoreo de sensaciones físicas (Apéndice 5.3), Formulario de auto-monitoreo de pensamientos aprensivos (Apéndice 5.4).
Creencias, aprensión e intolerancia a la ansiedad y al malestar	ASI, Identificación de errores comunes del pensamiento ansioso (Apéndice 5.6), Formulario A de auto-monitoreo de la preocupación (Apéndice 5.8).
Huida, evitación y otras estrategias cognitivas y conductuales de búsqueda de seguridad	MI, Listado de Respuestas Conductuales ante la Ansiedad (Apéndice 5.7), Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad (Apéndice 5.9), Jerarquía de exposición (Apéndice 7.1).
Accesibilidad a los esquemas de revaloración	Formulario de revaloración de síntomas (Apéndice 8.2), Registro semanal de angustia y ansiedad aguda (Apéndice 8.1).
Resultados de las crisis de angustia; sensación de seguridad y capacidad percibida de afrontamiento	Registro semanal de angustia y ansiedad aguda (Apéndice 8.1), Formulario de revaloración de síntomas (Apéndice 8.2), Formulario de Revaloración de la Ansiedad (Apéndice 5.10).

Nota. ADIS-IV, Guión de entrevista de trastornos de ansiedad para el DSM-IV; ASI, Índice de Sensibilidad a la Ansiedad; ACQ, Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas; BSQ, Cuestionario de Sensaciones Corporales; MI, Movilidad para la Agorafobia.

Registro semanal de la angustia

Uno de los instrumentos más importantes en cualquier evaluación de la angustia es la medición de los auto-informes diarios de las crisis de angustia, denominado *registro de angustia* (Shear & Maer, 1994). El registro de angustia debería presentarse al cliente en la primera sesión de contacto y éste debería utilizarlo semanalmente como tarea para casa durante todo el curso de la terapia. En el Apéndice 8.1 se presenta un registro semanal de angustia que ha sido adaptado a la terapia cognitiva comentada en este capítulo. Debidamente cumplimentado, el registro de angustia proporciona la mayor parte de la información básica necesaria para elaborar una formulación cognitiva del caso de angustia. El registro de angustia ofrece también información contextual crucial sobre las crisis de angustia, la expresión de sus síntomas, la interpretación ansiosa, el grado de capacidad de revaloración y los recursos de afrontamiento. Para maximizar su utilidad clínica, el terapeuta debería instruir al cliente sobre el modo de usar el registro de angustia; a continuación se presentan los puntos que dicha explicación debería cubrir:

1. Complete el registro tras sufrir la crisis de ansiedad o angustia, tan pronto como pueda, para garantizar una mayor precisión de las auto-observaciones.
2. Recoja una gama amplia de las experiencias de angustia, incluyendo las crisis plenas, las crisis parciales y los episodios de ansiedad aguda. En la columna Gravedad/Intensidad, clasifique cada episodio de ansiedad, crisis plena de angustia (es decir, aparición abrupta que conlleva cuatro o más síntomas físicos), crisis limitada de angustia (es decir, aparición abrupta que conlleva entre uno y tres síntomas físicos) o episodio de ansiedad aguda (es decir, aparición repentina de aprensión o nerviosismo).
3. La duración de la angustia (columna 1) se define como el transcurso del tiempo que dura la angustia en su punto de intensidad máxima (es decir, Brown et al., 1994).
4. En la segunda columna se señalan brevemente las circunstancias o contexto en el que se produjo la crisis de angustia o ansiedad. Conviene hacer hincapié especial en cualquier estí-

mulo interno o externo que haya podido provocar la angustia (p. ej., “Conduce su coche a solas y advierte que está respirando más profundamente de lo habitual”). Conviene indicar también si la crisis es esperada o inesperada.

5. Se describen brevemente los síntomas físicos y mentales que caracterizan a la crisis de angustia. Se indican especialmente los síntomas que hayan sido particularmente intensos o más molestos.
6. En la columna denominada “Interpretación Ansiosa”, se responde a la pregunta “¿Qué es lo que más le preocupaba durante la crisis?”, “¿Qué temía que pudiera ocurrir?”, “¿En el momento de máxima ansiedad, cuál fue la peor consecuencia o resultado que le atravesó la mente?” (p. ej., infarto, pérdida de control, vergüenza o humillación).
7. La sexta columna, denominada “Evidencias para la Alternativa” pregunta si el cliente ha sido capaz de encontrar alguna prueba o explicación alternativa para que la crisis de angustia fuera menos grave de lo pensado a primera vista. “¿Había algo relativo a la ansiedad o a la angustia que le hiciera pensar que no era una amenaza grave?” o “¿Recordó algo que le hiciera cuestionar la gravedad de la experiencia de ansiedad o angustia?”.
8. En la última columna se señala cómo ha concluido la crisis de angustia. “¿Hizo usted algo que acelerara el final de la crisis?”, “¿Qué grado de efectividad tuvo en provocar la finalización del episodio de ansiedad o angustia?”, “¿En qué medida se restableció la sensación de seguridad al concluir el episodio?”.

El módulo correspondiente al trastorno de angustia del ADIS-IV también puede ofrecernos información contextual y fenomenológica importante. El Formulario de Análisis Situacional (Apéndice 5.2) es una medida alternativa que también puede usarse para recoger datos relativos a los estímulos situacionales provocadores, síntomas primarios e interpretación ansiosa de la angustia. Tanto si se recurre a este formulario como al registro semanal de angustia, la obtención de una formulación válida del caso depende de la obtención en esta “evaluación en línea” de múltiples momentos de la angustia que se producen en contextos naturalistas. Los individuos

que se nieguen a cumplimentar el registro de angustia o que aporten información insuficiente perjudicarán al tratamiento.

Helen, cuyo caso ha sido presentado al comienzo del presente capítulo, describió entre una y dos crisis de angustia y episodios de ansiedad diarios en el registro semanal pretratamiento. Sólo una o dos de estas entradas fueron clasificadas como crisis plenas de angustia. Las restantes eran crisis sintomáticas limitadas o ansiedad aguda por los síntomas físicos asociados con un elevado grado de preocupación porque se produjera una crisis de angustia. Se identificaron multitud de situaciones que provocaban la ansiedad y la angustia incluyendo contextos públicos, pasar la noche fuera de casa, salir de la ciudad en coche y a solas, estar en lugares distantes de los servicios médicos, etc. Las pruebas relativas a la evitación agorafóbica entre leve y moderada indicaban que la exposición *in vivo* debería ser una estrategia clave de su plan de tratamiento.

Hipersensibilidad interoceptiva

Al evaluar la hipersensibilidad a las sensaciones corporales dos aspectos son importantes. ¿Cuál es la primera sensación mental o física experimentada en la secuencia de las sensaciones que conduce a la angustia? ¿Y, qué sensación física o mental constituye el foco de la malinterpretación catastrófica?

Aunque el BSQ pueda ser útil para evaluar la responsividad a las sensaciones corporales, los formularios de valoración ideográfica, como el Formulario de Auto-Monitoreo de Sensaciones Físicas (Apéndice, 5.3) o el Listado de Comprobación de Sensaciones Físicas (Apéndice 5.5), tendrán mayor utilidad clínica en combinación con el registro semanal de la angustia. El terapeuta cognitivo debería revisar con los clientes los formularios que han cumplimentado éstos, extrayendo del comentario el orden temporal de las sensaciones internas y la principal sensación que sea considerada como la más amenazante. Por ejemplo, una revisión de los registros de angustia de Helen reveló que la primera sensación que solía advertir durante el episodio de angustia era que su patrón respiratorio era algo irregular, lo que iba seguido por otras sensaciones como la tensión, la debilidad, la inquietud

tud y la inestabilidad o los mareos. Esto culminaba muy rápidamente en el síntoma físico que era el foco de su malinterpretación catastrófica y el ápice de su experiencia de angustia: sensación de ahogo o falta de aliento. Sobre la base de esta información incluimos en nuestro plan de tratamiento ejercicios de amplificación de síntomas a fin de aumentar la exposición de Helen a la sensación de ahogo o falta de aliento y decatastrofizar su interpretación de las sensaciones.

Malinterpretación catastrófica

Un apartado crítico de la evaluación cognitiva es identificar la malinterpretación catastrófica primaria de las sensaciones internas. El terapeuta trata de descubrir la catástrofe mental o física inminente e inmediata que subyace al episodio de angustia (p. ej., miedo al infarto, a la asfixia, a volverse loco). Muchas veces el miedo a la ansiedad y/o el temor a las crisis futuras de angustia sustituyen a la catástrofe futura en aquellos con un historial de crisis recurrentes de angustia. Para otros, el miedo a la angustia, la pérdida de control y la intolerancia a la ansiedad son características asociadas a la malinterpretación catastrófica. Aunque la malinterpretación catastrófica de Helen seguía siendo el miedo a asfixiarse, en sesiones posteriores expresó mayor ansiedad y aprensión a la posibilidad de que resurjan las crisis de angustia que a morir por asfixia. A comienzos del tratamiento es importante obtener una descripción completa de las diversas consecuencias negativas en las que piensa el cliente cuando está ansioso o angustiado. El plan de tratamiento de Helen requirió que nos centráramos tanto en sus malinterpretaciones catastróficas del dolor de pecho y de la falta de aliento (es decir, miedo a un infarto o a la asfixia) como en su aprensión sobre la angustia e intolerancia a la ansiedad.

Como se expresa en la Tabla 8.6, el ACQ puede aportar alguna indicación inicial sobre las malinterpretaciones que hace el paciente de los síntomas ansiosos. Sin embargo, los formularios de auto-monitoreo que instruyen a los clientes para recoger sus valoraciones relativas a los síntomas en el punto más alto de la ansiedad serán de gran ayuda. Entre tales formularios se incluyen el registro semanal de angustia, el Formulario de auto-monitoreo de sensaciones físicas (Apéndice 5.3) y Formulario de auto-monitoreo de pensamientos

aprensivos (Apéndice 5.4). En algunos casos puede ser necesario recurrir a algún ejercicio de inducción de la angustia durante la sesión para identificar el proceso erróneo de valoración del cliente. Éste puede ser el caso de los individuos con una capacidad limitada de insight sobre sus cogniciones ansiosas.

Aprensión e intolerancia a la ansiedad

Es importante identificar las falsas cogniciones y creencias del individuo ansioso sobre la ansiedad, angustia e incomodidad física en general. El ASI aportará alguna indicación de la tolerancia a la ansiedad que presenta el individuo, especialmente sus síntomas físicos. Las falsas creencias sobre la ansiedad también pueden ser deducidas de los tipos de errores cognitivos que cometen los individuos cuando están ansiosos (se puede usar la Identificación de errores comunes del pensamiento ansioso, Apéndice 5.6) y el centro de atención de sus preocupaciones (Formulario A de auto-monitoreo de la preocupación Apéndice 5.8). Los individuos con trastorno de angustia suelen preocuparse por sentir ansiedad y angustia, por lo tanto el contenido de su preocupación puede revelar sus creencias sobre la ansiedad y sus consecuencias. Helen respondió muy bien a la terapia cognitiva para la angustia pero seguía sosteniendo algunas creencias que garantizaban la recurrencia de estados de elevada ansiedad como “Si siento una molestia física inesperada, entonces algo debe ir mal”, “Tengo que manejar esta molestia, de lo contrario podría escalar hasta convertirse en ansiedad o angustia”, “No puedo aguantar la sensación de ansiedad, tengo que librarme de ella” y “Si no detengo la ansiedad, se convertirá en angustia”. Por ello, durante las últimas sesiones se cambió el foco de atención de las malinterpretaciones catastróficas a ejercicios de normalización que aumentarían su tolerancia a la ansiedad.

Evitación y búsqueda de seguridad

La evaluación cognitiva de la angustia también debe incluir una relación de todas las situaciones y estímulos, tanto internos como externos que el cliente evita por miedo a la ansiedad o angustia ele-

vadas. Para cada situación, el paciente debería valorar el grado de ansiedad asociada con la situación (0-100) y la amplitud de la evitación (0 = nunca evita y 100 = evita siempre). Además, el terapeuta cognitivo identifica todas las señales cognitivas y conductuales sutiles de seguridad que puedan usarse para reducir la ansiedad. A este fin, pueden ser útiles el Listado de Respuestas Conductuales ante la Ansiedad (Apéndice 5.7) y el Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad (Apéndice 5.9), asimismo el MI y la Jerarquía de Exposición (Apéndice 7.1) pueden usarse para examinar la conducta de evitación. Si el concepto de evitación se amplía hasta incluir los estados interoceptivos y experienciales (es decir, White et al., 2006), entonces el terapeuta debería adoptar una perspectiva amplia al describir el componente de evitación de la formulación del caso. Como se mencionaba anteriormente, Helen siguió haciendo uso de la evitación para manejar su ansiedad, por ello la exposición *in vivo* fue un componente crítico de su plan de tratamiento.

Capacidad de revaloración

En el modelo cognitivo actual del trastorno de angustia, la pérdida de la capacidad de revaloración es un factor importante en la persistencia de las crisis de angustia. Por lo tanto, es necesario evaluar la capacidad del individuo para generar explicaciones alternativas, no-amenazantes de sus sensaciones físicas. El Formulario de revaloración de síntomas (Apéndice 8.2) es útil para evaluar los componentes críticos de la capacidad de revaloración que podría estar presente antes del tratamiento. Para ello es necesario contemplar tres cuestiones:

1. ¿Es capaz el cliente de ofrecer varias explicaciones alternativas de no-amenaza para las sensaciones físicas?
2. ¿En qué medida confía en estas explicaciones cuando está ansioso o angustiado y cuando no está ansioso?
3. ¿Es el cliente capaz de recordar estas explicaciones cuando está ansioso y en caso afirmativo, qué efecto produce esto sobre su estado de ansiedad?

El registro semanal de angustia puede ser un punto de partida idóneo para comentar las posibles explicaciones alternativas de las sensaciones físicas ansiosas o desagradables. Incluso aunque un individuo sea incapaz de generar una explicación alternativa para la malinterpretación catastrófica, ésta será una información clínica muy útil para la planificación del tratamiento.

En nuestro caso ilustrativo, los pensamientos aprensivos iniciales de Helen tras advertir una sensación física inesperada eran “¿Qué va mal en mí?”, “¿Por qué me siento así?”. Inmediatamente generaba una malinterpretación catastrófica como “¿Puede ser un infarto?” (es decir, si sentía presión en el pecho), “¿Qué pasaría si no puedo tomar aire y comienzo a ahogarme?” (es decir, si experimentaba sensación de falta de aliento). Durante el pretratamiento era incapaz de generar dos explicaciones alternativas menos amenazantes para las sensaciones (p. ej., la sensación podría ser síntoma de ansiedad o estrés que llegado el momento se aliviará). Ocasionalmente podía atribuir los síntomas a la actividad física o a alguna enfermedad (p. ej., catarro, síntomas de gripe). Sin embargo, le costaba confiar en estas explicaciones alternativas o incluso ser capaz de acceder a ellas cuando sentía ansiedad intensa o angustia. Ella también generó intolerancia a la ansiedad, por ello tampoco la aliviaba interpretar las sensaciones como síntomas de ansiedad. En su evaluación era evidente que el fortalecimiento de la capacidad de revaloración debía ser un componente fundamental del tratamiento.

Resultado percibido de angustia

Un último componente de la conceptualización del caso es determinar el resultado “natural” de las crisis de angustia. Se espera que los individuos inicien conductas de huida, evitación y búsqueda de seguridad en un esfuerzo por controlar la ansiedad y la angustia. El terapeuta debería evaluar la efectividad percibida de dichas estrategias. ¿En qué medida es capaz el individuo de alcanzar la sensación de seguridad tras la aparición del episodio de ansiedad o angustia? ¿Cuánto tiempo se mantiene esta sensación de seguridad antes de que el paciente vuelva a preocuparse por la recurrencia de la angus-

tía? ¿Cuál es el grado de auto-eficacia del individuo sobre su capacidad para afrontar la angustia? La información sobre el resultado de la angustia puede obtenerse a partir del registro semanal de angustia y del Formulario de revaloración de síntomas (Apéndice 8.2) y del Formulario de Revaloración de la Ansiedad (Apéndice 5.10).

Helen logró un nivel razonablemente alto de seguridad tras sus episodios de ansiedad aguda y angustia pero éstos tendían a ser de una duración relativamente breve (p. ej., 12-24 horas). Entonces solía iniciar la búsqueda extensiva de confirmación de algún miembro de su familia y la búsqueda en Internet de información relativa a sus síntomas, así como la evitación de los estímulos provocadores percibidos. Creía que la evitación era bastante efectiva para frenar la ansiedad y para garantizar que no se convirtiera en angustia. La búsqueda de reconfirmación era considerada como moderadamente efectiva para la reducción de los estados de ansiedad derivados de las sensaciones físicas inexplicables. Helen confiaba también en la auto-confirmación, mediante la cual solía repetirse “Todo saldrá bien, no me ocurre nada malo”. Una vez más pensaba que esto la ayudaba a “calmarse” en cierta medida. Por consiguiente, el tratamiento debía contemplar las creencias que sostenía Helen en relación a la efectividad de sus estrategias de evitación y búsqueda de seguridad para garantizar la eliminación del afrontamiento maladaptativo que contribuía en la persistencia de la angustia.

Pauta clínica 8.9

La formulación cognitiva de un caso de angustia debería incluir un análisis contextual de las crisis de angustia así como la evaluación de (1) la hipervigilancia fisiológica, (2) la malinterpretación catastrófica de las sensaciones corporales, (3) la presencia de creencias maladaptativas sobre la tolerancia a la ansiedad, (4) la función de las estrategias de evitación y búsqueda de seguridad, (5) la accesibilidad a esquemas de revaloración y (6) el resultado percibido de los episodios de ansiedad y angustia. La formulación del caso será la base de la planificación e implementación del tratamiento de una intervención cognitiva individualizada.

Descripción de la terapia cognitiva para el trastorno de angustia

La terapia cognitiva para el trastorno de angustia conlleva cinco objetivos principales de tratamiento. Los dos primeros objetivos se corresponden con el procesamiento automático de la amenaza que se produce durante la respuesta inmediata de miedo (Fase I), mientras que los restantes objetivos se refieren a respuestas que se producen durante el procesamiento elaborativo (Fase II) (véase Figura 2.1). Los principales objetivos del tratamiento son:

- Reducir la sensibilidad o responsividad a las sensaciones físicas y mentales relevantes a la angustia.
- Debilitar la malinterpretación catastrófica y los esquemas hipervalentes subyacentes de amenaza de los estados corporales o mentales.
- Aumentar las capacidades de revaloración cognitiva que derivarán en la adopción de una explicación alternativa más benigna y realista de los síntomas molestos.
- Eliminar la evitación y otras conductas maladaptativas de búsqueda de seguridad.
- Aumentar la tolerancia a la ansiedad o a la incomodidad y restablecer la sensación de seguridad.

En la Tabla 8.7 se presentan los principales componentes del tratamiento de la terapia cognitiva empleados para alcanzar estos objetivos.

Tabla 8.7. Principales componentes de tratamiento de la terapia cognitiva para la angustia

Formación sobre el modelo de terapia cognitiva para la angustia
Activación esquemática e inducción de síntomas
Reestructuración cognitiva de la malinterpretación catastrófica
Puesta a prueba de hipótesis empíricas de explicación alternativa
Exposición gradual <i>in vivo</i>
Tolerancia a los síntomas y reinterpretación de la seguridad
Prevención de recaídas
Reentrenamiento (opcional) en respiración

Formar a los clientes sobre el modelo de terapia cognitiva para la angustia

La primera sesión de tratamiento se destina a formar al cliente en la explicación cognitiva para las crisis recurrentes de ansiedad. Si se ha seguido la estrategia de evaluación cognitiva, el terapeuta dispone ya de la mayor parte de la información crítica para formar al cliente: los estímulos situacionales provocadores, las sensaciones físicas angustiosas, las malinterpretaciones catastróficas y las respuestas maladaptativas de evitación/búsqueda de seguridad. Normalmente como los clientes han comenzado a cumplimentar el registro semanal de angustia (véase Apéndice 8.1), se puede seleccionar un episodio típico de angustia del registro. Mediante el cuestionamiento socrático, el terapeuta cognitivo explora la experiencia del cliente durante el episodio de angustia y su interpretación de los síntomas. El terapeuta y el cliente completan colaboradoramente el formulario del Círculo Vicioso de la Angustia (Apéndice 8.3). Es importante que el terapeuta recoja los pensamientos y sentimientos específicos asociados con el episodio de angustia y que se presente la explicación cognitiva como “una explicación posible de los orígenes de la angustia que debe ser demostrada”.

En esta fase inicial del tratamiento es poco probable que el cliente esté dispuesto a abandonar su malinterpretación catastrófica y se acoja a la explicación cognitiva. Por ello, el objetivo de la sesión educativa es presentar una explicación alternativa de la angustia que justifique el tratamiento. La sesión suele finalizar con la asignación de tareas para casa mediante las cuales los clientes continuarán con sus registros de angustia, pero esta vez examinarán si sus experiencias de ansiedad y angustia son o no coherentes con la explicación cognitiva.

En nuestro caso ilustrativo se completó el formulario del Círculo Vicioso de la Angustia (véase Apéndice 8.3) al inicio de la terapia cognitiva. Helen, a tenor de las anotaciones en el registro semanal de la angustia, identificó varios estímulos provocadores, entre los que se encontraban participar en una reunión de trabajo y ocupar el

asiento próximo al invitado de honor, no estar en la proximidad de un hospital, volar y conducir a solas a cierta distancia de su casa. Sus sensaciones físicas iniciales eran sensación de mareo, sensación de respiración irregular y sensación de presión inusual en el pecho. Esto solía ir seguido por algunas cogniciones ansiosas iniciales como “¿Qué me ocurre?”, “¿Por qué me siento así?”, “Algo no funciona bien”, “No me gusta esto”, “Empiezo a sentir ansiedad”, “Me siento atrapada”. Estos pensamientos ansiosos solían producir la escalada de algunas sensaciones físicas como las de asfixia o palpitaciones. Una vez que se producían estas intensas sensaciones físicas, Helen identificaba varias cogniciones catastróficas del tipo a “No estoy tomando suficiente aire, voy a morir asfixiada”, “¿Qué ocurriría si esto fuera un infarto?” o “Si no lo detengo voy a sufrir una crisis de angustia plena”. La malinterpretación catastrófica generaba varios esfuerzos de control como la huida, la búsqueda de confirmación de los demás, la respiración controlada o la distracción, que combinados entre sí, muchas veces, lograban reducir la intensidad de la ansiedad o las crisis de angustia. Tras completar el formulario del Círculo Vicioso de la Angustia, el terapeuta subrayó que las malinterpretaciones catastróficas y los esfuerzos maladaptativos de control eran los principales catalizadores de la angustia y no así la posibilidad real de alguna amenaza inminente (p. ej., posible infarto). Helen recibió una copia del formulario completo del Círculo Vicioso de la Angustia y le pidió que siguiera registrando sus experiencias de ansiedad y angustia durante la semana siguiente con énfasis particular en si el modelo cognitivo explicaba o no sus experiencias ansiosas.

Pauta clínica 8.10

Conviene recurrir al formulario del Círculo Vicioso de la Ansiedad (Apéndice 8.3) para comenzar a formar a los pacientes en el modelo cognitivo y para subrayar la función central de las malinterpretaciones catastróficas en la persistencia de la ansiedad.

Activación esquemática e inducción de síntomas

Una característica crítica de la terapia cognitiva para la angustia es el uso de los ejercicios durante la sesión para inducir las sensaciones físicas temidas por el cliente (Beck, 1988; Beck & Greenberg, 1988; D.M. Clark, 1997; D.M. Clark & Salkovskis, 1986). Cuando la terapia cognitiva para la angustia fue inicialmente desarrollada los pacientes siempre ejecutaban un ejercicio de hiperventilación de 2 minutos seguido por la instrucción de la respiración controlada con el fin de presentar la sobre-respiración como posible causa alternativa para la aparición de las intensas sensaciones físicas (D.M. Clark & Salkovskis, 1986). En la actualidad, sin embargo, se sabe que la hiperventilación desempeña probablemente una función menos prominente en la angustia, por ello, en la mayoría de los casos ya no se recomienda la respiración controlada (véanse comentarios en siguientes párrafos). Además, los terapeutas cognitivos son más propensos a recurrir a una variedad de ejercicios de inducción a lo largo de todo el tratamiento sobre la base de los efectos positivos de la exposición interoceptiva en la reducción de la angustia (véase White & Barlow, 2002).

Los ejercicios de inducción de síntomas son importantes en la terapia cognitiva para el trastorno de angustia porque permiten la activación directa de los esquemas de amenaza y la oportunidad de desafiar las malinterpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales. Normalmente la producción intencionada de síntomas como la inestabilidad, las palpitaciones, la falta de aliento y similares en presencia del terapeuta es menos intensa y mejor tolerada por el paciente que en la vida real. De este modo el cliente aprende que ciertas sensaciones físicas no siempre son atemorizantes, que las sensaciones físicas no necesariamente le llevan a un resultado catastrófico y que la exacerbación de las sensaciones indeseadas puede ser debida a otras causas más benignas. Con frecuencia la inducción de síntomas durante la sesión es la primera prueba experiencial directa que desafía la malinterpretación catastrófica. Tras el inicio de la inducción de síntomas, el terapeuta cognitivo revisa siempre la experiencia con los clientes en términos de si la experien-

cia confirma o desmiente la malinterpretación catastrófica de las sensaciones corporales. Los ejercicios de inducción de síntomas se introducen en la segunda o tercera sesión y se repiten a lo largo de todo el tratamiento. En algún momento la inducción de síntomas se asigna como tarea para casa, instruyendo a los clientes para que practiquen intencionadamente la producción de sus sensaciones físicas temidas, primero en situaciones neutrales y después en situaciones que provoquen ansiedad.

Antes de presentar la inducción de síntomas es importante determinar si el cliente presenta alguna contradicción médica para realizar los ejercicios. Evidentemente los clientes deben estar físicamente capacitados para realizar el ejercicio y dispuestos a resistir un nivel moderado de incomodidad. Previo al ejercicio de inducción debe ser contemplado también cualquier problema médico que pudiera desaconsejar su uso, si fuera posible, consultándolo con el médico de cabecera del paciente. Taylor (2006) menciona algunas condiciones en las que sería recomendable proceder con suma cautela durante los ejercicios de inducción (p. ej., lumbalgia, embarazo, hipotensión postural, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma grave o cardiopatía).

En la Tabla 8.8 se presenta una relación de los ejercicios de inducción de síntomas más habituales, las sensaciones físicas provocadas por el ejercicio y un ejemplo de una malinterpretación típica de la amenaza asociada al síntoma. Véase también Taylor (2000, 2006) y Antony, Rowa, Liss, Swallow y Swinson (2005) para encontrar un listado similar de ejercicios de exposición y de inducción de síntomas.

Como puede observarse en la tabla, la mayoría de los ejercicios son muy breves y deben ser repetidos frecuentemente en demostraciones que se realicen durante las sesiones y en tareas que se asignen para realizar en el intervalo entre sesiones. Antony et al. (2005) comprobaron que las sensaciones de falta de aliento/sofocos, inestabilidad o mareos y palpitaciones/taquicardias eran las sensaciones físicas más comunes provocadas por los ejercicios. Aunque dos tercios del grupo de trastorno de angustia de su estudio revelaron como mínimo un nivel moderado de miedo a uno o más de los ejercicios de

inducción de síntomas, la mayoría de los ejercicios sólo producían síntomas de baja intensidad, y entre todos los ejercicios, los más potentes eran los giros, la hiperventilación, respirar a través de una pajita y el uso de un depresor para la lengua. Otros ejercicios como alzar rápidamente la cabeza, mirar fijamente a un foco de luz, tensar los músculos, correr sin moverse del sitio o permanecer sentado al lado de una estufa, eran relativamente inefectivos.

Los dos ejercicios de inducción de síntomas que se usaron con Helen fueron, principalmente, la hiperventilación y el ejercicio de aguantar la respiración. Éstos fueron muy efectivos para su miedo a la asfixia. Al aguantar la respiración, se instruyó a Helen para que mantuviera el aire hasta que se viera absolutamente obligada a respirar, y fue una intervención particularmente efectiva que inicialmente fue probada durante la sesión y posteriormente asignada como tarea a realizar cada vez que sintiera ansiedad relativa a su respiración. Mientras aguantaba la respiración Helen desafiaba su punto de vista catastrófico “No puedo respirar” y exagerando la sensación de falta de aliento, el miedo provocado por esta misma sensación se debilitó. La intensa urgencia a tomar aire tras el período en el que aguanta la respiración, le ofreció una prueba poderosa de que “no respirar” era algo extremadamente difícil de hacer, incluso aunque se hiciera de forma intencionada. Su creencia patogénica “En un momento puedo dejar de respirar y morir” se debilitó al comprobar que disponía de una intensa urgencia fisiológica automática para respirar.

Pauta clínica 8.11

La inducción de síntomas durante la sesión es un ingrediente terapéutico fundamental para activar los esquemas relevantes a la angustia y desafiar directamente la malinterpretación catastrófica de las sensaciones físicas. Debe ofrecerse una explicación sólida para la inducción de síntomas. Los ejercicios se utilizan de forma repetida a lo largo del tratamiento y en algún momento se asignan como tareas para casa. Algunos ejercicios son más efectivos que otros para provocar las sensaciones físicas que son similares en alguna medida a las crisis de angustia que ocurren de forma natural.

Tabla 8.8. Ejercicios de inducción de síntomas frecuentemente usados en el tratamiento del trastorno de angustia

Ejercicio	Sensación física evocada	Ejemplo de malinterpretación de la amenaza
1. Hiperventilar durante 1 minuto	Sensación de falta de aliento, ahogo	"No puedo soportar esto; creo que voy a desmayarme si sigo así".
2. Aguantar la respiración durante 30 segundos	Sensación de falta de aliento, ahogo	"¿Qué ocurriría si no pudiera respirar con normalidad? Podría asfixiarme".
3. Respirar a través de una pajita durante 2 minutos	Sensación de falta de aliento, ahogo	"Necesito más aire o me voy a ahogar".
4. Estando en pie, girar alrededor de uno mismo a un ritmo medio durante 1 minuto	Inestabilidad o mareo	"Si me permito sentir náusea, podría vomitar".
5. Mantener durante 30 segundos la cabeza entre las rodillas y después alzarla rápidamente	Inestabilidad o mareo	"¿Si siento esta sensación de mareo, podría ser señal de un ataque?"
6. Mover la cabeza rápidamente de un lado a otro durante 30 segundos	Inestabilidad o mareo	"Cuando siento inestabilidad, pierdo el contacto con la realidad y esto podría llevarme a la locura".
7. Tensar todos los músculos del cuerpo durante 1 minuto	Temblores y agitación	"Las personas verán que tiemblo y pensarán que me ocurre algo raro".
8. Correr en el sitio durante 1 minuto	Pálpitos y aceleración del ritmo cardíaco	"Podría sufrir un infarto".
9. Mantenerse sentado frente a una estufa durante 2 minutos	Sensación de falta de aliento, ahogo, sofocos, sudores	"Las personas sentirán asco porque sudo".
10. Colocar un depresor en la parte posterior de la lengua durante 30 segundos	Arcadas	"Estas arcadas son tan intensas que podrían provocar el vómito en cualquier momento".
11. Mirar fijamente a una luz fluorescente durante 1 minuto y después tratar de leer	Inestabilidad o desmayo; sensación de irrealidad	"Siento que lo que me rodea es extraño. Esto podría significar que empiezo a estar loco".
12. Mirarse conscientemente en un espejo durante 2 minutos	Sensación de irrealidad, inestabilidad o desmayos	"Me siento en Babia, ida, podría perder el contacto con la realidad".
13. Mirar fija y conscientemente a un punto de la pared durante 3 minutos	Sensación de irrealidad, inestabilidad o desmayos	"Las sensaciones de irrealidad significan que podría estar teniendo un ataque".

Reestructuración cognitiva de la malinterpretación catastrófica

La reestructuración cognitiva cumple dos funciones en la terapia cognitiva de la angustia: presenta evidencias que desmienten la malinterpretación catastrófica y ofrece una explicación alternativa para las sensaciones internas. En el trastorno de angustia la recogida de pruebas, identificación de errores cognitivos (es decir, exagerar la probabilidad y gravedad del peligro inminente) y la producción de explicaciones alternativas es muy útil. Véase Capítulo 6 para más detalles sobre estas estrategias de intervención cognitiva.

A menudo es útil comenzar la reestructuración cognitiva con una descripción muy clara del resultado catastrófico más temido y, a continuación, generar un listado de posibles explicaciones alternativas para las sensaciones físicas. El Formulario de Revaloración de Síntomas (Apéndice 8.2) puede usarse para centrar al cliente en las explicaciones alternativas de las sensaciones temidas. A la mayoría de los clientes les cuesta bastante generar explicaciones alternativas para sus sensaciones más temidas, por ello esto requerirá una cantidad considerable de descubrimiento guiado. Una gran cantidad de síntomas pueden explicarse alternativamente como (1) respuesta al aumento de ansiedad; (2) reacción al estrés; (3) producto del ejercicio físico; (4) fatiga; (5) efectos colaterales de la cafeína, alcohol o medicación; (6) aumento de vigilancia hacia las sensaciones corporales; (7) emociones intensas como la ira, la sorpresa o la excitación; (8) aparición casual de procesos biológicos internos benignos o (9) otras posibilidades específicas del contexto.

Otro aspecto de la explicación alternativa que se subraya es la función que desempeñan los pensamientos y las creencias catastróficas en el empeoramiento de los síntomas (D.M. Clark, 1996). Por ejemplo, “¿Es su problema como una cardiopatía subyacente de modo que el dolor de pecho sea señal de un infarto (interpretación catastrófica) o su problema consiste en que usted *cree* que le ocurre algo en el corazón y, por lo tanto, le preocupa su ritmo cardíaco (interpretación alternativa)?”. En este punto el terapeuta sólo formula estas explicaciones alternativas como posibilidades o hipótesis e invita al cliente a investigar la validez de cada explicación recopilando pruebas que las confirmen o desmientan. Esto puede hacerse con la información recogida en el Registro Semanal de Angustia (Apéndice 8.1) o en uno

de los formularios cognitivos presentados en el Capítulo 6 (p. ej., Apéndices 6.2 o 6.4). El objetivo de la reestructuración cognitiva es que los individuos con angustia reconozcan que la ansiedad y los síntomas de angustia se deben a sus creencias erróneas de que ciertas sensaciones físicas son peligrosas. Aunque a los pacientes les pueda costar aceptar esta alternativa por su elevada ansiedad, se les anima repetidas veces a centrarse en las evidencias y no en cómo se sienten.

La parte más importante de la terapia cognitiva de Helen para la angustia consistió en recoger evidencias de explicaciones alternativas para sus síntomas de falta de aliento, que se habían convertido en la principal sensación física temida. Gradualmente, a tenor de las evidencias acumuladas a partir de las repetidas experiencias, comenzó a aceptar que su sensación de falta de aliento, probablemente, se debía al monitoreo excesivo de su respiración y que la posibilidad de estar asfixiándose, en el mejor de los casos, era muy remota. Con el paso del tiempo comprobó que otras sensaciones físicas se debían probablemente más al estrés, a la ansiedad, a la fatiga o al consumo de alcohol que a la interpretación catastrófica. En este punto, se modificó el foco de atención de la terapia y de desafiar la interpretación catastrófica pasó a aumentar la tolerancia a la ansiedad y sus manifestaciones físicas.

Pauta clínica 8.12

En el trastorno de angustia la reestructuración cognitiva se centra en recoger evidencias que demuestren (1) que el cliente genera automáticamente una malinterpretación exagerada y muy improbable de las sensaciones físicas y mentales indeseadas y (2) que las explicaciones alternativas, benignas, son más plausibles. A lo largo del tratamiento se subraya el rol de las creencias y de los pensamientos catastróficos en la perpetuación de los síntomas de ansiedad y angustia.

Experimentos de puesta a prueba de hipótesis empíricas

Los experimentos conductuales desempeñan una función particularmente importante en el tratamiento de la angustia. A menudo adoptan la forma de exposición intencionada a las situaciones que provocan la ansiedad a fin de provocar los síntomas temidos y su

resultado. Se observa el resultado del experimento y éste ofrece una evidencia de la explicación catastrófica versus la explicación alternativa para las sensaciones corporales. D.M. Clark y Salkovskis (1986) describen varios experimentos conductuales que pueden ser usados en el tratamiento del trastorno de angustia.

En el tratamiento de Helen se hizo uso de varios experimentos conductuales para poner a prueba sus interpretaciones y creencias catastróficas. En una de las tareas asignadas, se le pidió que aguantara la respiración cada vez que percibía la sensación de falta de aliento con el fin de amplificar sus sensaciones. Tras unos pocos segundos aguantando su respiración, se le pidió que respirara normalmente y que percibiera las diferencias entre aguantar la respiración y respirar normalmente. “¿Observaba alguna evidencia de estar exagerando su sensación de falta de aliento previa a aguantar la respiración?”. “¿Era capaz de respirar con normalidad tras aguantar la respiración?”. A partir de estas experiencias Helen comprobó que, evidentemente, estaba exagerando la sensación de falta de aliento y que su respiración era mucho más normal de lo que pensaba. En otro experimento conductual se animó a Helen a inducir sensaciones físicas mientras se encontraba en situaciones temidas aumentando su nivel de actividad física. Estos experimentos aportaban pruebas de que las sensaciones físicas en sí mismas no la llevaban automáticamente a la ansiedad o a la angustia (p. ej., “Incluso cuando estoy ansiosa, aumentar el ritmo cardíaco subiendo las escaleras rápidamente no aumenta mi nivel de ansiedad”). En lugar de esto descubrió que el modo en que interpretaba los síntomas determina que escale la ansiedad hasta convertirse en angustia (p. ej., “Cuando sé que mi corazón se acelera debido al ejercicio físico no siento ansiedad”).

Pauta clínica 8.13

Los experimentos conductuales son útiles para poner a prueba la función que desempeñan los pensamientos y creencias catastróficas en la persistencia de los síntomas de ansiedad y angustia. Los ejercicios se diseñan para mostrar que la mera aparición de las sensaciones físicas no es la causa principal de la ansiedad sino que su interpretación catastrófica es la que conduce a las crisis de angustia.

Exposición gradual in vivo

Dado que la mayoría de los individuos con trastorno de angustia muestran como mínimo formas leves de evitación agorafóbica, la exposición gradual *in vivo* es un componente fundamental de la terapia cognitiva para la angustia. Cuando la evitación agorafóbica es grave, la exposición *in vivo* debe ser presentada a comienzos del tratamiento y se convertirá en el principal foco de la terapia. Sin embargo, el terapeuta cognitivo recurre a la exposición para desafiar las cogniciones y creencias catastróficas del individuo agorafóbico. Como en el Capítulo 7 se presenta una descripción detallada de este procedimiento y de su implementación, se anima al lector a consultar ese apartado al hacer uso de los ejercicios de exposición en la terapia cognitiva para la angustia.

En nuestro caso ilustrativo Helen se presentó con muchas señales de evitación de situaciones externas derivadas de su miedo a las crisis de angustia y a encontrarse demasiado alejada de un centro hospitalario en caso de que sufriera un infarto o un episodio de asfixia. Se elaboró una jerarquía de miedo que incluía 23 situaciones, desde hacer un viaje en autobús a una ciudad próxima (valorada con 10 en una escala entre 0 y 100) hasta hacer un vuelo transnacional (valorado con 100). Helen se sometió a la exposición repetida de diversas situaciones extraídas de su jerarquía del miedo, recopilando pruebas que desconfirmaran los resultados que más temía y que confirmaran el rol del pensamiento catastrófico en la génesis de la angustia. Además, la exposición sugería explicaciones alternativas más benignas de sus sensaciones físicas, fortaleciendo así su capacidad para revalorar los sentimientos y las sensaciones indeseadas.

Pauta clínica 8.14

La exposición gradual *in vivo* es importante en el tratamiento de la evitación agorafóbica y en la desconfirmación de los pensamientos y creencias catastróficas patogénicas propias de las crisis de angustia y del miedo.

Tolerancia a los síntomas y reinterpretación de la seguridad

Como se ha señalado anteriormente, la terapia cognitiva trata de aumentar la tolerancia del individuo angustiado a las sensaciones y molestias físicas inesperadas así como a la ansiedad subjetiva y a instaurar una mayor sensación de seguridad y capacidad de afrontamiento. Esto puede lograrse centrándose intencionadamente en la capacidad del individuo para tolerar los síntomas físicos de la ansiedad durante los ejercicios de exposición conductual realizados en las sesiones y en los intervalos entre sesiones. Por ejemplo, a un cliente que siente ansiedad ante la presión en el pecho y las palpitaciones se le podría pedir que monitoreara sus sensaciones físicas mientras realiza un ejercicio cardiovascular en el gimnasio. Las repetidas experiencias de activación fisiológica no sólo le aportarán pruebas de poder tolerar los síntomas físicos, simultáneamente el individuo propenso a la angustia aprenderá que la mera aparición de los síntomas físicos no es peligrosa. Sin embargo, para que estas experiencias sean terapéuticas, el terapeuta cognitivo debe subrayar repetidas veces la idea de que “obviamente usted, como el resto de las personas, es capaz de tolerar estas sensaciones físicas”.

La terapia también debe centrarse en el aumento de tolerancia a la incomodidad física y a la ansiedad. Se puede pedir a los clientes que mantengan un diario de sus experiencias de incomodidad física que no estén asociadas con la ansiedad como los episodios de dolores de cabeza, agujetas, fatiga y equivalentes. Se les pide que valoren el grado de incomodidad asociado con estos síntomas y su nivel de ansiedad. La finalidad de este ejercicio es que el individuo propenso a la angustia aprenda que es capaz de tolerar la molestia sin sentirse ansioso. Reforzando esta observación, el terapeuta puede fortalecer las creencias del cliente relativas a su capacidad para afrontar la incomodidad física asociada a la ansiedad. De este modo, puede mejorarse la tolerancia a la ansiedad mediante ejercicios de exposición *in vivo* en los que el terapeuta gradualmente aumenta el nivel de ansiedad para que los individuos aprendan que pueden afrontar incluso estados de mucha ansiedad.

El terapeuta cognitivo puede aumentar la sensación de seguridad del cliente ayudándole a reinterpretar las situaciones que provocaron

ansiedad durante la realización de sus tareas para casa. En cualquier momento, el terapeuta redirige la atención del cliente formulando preguntas como “¿Qué aspectos de esta situación sugieren seguridad?”. “¿Había algo en esta situación que le hiciera pensar que era menos peligrosa y más segura de lo que inicialmente había creído?” o “Cuando mira atrás y recuerda la situación, ¿qué señales de seguridad estaban presentes que usted no advirtiera en el momento?”. Un objetivo importante de la terapia cognitiva es “entrenar” al individuo con trastorno de angustia a reconsiderar intencionadamente las características de seguridad de una situación que le provoca ansiedad, a fin de contrarrestar su interpretación catastrófica automática. El Formulario de Revaloración de Síntomas (Apéndice 8.2) puede usarse para este fin. Además es también útil para hacer que los clientes valoren el nivel “realista” de peligro asociado con la situación (p. ej., escala de valoración de 0-100) así como el nivel “realista” de seguridad tras anotar las características de peligro y seguridad en el Registro de angustia (Apéndice 8.1). Es conveniente garantizar que las valoraciones de los clientes se basen en una evaluación “realista” y no en “cómo se sienten” porque las valoraciones basadas en las emociones estarán siempre distorsionadas por el elevado estado de ansiedad.

Dada la relativa juventud de Helen y su buen estado físico, se le animó a que aumentara el nivel de actividad física y que registrara su activación fisiológica. Esto se demostró bastante efectivo para ayudar a Helen a comprobar que era capaz de tolerar las sensaciones de presión en el pecho y falta de aliento, y que estas sensaciones podrían ser provocadas sin ningún peligro. En este mismo orden, los ejercicios de aguante de respiración en situación de ansiedad le proporcionaron pruebas de tolerancia y seguridad. Más adelante, las sesiones terapéuticas sobre reestructuración cognitiva se centraron siempre en el procesamiento de las señales de seguridad de sus experiencias ansiosas. A Helen se le formulaba una y otra vez la pregunta, “Cuando mira atrás y recuerda la situación, ¿qué señales de seguridad estaban presentes que usted no advirtiera en el momento?”. Hacia el final del tratamiento, Helen generaba espontáneamente las reinterpretaciones de seguridad de las situaciones que provocaban ansiedad y revelaba una mayor sensación de seguridad en su vida cotidiana.

Pauta clínica 8.15

En la terapia cognitiva para la angustia son necesarias las sensaciones de seguridad percibida y tolerancia a los síntomas físicos de la ansiedad. Estos objetivos se alcanzan mediante la reestructuración cognitiva y los ejercicios conductuales que subrayan la tolerancia natural del cliente a la incomodidad y la reinterpretación de las características de seguridad asociadas a las situaciones que provocan ansiedad.

Prevención de recaídas

De manera similar a como se procede en el tratamiento de otros trastornos de ansiedad, la prevención de recaídas debería tratarse en las últimas sesiones de la terapia cognitiva para la angustia. El terapeuta debería garantizar que el cliente sea consciente de que aún se producirán algunas crisis de angustia, de que de cuando en cuando van a aparecer sensaciones físicas inesperadas y de que la ansiedad es una parte normal de la vida. La recaída puede minimizarse si el cliente cuenta con expectativas realistas de los resultados del tratamiento y adopta una perspectiva sana sobre la ansiedad y la angustia. Además, la reducción significativa del “miedo al miedo” del cliente puede reducir la probabilidad de recaídas y la recurrencia de la angustia. El cliente que siga presentando miedo ante las posibles crisis de angustia (p. ej., “Sólo espero que no tenga que volver a experimentar nunca más esas terribles crisis de angustia”) es probablemente el más vulnerable a recaer cuando reaparezcan los síntomas físicos de la ansiedad.

Además de corregir las expectativas irreales sobre el tratamiento y el “retorno del miedo”, algunas otras medidas también pueden mejorar la prevención de recaídas. Las sesiones terapéuticas pueden eliminarse gradualmente y planificar sesiones de mantenimiento. Se puede definir por escrito un protocolo de intervención que especifique claramente qué hacer si los síntomas físicos surgen inesperadamente o el individuo experimenta la reaparición de la ansiedad. Sin embargo, la estrategia más efectiva para la prevención de recaídas en la angustia suele conllevar que los pacientes produzcan intencionalmente sus sensaciones físicas temidas cuando se encuentran en situaciones que provocan ansiedad. Los individuos capaces de pro-

gresar hasta el punto de poder exagerar sus síntomas físicos mientras sienten elevados niveles de ansiedad suelen estar mejor inoculados contra reapariciones futuras inesperadas de la ansiedad y de la angustia.

Pauta clínica 8.16

La prevención de recaídas se ve fortalecida cuando los clientes de la terapia cognitiva están preparados para la reaparición inesperada del miedo y de la angustia. Además, la recaída y la recurrencia del trastorno de angustia pueden ser menos probables en los individuos que han practicado la activación fisiológica exagerada en situaciones en las que simultáneamente experimentan altos niveles de ansiedad.

Reentrenamiento (opcional) en respiración

El reentrenamiento en respiración es una estrategia de relajación que se incorpora a las sesiones iniciales de la terapia cognitiva para el trastorno de angustia (p. ej., Beck, 1988; Beck & Greenberg, 1988; D.M. Clark, 1986a). Sobre la base de la idea de que la hiperventilación, que conlleva una respiración rápida y profunda, es un factor importante en la producción de las crisis de angustia, se sugiere que el entrenamiento en respiración lenta y superficial debería contrarrestar los síntomas de angustia (D.M. Clark, Salkovskis & Chalkley, 1985; Salkovskis, Jones & Clark, 1986). Los elementos básicos del protocolo inicial de tratamiento de la angustia de D.M. Clark y Salkovskis (1986) incluían:

1. Un ejercicio voluntario de 2 minutos de hiperventilación a un ritmo de 30 inhalaciones por minuto.
2. Observación de las sensaciones físicas causadas por la hiperventilación y de su semejanza con los síntomas de angustia.
3. Formación sobre la fisiología de la hiperventilación y el modo en que produce las sensaciones físicas de una crisis de angustia.
4. Reatribución de los síntomas físicos de la angustia a la hiperventilación inducida mediante estrés (o sobre-respiración) en lugar de atribuirlos a la malinterpretación de la amenaza catastrófica para la salud (p. ej., “Estoy sufriendo un infarto”).

5. Entrenamiento en respiración lenta para proporcionar una respuesta de afrontamiento que sea incompatible con la hiperventilación. La respiración controlada se convierte también en experimento conductual demostrando que los síntomas físicos pueden deberse al exceso de respiración y no a la amenaza catastrófica, porque los síntomas pueden reducirse rápidamente si se restablece la respiración lenta y superficial.

El ejercicio de hiperventilación y reentrenamiento en respiración se convirtieron en elementos claves del protocolo de tratamiento de la terapia cognitiva para la angustia ofrecido en el Centro de Terapia Cognitiva de Filadelfia desde mediados de los años ochenta hasta finales de los noventa (Beck & Greenberg, 1988). En combinación constituyen un experimento de puesta en prueba de hipótesis empíricas críticas que indican que la malinterpretación catastrófica de los síntomas era incorrecta y que los síntomas físicos eran realmente una consecuencia inofensiva del exceso de respiración o incluso de la hiperventilación (Beck & Greenberg, 1987).

Ejercicio de reentrenamiento en respiración

La respiración abdominal o diafragmática ha sido la forma más común de reentrenamiento en respiración, usada para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Esta perspectiva asume que la hiperventilación desempeña una función crítica en la etiología de la angustia causando una reducción aguda en la presión arterial parcial de dióxido de carbono (pCO_2), denominada hipocapnia, que a su vez genera una amplia variedad de sensaciones orgánicas desagradables (p. ej., mareos, palpitaciones, hormigueo en extremidades, falta de aliento), que el individuo malinterpreta como representación de una grave amenaza médica (Meuret, Ritz, Wilhelm & Roth, 2005; D.M. Clark et al., 1985). Varios estudios han hallado otras anormalidades respiratorias en los trastornos de ansiedad como el exceso de respiración superficial y rápida, los patrones de respiración desorganizados y los suspiros frecuentes (véanse Meuret et al., 2005; Meuret, Wilhelm, Ritz & Roth, 2003; Salkovskis et al., 1986). Se entrena a los individuos en respiración abdominal lenta y profunda para eliminar

la hipocapnia y sus molestas sensaciones físicas, reduciendo así el estado ansioso. En la Tabla 8.9 se presenta el típico protocolo de reentrenamiento en respiración diafragmática.

Visión actual del reentrenamiento en respiración

En la actualidad existe un amplio debate sobre la función del reentrenamiento en relajación en la TCC para el trastorno de angustia. Son tres las razones que llevan a los terapeutas cognitivos a cuestionar el uso del reentrenamiento en respiración. La primera es una preocupación clínica, muy práctica. Al igual que con el uso de otras formas de relajación, la persona con trastorno de angustia podría recurrir a la respiración controlada como una respuesta de seguridad o estrategia de afrontamiento para huir del estado ansioso (Antony & McCabe, 2004; Salkovskis et al., 1996; White & Barlow, 2002). Esto, por supuesto, minaría la efectividad de la terapia cognitiva reforzando el miedo a la ansiedad y la evaluación incorrecta del cliente sobre la peligrosidad de las sensaciones físicas. Si existiera alguna evidencia de que el cliente recurre a la respiración controlada por miedo a la ansiedad y a sus síntomas, entonces la respuesta de afrontamiento debería ser descontinuada inmediatamente.

La segunda es que se ha cuestionado la justificación para ofrecer reentrenamiento en respiración en el trastorno de angustia ante las evidencias de que incluso en muchas crisis de angustia que se producen en el contexto natural no están presentes la hiperventilación y la hipocapnia (véase revisión de Meuret et al., 2005; Taylor, 2000).

La tercera razón es que se ha cuestionado la efectividad terapéutica del reentrenamiento en respiración (p. ej., Salkovskis, Clark & Hackman, 1991; D.M. Clark et al., 1999). Schmidt y sus colaboradores dirigieron un estudio que comparaba la efectividad de 12 sesiones de TCC más reentrenamiento en respiración administrado en grupo, TCC sin reentrenamiento en respiración y una condición de lista de espera, en el postratamiento y en el seguimiento 12 meses después (Schmidt, Woolaway-Bickel et al., 2000). En el postratamiento ambos tratamientos activos habían mejorado significativamente en comparación con la lista de espera, pero no había diferencias estadística-

Tabla 8.9. Protocolo de reentrenamiento en respiración diafragmática para la terapia cognitiva de la angustia

FASE I. PREPARACIÓN DE LA LÍNEA BASE

Justificación: Revisar las sensaciones físicas y cogniciones de la crisis de angustia más reciente. Obtener valoraciones de creencias en diferentes niveles de ansiedad para mostrar que las mismas sensaciones pueden ser interpretadas de diferentes maneras en momentos distintos.

Instrucciones: Pedir al cliente que describa las sensaciones físicas y malinterpretación catastrófica asociada con la crisis de angustia; el cliente valora la creencia en la malinterpretación en este momento y en el momento de máxima ansiedad.

FASE II. INDUCCIÓN A LA HIPERVENTILACIÓN

Justificación: Demostrar la producción de sensaciones físicas similares a la crisis de angustia mediante el exceso de respiración.

Instrucciones: Se pide a los individuos que respiren en exceso a un ritmo de 30 inhalaciones por minuto durante 2 minutos o hasta que les cueste seguir haciéndolo. Se les instruye para que hagan uso de una bolsa de papel para volver a inhalar el CO₂ expirado. También se les instruye para que se concentren en las sensaciones físicas producidas por la hiperventilación.

FASE III. REATRIBUCIÓN

Justificación: Presentar la posibilidad de que las sensaciones físicas percibidas durante la crisis de angustia sean erróneamente atribuidas a una amenaza para la salud cuando podrían ser sólo debidas al exceso de respiración.

Instrucciones: Se pide a los clientes que revisen las sensaciones físicas durante la hiperventilación y las sensaciones descritas durante la angustia. Se valora su grado de similitud y se comenta de qué modo pueden empeorar los síntomas del exceso de respiración en el entorno naturalista.

FASE IV. FORMACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Justificación: Explicar por qué la hiperventilación puede ocasionar la caída abrupta en la pCO₂ arterial que genera las sensaciones físicas desagradables.

Instrucciones: Cuando estos síntomas se malinterpretan como indicativos de peligro mortal (infarto, volverse loco o asfixiarse) se instaura la angustia. Aprender a contrarrestar el exceso de respiración y ofrecer pruebas de que las sensaciones se deben al exceso de respiración y no a la amenaza catastrófica contra la salud.

FASE V. RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Justificación. Aprender una estrategia de afrontamiento relajante para contrarrestar la hiperventilación y otras irregularidades respiratorias que ocasionan la producción de sensaciones físicas que son malinterpretadas de un modo catastrófico.

Instrucciones:

1. Colocar una mano sobre el pecho con el dedo pulgar justo en la parte inferior del cuello y la otra mano sobre el estómago con el meñique justo por encima del ombligo.
2. Hacer que el cliente inhale a través de la nariz en intervalos cortos y superficiales. Advertir que la mano que se encuentra sobre el pecho se eleva ligeramente pero la mano sobre el abdomen casi no se mueve.
3. Ahora, sugerir que el cliente inhale por la nariz pero en intervalos normales, más lentos y advertir cómo la mano que se encuentra sobre el abdomen se mueve ligeramente hacia fuera con cada inhalación y se hunde con cada exhalación.
4. Practicar durante 2-3 minutos mientras el cliente se concentra en el movimiento del abdomen con cada inhalación y exhalación.
5. Proceder con el trabajo de ralentizar el ritmo respiratorio entre 8 y 12 inhalaciones por minuto. Presentar un ritmo respiratorio tranquilo en el que el terapeuta demuestre un ciclo de inhalación de 4 segundos – exhalación de 4 segundos. Esto se hace contando 1-2-3-4 durante cada inhalación, y después 1-2-3-4 con cada exhalación. Al final de cada inhalación y cada exhalación se produce una breve pausa. Mientras el cliente exhala debería repetir la palabra “relax”. Después de que el terapeuta y el cliente hayan practicado esta respiración lenta y moderada, el cliente debería continuar con la respiración diafragmática concentrándose particularmente en el ritmo lento y sostenido de la respiración y en la elevación y caída del abdomen con cada inhalación y exhalación.
6. Las asignaciones para casa comienzan con dos o tres sesiones diarias de 10 minutos de práctica de respiración diafragmática con o sin ayuda de una grabación que le determine el ritmo. Esto va seguido por sesiones diarias de 1-2 minutos de hiperventilación seguidas por respiración lenta.
7. La fase final de las tareas para casa conlleva la aplicación de la respiración diafragmática en una variedad de situaciones cotidianas de ansiedad.

mente significativas entre las condiciones de TCC y la TCC más reentrenamiento en respiración. En el seguimiento realizado 12 meses después, el 57% del grupo de TCC satisfacía los criterios de recuperación en comparación con el 37% del grupo de TCC más reentrenamiento en respiración. Los autores concluían que añadir respiración diafragmática no conllevaba ningún beneficio a la TCC para el trastorno de angustia más allá de los componentes estándar de formación, reestructuración cognitiva y exposición. Los autores recomendaban que se usaran las técnicas de control respiratorio sólo como un experimento conductual que aporte información correctiva para la malinterpretación catastrófica de las sensaciones corporales y que los terapeutas controlen su uso como técnica de manejo de la ansiedad. A tenor de estos hallazgos, concluimos que el reentrenamiento en respiración debería ser considerado como optativo en la terapia cognitiva para la angustia.

Pauta clínica 8.17

El reentrenamiento en respiración debería limitarse a los individuos que hiperventilan visiblemente durante las crisis de angustia. En la mayoría de los casos el reentrenamiento en respiración no será necesario. Si se incluye en el protocolo de tratamiento, se requiere un monitoreo cuidadoso para garantizar que no se convierta en una respuesta de búsqueda de seguridad.

Eficacia de la terapia cognitiva para el trastorno de angustia

La terapia cognitivo conductual para el trastorno de angustia se corresponde con una de las categorías bien establecidas por parte de la Asociación Americana de Psicología de tratamientos empíricamente respaldados (Chambless et al., 1998; Chambless & Ollendick, 2001). La Pautas de Aplicación de la Asociación Americana de Psiquiatría para el tratamiento del trastorno de angustia concluían que la TCC era un tratamiento demostradamente efectivo para la angustia, con un índice del 78% de respuesta que era igual o superior a la efectividad de la medicación contra la angustia (APA, 1998).

Numerosas revisiones de estudios sobre resultados clínicos han concluido que existe un sólido respaldo sobre la eficacia de la TCC para el trastorno de angustia. Tras revisar más de 25 ensayos clínicos independientes, Barlow y sus colaboradores defendían que entre el 40 y el 90% de los pacientes tratados con TCC se había librado de la angustia al final del tratamiento (Landon & Barlow, 2004; White & Barlow, 2002). Otras revisiones también han llegado a la conclusión de que la efectividad de la TCC para la angustia recibe un amplio respaldo a tenor de la literatura relativa a los resultados (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Derubeis & Crits-Christoph, 1998; Otto, Pollack & Maki, 2000) y los logros del tratamiento se mantienen tras su finalización durante más tiempo que la medicación (Hollín, Stuart & Strunk, 2006). En el siguiente apartado se presenta una breve revisión de unos pocos estudios de resultados de la TCC seleccionados, así como estudios de desmantelación que investigan los mecanismos de cambio en el paquete del tratamiento.

Estudios de resultados de la TCC

Son muchos los meta-análisis que han determinado que la TCC para la angustia se asocia con tamaños de efecto superiores. Por ejemplo, en un meta-análisis basado en 13 estudios Chambless y Peterman (2004) obtuvieron un tamaño de efecto medio de .93 para la angustia y los síntomas fóbicos, con un 71% de los pacientes TCC liberados de la angustia en el postratamiento, comparados con el 29% de las condiciones de control (es decir, lista de espera o atención placebo). Además, eran evidentes los logros importantes del tratamiento en otros dominios de síntomas como en los síntomas cognitivos de la angustia, la ansiedad generalizada y, en menor medida, la depresión (véase también Gould et al., 1995, para conclusiones similares).

Uno de los primeros informes sobre la terapia cognitiva para el trastorno de angustia fue un estudio de resultados naturalistas con 17 pacientes tratados con una media de 18 sesiones individuales de terapia cognitiva que se centraba en las malinterpretaciones de los síntomas físicos de la ansiedad, la exposición y la reestructuración cognitiva de los miedos relevantes a la angustia (Sokol, Beck, Green-

berg, Wright & Berchick, 1989). En el postratamiento, la frecuencia de la angustia se había reducido a cero y se mantenía en el seguimiento realizado un año después, y se habían alcanzado reducciones significativas en el BAI y en el BDI. Además, se había mejorado también la capacidad de los pacientes para revalorar sus miedos de un modo más realista. En un ensayo clínico posterior en el que 33 pacientes con trastorno de angustia fueron asignados a 12 semanas de terapia cognitiva individualizada o a 8 semanas de psicoterapia breve de apoyo, Beck, Sokol, Clark, Berchick y Wright (1992) hallaron que los pacientes del grupo de 8 semanas de terapia cognitiva grupal presentaban significativamente menos crisis de angustia auto-reveladas y valoradas por los terapeutas que el grupo de comparación. Además, el grupo de terapia cognitiva presentaba menos ansiedad generalizada y miedo pero no menos depresión, y, el 71% habían eliminado la angustia en comparación con el 25% de la condición de psicoterapia. En el seguimiento realizado un año después, el 87% del grupo de terapia cognitiva seguía sin recaer.

En un importante estudio de resultados 64 pacientes de angustia fueron asignados al azar a una condición de una media de 10 sesiones semanales individuales de terapia cognitiva, relajación aplicada, sólo imipramina o una condición de control en lista de espera de 3 meses seguido por la asignación al azar de uno de los tratamientos activos (D.M. Clark et al., 1994). En el postratamiento (es decir, 3 meses), la terapia cognitiva era significativamente más efectiva que la relajación aplicada y que la imipramina en la reducción de los síntomas de angustia (es decir, puntuación de angustia), evitación agorafóbica, malinterpretación de sensaciones corporales e hipervigilancia de los síntomas corporales. Además, el 80% de los pacientes de terapia cognitiva había logrado un alto nivel final de funcionamiento en comparación con el 25% de la relajación aplicada y el 40% de la imipramina. En el seguimiento realizado 15 meses después, la terapia cognitiva seguía siendo superior que la relajación aplicada y que la imipramina en seis medidas de angustia/ansiedad, y el 85% de los pacientes de terapia cognitiva seguía sin recaer en comparación con el 47% de los pacientes de la relajación aplicada y el 60% de los pacientes de imipramina.

En un ensayo clínico multilateral al azar con placebo-controlado desarrollado con 77 pacientes que sufrían trastorno de angustia (Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2000) los análisis revelaban que la TCC y la imipramina eran superiores al placebo, pero que no había diferencias significativas entre la imipramina y la TCC en el postratamiento, aunque había una tendencia a favor de la TCC en el seguimiento realizado 6 meses después. En consecuencia y de forma general, los principales estudios de tratamiento han determinado con claridad que la TCC para el trastorno de angustia es, como mínimo, tan efectiva como la medicación, aunque la ventaja se reduzca en la combinación de TCC con farmacoterapia. Las comparaciones de TCC con relajación aplicada (es decir, Öst & Westling, 1995) indican que la TCC es probablemente más efectiva para el trastorno de angustia (Siev & Chambless, 2007).

Los estudios de resultados indican que la TCC puede ser efectiva para los casos más difíciles del trastorno de angustia. La TCC puede producir efectos de tratamiento duraderos incluso con diagnósticos comórbidos, con mejorías significativas evidentes tanto en la angustia como en los síntomas comórbidos (p. ej., Craske et al., 2007; Tsao, Mystkowski, Zucker & Craske, 2005). De hecho, Craske y sus colaboradores hallaron una mejoría de síntomas más generalizada en la TCC centrada en la angustia que en una condición en la que a los terapeutas se les permitía tratar problemas relacionados con la condición comórbida. La TCC también se ha demostrado efectiva para individuos con trastorno de angustia y refractarios a los fármacos (Heldt et al., 2006) y para reducir los síntomas de angustia diurnos y nocturnos en pacientes con crisis nocturnas de angustia (Craske et al., 2005). Por último, las versiones breves de TCC (p. ej., intervención intensiva de 2 días), así como las adaptaciones computerizadas, pueden ser muy efectivas para el trastorno de angustia (D.M. Clark et al., 1999; Deacon & Abramowitz, 2006b; Kenardy et al., 2003). Aunque estos hallazgos sean preliminares, sugieren la disponibilidad de intervenciones más eficientes y más equilibradas en lo que a coste-efectividad corresponde, para el trastorno de angustia.

Estudios del proceso TCC

La exposición es un componente importante de la terapia cognitiva para el trastorno de angustia, especialmente cuando sobresa la evitación agorafóbica. Dado nuestro énfasis en la intervención cognitiva, ¿qué importancia tiene la reestructuración cognitiva en la efectividad de la TCC para el trastorno de angustia? En su meta-análisis, Gould et al., (1995) hallaron que la reestructuración cognitiva juntamente con la exposición interoceptiva (es decir, inducción de síntomas o activación de esquemas) producía los mayores tamaños de efecto, pero sólo la reestructuración cognitiva producía resultados muy variables. En un estudio inicial Margraf y Schneider (1991) hallaron que la reestructuración cognitiva sin exposición era tan efectiva como la exposición pura o la exposición combinada con reestructuración cognitiva.

En una serie de casos únicos con múltiples líneas base Salkovskis et al. (1991) hallaron que dos sesiones de reestructuración cognitiva centradas en la recogida de evidencias a favor y en contra de la interpretación catastrófica que hacían los pacientes de los síntomas físicos producía una reducción significativa en la frecuencia de la angustia en seis de los siete pacientes, mientras que el tratamiento no-focal había producido poco efecto sobre los síntomas de la angustia. En un análisis multivariado más reciente de series temporales de caso único tanto la reestructuración cognitiva con la puesta en prueba de hipótesis empíricas como la exposición en exclusiva produjeron cambios equivalentes en las creencias disfuncionales y en la auto-eficacia que precedía a las mejorías en la aprensión angustiosa (Bouchard et al., 2007). Los autores concluían que estos hallazgos se añaden a la creciente demostración empírica de que los cambios cognitivos preceden a la mejoría de los síntomas de angustia tanto si el tratamiento es fundamentalmente cognitivo como si es conductual. Otros estudios han comprobado que la exposición exclusiva es tan efectiva como la exposición más la reestructuración cognitiva (Bouchard et al., 1996; Öst, Thulin & Ramnerö, 2004), aunque Van den Hout, Arntz y Hoekstra (1994) hallaron que la terapia cognitiva exclusivamente reducía las crisis de angustia pero no la agorafobia. En un estudio reciente de

TCC grupal para la angustia, el 20% de los pacientes experimentaban un logro repentino (es decir, la rápida reducción de los síntomas) tras dos sesiones y esto predecía un mejor resultado de síntomas en el postratamiento (Clerkin, Teachman & Smith-Janik, 2008). En su totalidad, estos estudios indican que la TCC puede producir una reducción rápida y efectiva de los síntomas en el trastorno de angustia y que la reestructuración cognitiva es un componente importante del paquete de tratamiento.

Los efectos terapéuticos de la reestructuración cognitiva sugieren que tratar las malinterpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales es un mecanismo de cambio, central en la terapia cognitiva para el trastorno de angustia. En su ensayo clínico D.M. Clark et al. (1994) hallaron una correlación significativa entre las puntuaciones BSIQ a los 6 meses y los síntomas de angustia e índices de recaída a los 15 meses. Esta relación entre una tendencia continuada a malinterpretar las sensaciones corporales y el peor resultado en el seguimiento se apoyaba en el estudio de resultados sobre la terapia cognitiva breve del autor (D.M. Clark et al., 1999). Con todo, la comparación de la terapia cognitiva estándar centrada en las creencias interpersonales relevantes para la ansiedad generalizada, con la terapia cognitiva que contempla las malinterpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales mostraba que ambas eran igualmente efectivas en la reducción de los síntomas de angustia, aunque la reducción de las cogniciones y creencias relacionadas con la angustia correlacionaba con los cambios en la frecuencia de las crisis de angustia en el momento de la finalización (Brown, Beck, Newman, Beck & Tran, 1997). En su revisión descriptiva y meta-analítica de 35 estudios TCC sobre el trastorno de angustia, Oei, Llamas y Devilly (1999) concluyeron que la terapia es efectiva para el trastorno de angustia y produce cambio en los procesos cognitivos, aunque no se sabe con certeza si el cambio en las malinterpretaciones catastróficas es el principal mecanismo de cambio de la TCC para el trastorno de angustia. En general parece que el cambio en las malinterpretaciones catastróficas de los síntomas físicos de la ansiedad es una parte importante del proceso de tratamiento en la angustia pero aún no se sabe si es o no necesaria la atención específica a estos síntomas.

Pauta clínica 8.18

La terapia cognitiva que conlleva ejercicios de reestructuración cognitiva, inducción de síntomas y exposición de puesta en prueba de hipótesis empíricas es un tratamiento de firmes bases empíricas para el trastorno de angustia con y sin evitación agorafóbica. Las estrategias cognitivas y las tareas de orientación expositiva son ingredientes centrales en la eficacia del tratamiento para las crisis de angustia.

Resumen y conclusión

El problema de las crisis de angustia recurrentes proporciona el ejemplo más evidente de la conceptualización cognitiva del miedo. La aparición de como mínimo dos crisis inesperadas de angustia, aprensión o preocupación sobre crisis adicionales y la evitación de las situaciones que se cree que provocan la angustia son los rasgos propios del trastorno de angustia.

En la Figura 8.1 se ha presentado un modelo cognitivo revisado del trastorno de angustia. Los componentes esenciales de este modelo son (1) la mayor atención o hipervigilancia hacia ciertas sensaciones físicas o mentales, (2) la activación de esquemas de amenaza fisiológica o mental, (3) la malinterpretación catastrófica de los síntomas de ansiedad, (5) la pérdida de la capacidad para revalorar los síntomas de un modo más realista y benigno y (6) la confianza en la evitación y en la búsqueda de seguridad para reducir el aumento de ansiedad y para finalizar el episodio de angustia. Las pruebas empíricas, revisadas para las seis principales hipótesis del modelo, hallaron un respaldo sólido sobre el aumento de responsividad a los estados internos, la activación de esquemas prepotentes de amenaza física y mental, la malinterpretación de las sensaciones corporales y el rol funcional de la evitación y de la búsqueda de seguridad en la persistencia de las crisis de angustia.

En la tabla 8.7 se han sintetizado los principales componentes de la terapia cognitiva del trastorno de angustia. La reducción en la hipervigilancia hacia las sensaciones corporales temidas, la inversión

de la malinterpretación catastrófica de los estados internos, el aumento de la capacidad para producir revaloraciones más equilibradas y realistas de los síntomas temidos de ansiedad, la reducción de la evitación y de la búsqueda de seguridad y el aumento de la sensación de seguridad son los principales objetivos de la terapia cognitiva. Estos objetivos se alcanzan haciendo uso de la inducción de síntomas para activar los esquemas de amenaza durante la sesión, la reestructuración cognitiva para debilitar las malinterpretaciones catastróficas y la mejora de la capacidad de revaloración y las tareas de exposición sistemática situacional e interoceptiva en el contexto de puesta a prueba de hipótesis empíricas. Durante las dos últimas décadas una cantidad considerable de ensayos clínicos bien diseñados ha establecido que la terapia cognitiva es un tratamiento muy eficaz para el trastorno de angustia con y sin evitación agorafóbica.

La terapia cognitiva y la terapia para el trastorno de angustia siguen manteniendo aún algunas cuestiones por resolver. El trastorno de angustia se caracteriza por el aumento de responsividad a los cambios en el estado interno, aunque los procesos específicos que contribuyen a esta hipersensibilidad interoceptiva no se conocen en su totalidad. Aún no se sabe con certeza absoluta si la malinterpretación catastrófica de las sensaciones corporales es necesaria para la producción de todas las crisis de angustia, si es la causa o la consecuencia de las crisis repetidas de angustia y si el concepto debería ampliarse para incluir las amenazas sociales y emocionales inminentes como el miedo a las crisis adicionales. Además, es insuficiente la investigación existente en relación a si la pérdida de la capacidad de revaloración es un determinante principal de las crisis recurrentes de angustia y la función desempeñada por la auto-eficacia o la efectividad percibida en la finalización de los episodios de angustia. En términos de efectividad del tratamiento, se necesitan aún estudios de resultados comparativos entre la terapia cognitiva y las más modernas SSRIs, así como con períodos de seguimiento más largos, para determinar la duración de los beneficios del tratamiento. Con todo, la terapia cognitiva/ TCC se considera en la actualidad como un tratamiento bien establecido y eficaz para el trastorno de angustia con y sin agorafobia y debería ser la primera opción de tratamiento para la mayoría de los casos del trastorno.

Apéndice 8.1

Registro Semanal de Angustia y Ansiedad Aguda

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por favor, use este formulario para anotar cualquier crisis de angustia, crisis limitadas de angustia o episodios de ansiedad aguda que haya experimentado durante la última semana. Trate de cumplimentar el formulario tan pronto como le sea posible después del episodio a fin de aumentar la precisión de sus comentarios.

Fecha, hora y duración del episodio	Estímulos provocadores de la situación (Clasifique como E o NE)*	Gravedad/Intensidad de la ansiedad (0-100) (Clasifique como CPA, CLA, EAA)*	Descripción de las sensaciones ansiosas físicas y mentales	Interpretación ansiosa de las sensaciones	Evidencias para interpretaciones alternativas de las sensaciones	Resultado (respuestas de afrontamiento y sensación de seguridad)+
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

* E = Esperaba sufrir una crisis de angustia en esta situación; NE = la angustia se produjo de forma completamente inesperada, como caída del cielo; CPA = Crisis de angustia plena; CLA = Crisis limitada de angustia; EAA = Episodio de Ansiedad Aguda (aparición repentina de la ansiedad pero sin crisis de angustia).

+ valore la sensación de seguridad una vez que haya cesado la angustia de 0 = de ninguna manera siento seguridad ante la angustia a 100 = siento seguridad absoluta ante la angustia adicional.

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 8.2

Formulario de Revaloración de Síntomas

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por favor, use este formulario para anotar cualquier explicación alternativa a la que pueda atribuir los motivos de por qué experimenta las diferentes sensaciones físicas que le generan ansiedad y angustia.

Señale la sensación física experimentada (p. ej., taquicardia, falta de aliento, náusea)	Para cada sensación enumere varias explicaciones alternativas distintas del peor resultado (es decir, la catástrofe temida)	Valore cuando no sienta ansiedad, la confianza en cada explicación (0-100)*	Valore mientras sienta ansiedad, la confianza en cada explicación (0-100)*	Efectividad de la explicación para contrarrestar la ansiedad (0-100)+
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

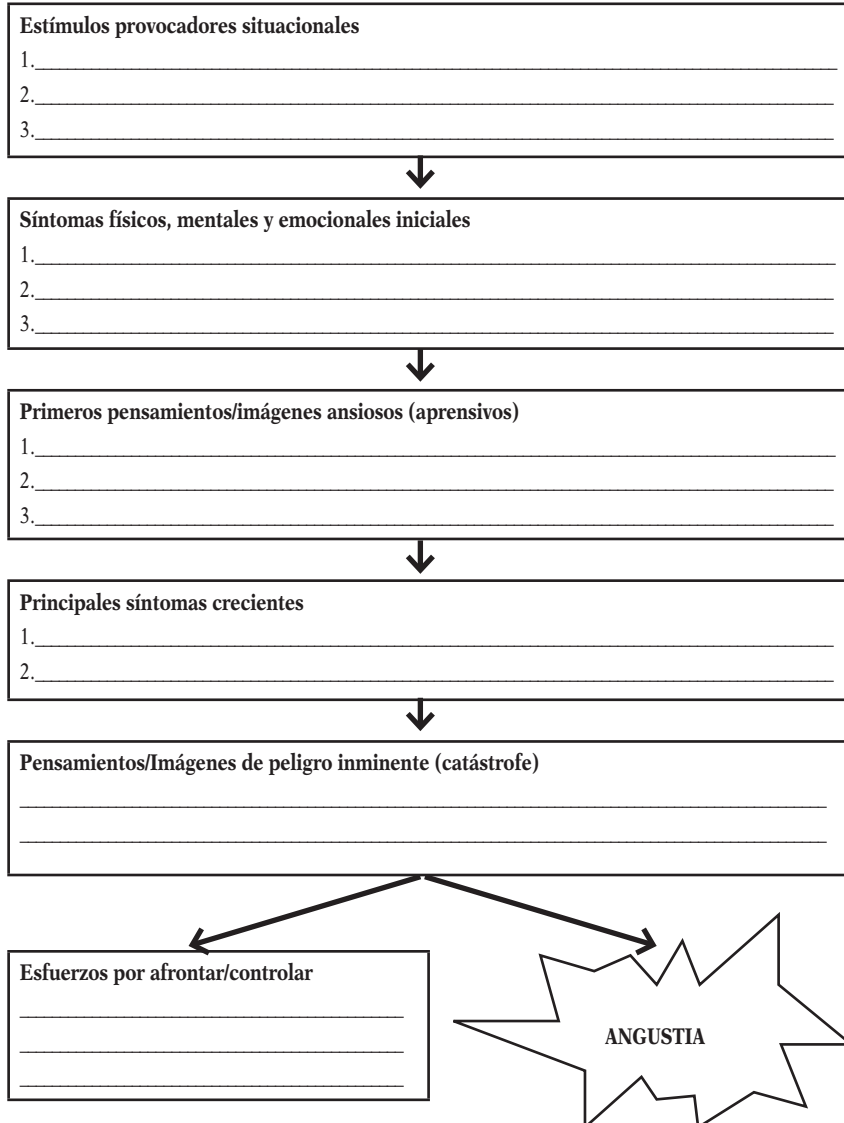
* Para las valoraciones de confianza, 0 = no confía nada en la explicación, 100 = certeza absoluta de que ésta es la causa de las sensaciones físicas.

+ Para las valoraciones de efectividad, 0 = la explicación no produce ningún efecto positivo sobre la ansiedad, 100 = siento que la explicación es completamente efectiva para eliminar las sensaciones ansiosas.

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 8.3**Círculo Vicioso de la Angustia**

Nombre: _____ Fecha: _____



De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

9

Terapia cognitiva de la fobia social

Nada impide que seamos naturales tanto como el deseo de parecerlo

François, Duc de La Rochefoucauld
(Escritor y aristócrata francés, 1613-1680)

Gerald era un hombre de 36 años de edad que llevaba 12 años trabajando como contable en una empresa multinacional de transportes y que presentaba un largo historial de ansiedad social severa. El diagnóstico SCID revelaba que satisfacía los criterios diagnósticos del DSM-IV para la fobia social generalizada. Gerald revelaba ansiedad intensa en la mayoría de las situaciones sociales con un miedo agobiante a que el resto de las personas se fijaran en él. Su principal preocupación era que las personas de su alrededor advirtieran que se ruborizaba y se acaloraba y que pensarán “¿Qué le ocurre?”, “No parece normal” y “Debe tener una auto-estima muy baja o algún problema mental grave”. Gerald creía que las personas “podrían atravesarlo con la mirada” y por ello se mostraba hipervigilante cuando estaba rodeado de personas. También le preocupaba que los demás pensarán que era aburrido y les hacía perder el tiempo. Gerald señalaba que casi siempre que estaba con personas solía sentir ansiedad y reconocía que su ansiedad era excesiva. Con los años había llegado

al punto de evitar todos los contactos sociales que le fuera posible, pasando la mayor parte de su tiempo libre a solas y aislado. Nunca había tenido ninguna relación íntima y tampoco había disfrutado de amigos cercanos. Prefería evitar a las personas por la ansiedad y el miedo a que de la interacción social se derivaran obligaciones hacia los demás, aunque reconocía que la evitación había sido perjudicial para su carrera profesional. Un año antes se había asociado a un club de salud durante varios meses, pero acudir a él le generaba demasiada ansiedad. Gerald valoraba como muy provocadores de ansiedad la participación en las reuniones, acudir a un curso, encontrarse con gente desconocida, contestar al teléfono, tomar un transporte público o incluso visitar a un conocido. Gerald señalaba que desde la infancia había sentido ansiedad social de vez en cuando y que su vida había estado muy limitada. De hecho, la ansiedad y la soledad auto-impuestas habían sido tan grandes que comentaba “Estoy cansado de esperar a que comience la vida; algunas veces sólo quiero que acabe de una vez”.

La presentación clínica de Gerald es bastante típica de alguien con una fobia social crónica y severa. De hecho, satisfacía los criterios del trastorno de la personalidad por evitación del Eje II, tal y como lo indicaban (1) sus esfuerzos por evitar los contactos interpersonales significativos en el trabajo (entraba a trabajar a las 7:00 de la mañana y acababa su jornada a las 14:00 a fin de minimizar el contacto con los demás), (2) la falta de voluntad para relacionarse con personas, (3) el miedo a las relaciones íntimas, (4) la inhibición en las nuevas relaciones interpersonales por sus sentimientos de inadecuación, (5) la inferioridad percibida en relación a los demás y (6) el rechazo a participar en cualquier actividad social, nueva y relativamente mundana por miedo a avergonzarse. Gerald recibió 19 sesiones de terapia cognitiva que se centraron específicamente en su ansiedad evaluativa social, conducta inhibitoria y evitación extrema. La terapia contempló las creencias maladaptativas de Gerald sobre la evaluación social negativa de los demás, su confianza en la huida y la evitación para manejar la ansiedad y la exposición gradual *in vivo* a situaciones sociales moderadamente ansiosas.

Este capítulo presenta la teoría y el tratamiento cognitivo de la fobia social generalizada tal y como originalmente se describió en Beck et al. (1985, 2005). Comenzamos con comentarios sobre el diagnóstico y características fenomenológicas de la fobia social. Esto va seguido por una descripción de una teoría cognitiva más elaborada de la fobia social así como por una revisión del respaldo empírico de que dispone. A continuación proponemos un enfoque cognitivo para evaluar y tratar la fobia social. El capítulo concluye con una revisión del estado empírico de la terapia cognitiva y de la TCC para la fobia social generalizada.

Consideraciones diagnósticas

Revisión diagnóstica

La característica esencial de la fobia social es un “miedo acusado y persistente a las situaciones sociales o actuaciones públicas por temor a que resulten embarazosas” (DSM-IV-TR; APA, 2000, p.502). Aunque los sentimientos ansiosos sean comunes a la mayoría de las personas cuando entran en situaciones novedosas, desconocidas o social-evaluativas como una entrevista de trabajo, la persona con fobia social experimenta invariablemente un miedo o temor intenso, incluso cuando anticipa la posibilidad de exposición a diversas situaciones sociales comunes. La ansiedad brota del miedo al escrutinio y a la evaluación negativa de los demás que derivará en vergüenza, humillación y azoramiento (Beck et al., 1985, 2005). La causa percibida de la turbación suele centrarse en algún aspecto de la auto-presentación como mostrar síntoma(s) de ansiedad, hablar de forma extraña, cometer algún error o actuar de algún otro modo humillante (Heckelman & Schneier, 1995). En consecuencia, la persona con fobia social tiende a ser altamente consciente de sí misma y muy auto-crítica en la situación social temida, mostrando, con frecuencia, conductas inhibitorias involuntarias como una presencia rígida o tiesa, una comunicación verbalmente inarticulada, de donde se deriva una ejecución social negativa y la atención indeseada de los demás.

La fobia social está estrechamente vinculada a la fobia simple porque el miedo sólo ocurre en situaciones en las que la persona debe hacer algo en el contexto en el que es observada y posiblemente eva-

luada por los otros (Hofmann & Barlow, 2002). La persona con fobia social que experimenta ansiedad intensa mientras come, habla o escribe frente a personas desconocidas no tiene dificultades para ejecutar esas mismas conductas en soledad o en compañía de familiares o amigos próximos. Aunque Marks y Gelder (1966) fueron los primeros en describir el síndrome de fobia social (véase también Marks, 1970), no constituyó una entidad diagnóstica diferente hasta no incorporarse en el DSM-III (APA, 1980). Los criterios diagnósticos centrales han permanecido constantes a lo largo de todas las revisiones del

**Tabla 9.1. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR
para la fobia social**

-
- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. **Nota:** En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con la situación. **Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. **Nota:** En los niños puede faltar este reconocimiento.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones públicas temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad y malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

Nota. De Asociación Americana de Psiquiatría (2000). Copyright de Asociación Americana de Psiquiatría. Reproducción autorizada.

DSM, a excepción del subtipo de fobia social generalizada introducido en el DSM-III-R (APA, 1987) y la norma excluyente del trastorno de personalidad por evitación. Algunos autores (Liebowitz, Heimberg, Fresco, Travers & Stein, 2000) han recomendado una denominación alternativa, *trastorno de ansiedad social*, sin embargo nosotros mantenemos el término “fobia social” porque transmite la intensa urgencia a evitar las situaciones que provocan ansiedad que es el rasgo clave del trastorno. En la Tabla 9.1 se presentan los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para la fobia social.

Miedo a la evaluación negativa

El miedo a la evaluación negativa de los demás es una característica esencial de la fobia social que no sólo se reconoce en los modelos cognitivos del trastorno (Beck et al., 1985, 2005; D. M. Clark, 2001; Rapee & Heimberg, 1997; Wells & Clark, 1997), pero es la base del miedo acusado y persistente a las situaciones sociales evaluativas descrito en el Criterio A del DSM-IV-TR. Los individuos con fobia social pueden mantener unos estándares de ejecución social muy altos, deseando causar una impresión particular en los demás pero dudando de su capacidad real para causar tal impresión positiva (Beck et al., 1985, 2005; Hofmann & Barlow, 2002). Creen también que captan la atención de los demás en las situaciones sociales y viven con miedo a que en el contexto social evaluativo se vean humillados o se sientan avergonzados de sí mismos actuando o apareciendo como tontos, poco inteligentes o visiblemente ansiosos (Beidel & Turner, 2007). Existen pruebas empíricas suficientes que confirman que el miedo a la evaluación negativa es un rasgo esencial de la fobia social (p. ej., Ball et al., 1995; Hackmann et al., 1998; Hirsch & Clark, 2004; Mansell & Clark, 1999; Voncken et al., 2003). Sin embargo, los individuos con fobia social pueden temer cualquier evaluación social, tanto positiva como negativa, que lleve a la persona a sentir que sobresale o que sea consciente de sí misma (Weeks, Heimberg, Rodebaugh & Norton, 2008). En este mismo orden, la evaluación negativa temida por quienes sufren fobia social no equivale solamente a la leve impresión negativa causada sobre los demás, sino a una experiencia mucho más extrema de la humillación o vergüenza temidas

(Beck et al., 1985, 2005). La vergüenza es un afecto doloroso en el que los atributos, características o conducta personales se perciben como causa de pérdida de estatus o atracción social frente a los demás, o incluso peor, de su rotunda crítica o rechazo (Gilbert, 2000).

Estatus social

La mayoría de los individuos con fobia social experimentan una ansiedad notable en diversas situaciones sociales (Rapee, Sander-son & Barlow, 1988; Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986). Rachman (2004) señalaba que las situaciones más comúnmente temidas en la fobia social eran las que conllevaban hablar en público, acudir a fiestas o reuniones y hablar con figuras de autoridad. Beidel y Turner (2007) señalaban que hablar en público en un contexto formal

Tabla 9.2. Situaciones interpersonales y de actuación pública comúnmente temidas en la fobia social

Situaciones interpersonales	Situaciones de actuación pública
• Iniciar una cita o compromiso con alguien • Ser presentado a una persona desconocida • Acudir a una fiesta o encuentro social • Cenar con un amigo • Iniciar una conversación • Hablar por teléfono con un conocido • Hablar por teléfono con una persona desco-nocida • Expresar nuestra opinión personal a los demás • Tener una entrevista de trabajo • Ser asertivo con los demás • Devolver un objeto adquirido • Expresar insatisfacción con la comida de un restaurante • Hablar con figuras de autoridad	• Hacer un brindis o un discurso • Hablar en las reuniones • Hacer deporte frente a una audiencia • Participar en la fiesta de una boda o ceremonia pública • Cantar/actuar ante una audiencia • Comer/beber en un contexto público • Usar los baños públicos • Escribir frente a los demás • Cometer un error en público (p. ej., pronunciar mal una palabra) • Correr/andar en un lugar público concurrido • Presentarse a sí mismo ante los demás • Hacer compras en una tienda concurrida • Pasar frente a un grupo numeroso de personas (p. ej., pasar por delante de la salida de una ige-sia, teatro)

(la situación más angustiosa), las fiestas, iniciar y mantener conversaciones y los encuentros o conversaciones informales eran valorados como angustiosos y evitados por más del 75% de los pacientes con fobia social. Citarse con alguien era valorado como angustioso y algo evitado por la mitad de la muestra, mientras que comer y beber en público, hacer uso de baños públicos y escribir en público era temido por el 25% o menos de los individuos con fobia social. Las situaciones que provocan ansiedad en la fobia social han sido categorizadas como aquéllas relacionadas con la interacción social frente a las relacionadas con las actuaciones públicas (Rapee, 1995b). En la Tabla 9.2 se presenta un listado de situaciones interpersonales y de actuación en público de Antony y Swinson (2000b) que se valoran con respecto al nivel de miedo y evitación al evaluar la fobia social.

Activación ansiosa y angustia

El segundo criterio diagnóstico del DSM-IV-TR es que la exposición a las situaciones sociales temidas invariablemente provocará ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con la situación (APA, 2000). Los individuos con fobia social experimentan muchas veces crisis de angustia en las situaciones temidas o incluso cuando anticipan un acontecimiento social (Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1992c). Aunque los síntomas físicos de estas crisis de origen situacional sean idénticos a los del trastorno de angustia (Beidel & Turner, 2007), los síntomas físicos de la ansiedad que son observables para los demás, como ruborizarse o moverse espasmódicamente, son más propios de la ansiedad experimentada en la fobia social (Amies, Gelder & Shaw, 1983). Además, los individuos con fobia social experimentan mayor activación fisiológica durante la exposición a la situación social angustiosa que los individuos no-fóbicos (p. ej., Turner et al., 1986). Sin ninguna duda, el miedo a sufrir una crisis de angustia en una situación social es la principal preocupación de muchas personas que presentan fobia social (Hofmann, Ehlers & Roth, 1995). De hecho, el miedo a perder el control sobre cualquier respuesta

emocional, especialmente los síntomas de ansiedad, es un aspecto esencial de la amenaza social percibida (Hofmann, 2005). Incluso aunque el miedo a la ansiedad sea común a todos los trastornos de ansiedad, está particularmente relacionado con la fobia social porque cualquier muestra de ansiedad en los contextos sociales se percibe como un aumento de la probabilidad de la evaluación negativa de los demás.

Conciencia, evitación e inhibición

Para satisfacer los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para la fobia social, la persona debe reconocer de alguna manera que la naturaleza de sus temores sociales es excesiva o irracional (es decir, Criterio C). Este criterio ayuda a distinguir la fobia social de otros diagnósticos como el trastorno de personalidad paranoide en el que la persona, de hecho, cree que los demás están tratando de avergonzarlo o humillarlo (Beidel & Turner, 2007).

Dada la experiencia de ansiedad intensa al anticipar o introducirse en las situaciones sociales temidas, la urgencia a evitar las situaciones sociales puede ser muy intensa en la fobia social. Comparada con otros trastornos de ansiedad, los individuos con fobia social suelen ser propensos a evitar las situaciones sociales incluso aunque estén convencidos de que es perjudicial para ellos mismos (es decir, Rapee, Sanderson & Barlow, 1988). La evaluación de la frecuencia y amplitud de la evitación asociada con varias situaciones sociales evaluativas (véase Tabla 9.2) es una parte importante de la evaluación diagnóstica de la fobia social (Hope, Laguna, Heimberg & Barlow, 1996-1997).

Los individuos con fobia social se muestran muy inhibidos en las interacciones sociales. Muchas veces parecen rígidos y tiesos, su rostro tenso con una expresión forzada. Cuando tratan de hablar parecen inarticulados porque se tropiezan con sus propias palabras, se quedan mudos o les cuesta encontrar la palabra correcta. Todas estas conductas involuntarias son perjudiciales para su actuación pública y aumentan la probabilidad de la evaluación negativa de los demás —la misma esencia de su ansiedad social.

Los individuos con fobia social confían también en la evitación y conductas de seguridad sutiles en un esfuerzo por ocultar su ansiedad que, a su entender, llevará a los demás a evaluarlos negativamente (Beck et al., 1985; Wells & Clark, 1997). Los individuos con fobia social pueden tratar de ocultar su ansiedad evitando el contacto ocular o manteniéndose físicamente fríos, de modo que no se ruboricen o sofoquen, vistiendo determinados atuendos o maquillaje que oculte el rubor, excusándose por ruborizarse y atribuyéndolo al calor del recinto o a no sentirse bien, o similares (D.M. Clark, 2001). Estas estrategias de disimulo (es decir, conductas de seguridad) son problemáticas porque pueden exacerbar directamente los síntomas ansiosos (p. ej., la persona lleva un suéter gordo para ocultar que suda, pero esto mismo aumenta la temperatura corporal y la tendencia a sudar). Además, estas conductas impiden que se desmienta el resultado temido (p. ej., atribuye la no aparición de la evaluación negativa a la ejecución de la conducta de seguridad), mantienen la atención muy concentrada en la persona misma y atraen más atención negativa de los demás (Wells & Clark, 1997). Existen algunas pruebas que confirman que los individuos con ansiedad social reconocen los efectos sociales negativos derivados de sus esfuerzos por ocultar la ansiedad (Voncken, Alden & Bögels, 2006), pero siguen insistiendo en ejecutar las conductas de seguridad (Alden & Bieling, 1998).

Angustia e interferencia acusadas

La ansiedad o el nerviosismo en las situaciones sociales son habituales en la población general. En una encuesta telefónica al azar de 526 adultos, el 61% manifestaba sentirse nervioso o incómodo en, como mínimo una de siete situaciones sociales siendo la situación de hablar en público la más frecuentemente mencionada (Stein, Walter & Forde, 1994). Por ello el criterio relativo a la angustia o interferencia acusadas del DSM-IV-TR es necesario para distinguir las formas clínicas más severas de los trastornos de fobia social de las variantes subclínicas leves de la ansiedad social halladas en toda la población no-clínica (Heckelman & Schneier, 1995).

Pauta clínica 9.1

La fobia social se caracteriza por una acusada y persistente ansiedad, incluso angustia, a menudo en numerosas situaciones interpersonales y/o de actuación pública en las que la persona teme el escrutinio o la evaluación negativa de los demás que la llevará a ruborizarse, humillarse o avergonzarse. Una preocupación clave es que la conducta interpersonal, la apariencia o la expresión de ansiedad sean negativamente juzgadas por los demás. La ansiedad anticipatoria puede ser muy intensa, llevando al individuo a la evitación extensiva de las situaciones sociales temidas, así como a la producción de respuestas inhibitorias involuntarias y a esfuerzos por disimular la ansiedad cuando la situación social sea inevitable.

Timidez y fobia social

Existe bastante confusión sobre la relación entre la timidez y la fobia social; algunos autores subrayan las características compartidas de la alta ansiedad social y miedo a la evaluación negativa de los demás (Stravynski, 2007), mientras que otros señalan las diferencias cuantitativas importantes para que ambas no sean consideradas como sinónimos (Bruck & Check, 1995). La timidez, como la fobia social, ha sido descrita como ansiedad, incomodidad e inhibición en las situaciones sociales y miedo a la evaluación negativa de los demás, especialmente de las figuras de autoridad (Heiser, Turner & Beidel, 2003). Algunos han concluido que la fobia social es muy similar a la timidez crónica (Henderson & Zimbardo, 2001; Marshall & Lipsett, 1994). Además, el establecimiento de líneas divisorias claras entre la timidez y la fobia social ha sido difícil porque (1) no existe consenso sobre la definición de la timidez; (2) pueden compartir muchos rasgos conductuales, cognitivos y fisiológicos; (3) se derivan de diferentes tradiciones de investigación, y la timidez ha sido estudiada por los psicólogos sociales, de la personalidad y de *counseling*, mientras que la fobia social es un tema de investigación de la psicología clínica y (4) sus diferencias pueden ser de naturaleza más cuantitativa que cualitativa (Bruch & Check, 1995; Heckelman & Schneier, 1995; Rapee, 1995b).

La timidez es un rasgo normal de personalidad que conlleva cierto grado de nerviosismo, inhibición y auto-conciencia en la interacción social. Butler (2007) describía la timidez como la sensación de retraimiento ante los encuentros sociales y la retirada al propio self debido a la incomodidad física (p. ej., tensión, sudores, temblores), a la sensación de ansiedad, a la inhibición o a la incapacidad de expresarse, así como a la excesiva auto-focalización de la atención. Zimbardo definía la timidez como “un estado de individuación elevado caracterizado por la excesiva preocupación egocéntrica y desasosiego ante la evaluación social... con la consecuencia de que la persona tímida se inhibe, se retrae, evita y huye” (citado en Henderson & Zimbardo, 2001, p. 48). A pesar de las similitudes con la fobia social, existen también diferencias importantes. En comparación con la fobia social, la timidez está mucho más extendida en la población general, puede ser menos crónica o resistente, se asocia con menos evitación y menos deterioro funcional y los individuos tímidos pueden ser más capaces de participar en la interacción social cuando así sea necesario (Beidel & Turner, 2007; Bruch & Check, 1995).

En la Tabla 9.3 se presentan algunas diferencias importantes entre la timidez y la fobia social (Turner, Beidel & Townsley, 1990).

Tabla 9.3. Rasgos distintivos de la fobia social y de la timidez

Timidez	Fobia social
• Rasgo de personalidad normal • Ante todo inhibición y reticencia social • Puede participar en interacciones sociales cuando sea necesario • Menos propenso a evitar las situaciones sociales • Altamente prevalente en la población • Curso más transitorio para muchos individuos • Aparición temprana, quizá en los años preescolares • Menor deterioro de la vida cotidiana	• Trastorno psiquiátrico • Presencia de ansiedad notable, incluso angustia, en las situaciones sociales evaluativas • Propenso a mostrar una ejecución social pobre • Evitación más frecuente y generalizada de situaciones sociales • Menor índice de prevalencia • Mayor duración, más crónica y no-remitente • Aparición tardía en la adolescencia • Mayor deterioro social y ocupacional

La fobia social es, indudablemente, una condición mucho más severa que la timidez, siendo una de sus características distintivas la evitación severa y generalizada de las situaciones sociales. Aunque las diferencias sean de naturaleza más cuantitativa que cualitativa (Rapee, 1995b), Beidel y Turner (2007) concluían en su revisión que la fobia social no debería ser considerada como una forma extrema de timidez. Los estudios que han comparado directamente la prevalencia de la timidez y de la fobia social confirman la distinción de ambos síndromes. Chavita, Stein y Malcane (2002) hallaron que sólo el 36% de los individuos con altos niveles de timidez satisfacían los criterios de la fobia social generalizada en comparación con el 4% de los individuos que presentaban timidez media o normativa. En otro estudio, sólo el 17% de los estudiantes universitarios tímidos satisfacían los criterios diagnósticos de la fobia social (Heiser et al., 2003) y los análisis de la muestra de datos de la NCS revelaban una prevalencia crónica para la fobia social del 28% en las mujeres y 21% en los hombres que manifestaban haber sufrido una timidez infantil excesiva (Cox, MacPherson & Enns, 2005). Por el contrario, sólo el 51% de las mujeres y el 41% de los hombres con fobia social compleja (generalizada) y crónica había sufrido timidez infantil excesiva. En conjunto estos hallazgos indican que la timidez y la fobia social, aunque significativamente relacionadas entre sí, no pueden ser consideradas equivalentes.

Subtipos de fobia social: generalizada versus específica

El DSM-IV-TR (APA, 2000) permite la distinción entre un subtipo de fobia social generalizada y otro de fobia social específica o circunscrita. Desafortunadamente los criterios para establecer esta distinción no son muy específicos. La fobia social generalizada (FSG) puede especificarse cuando los individuos temen la mayoría de las situaciones sociales, incluidas tanto las situaciones que conllevan actuaciones en público como las interacciones sociales. Sin embargo, no se especifica la cantidad de situaciones temidas necesarias para poder diagnosticarse como FSG. El “subtipo específico” de fobia social está aún menos definido. El DSM-IV-TR señala que este subtipo puede ser bastante heterogéneo incluyendo a personas que temen sólo una única situación de actuación en público (es decir, hablar en

público) así como a personas que temen la mayoría de las actuaciones públicas pero no las situaciones sociales. En su comunidad de estudio, Wittchen, Stein y Kessler (1999) hallaron una prevalencia global del 5,1% para la fobia social específica y un 2,2% para la FSG, en una población cuyas edades oscilaban entre 14 y 24 años, y el subtipo específico se caracterizaba por los miedos a las pruebas de ejecución y a hablar en público.

Existe un amplio debate en la literatura sobre la validez de la distinción entre la fobia generalizada y la específica. No sólo son ambiguas las descripciones del DSM-IV-TR de la fobia social específica o generaliza, incluso los investigadores emplean diferentes definiciones del subtipo específico, desde emplear el término para referirse sólo al miedo a hablar en público hasta una definición más global que incluye el miedo a múltiples situaciones correspondientes al dominio social, como las situaciones de actuación social (véase Hofmann & Barlow, 2002). Además, un problema adicional de la clasificación en subtipos es que la fobia social parece residir en un continuo de gravedad sin límites claros que permitan la delineación de subtipos. Los análisis taxométricos indican que la ansiedad social favorece un modelo dimensional de gravedad (Kollman, Brown, Liverant & Hofmann, 2006) y los estudios de base comunitaria no han logrado hallar una demarcación clara de los subtipos en base a las situaciones sociales temidas (p. ej., Stein, Torgrud & Walter, 2000; Vriends, Becker, Meyer, Michael & Margraf, 2007a). Estos hallazgos sugieren que la distinción generalizada podría confundirse con la gravedad de los síntomas de modo que el especificador pudiera estar seleccionando arbitrariamente los más graves del continuo de la ansiedad social.

Otros autores, sin embargo, han defendido que la especificación de un subtipo generalizado constituye una distinción clínicamente muy útil. La mayoría de los individuos con fobia social que buscan tratamiento suelen satisfacer los criterios del subtipo generalizado (véase Beidel & Turner, 2007; p. ej., Kollman et al., 2006), mientras que la fobia social específica puede ser más frecuente en muestras comunitarias (Wittchen et al., 1999). Además la FSG se asocia con mayor gravedad de los síntomas, depresión, evitación y miedo a la

evaluación negativa, así como con un mayor deterioro funcional, aparición anterior, mayor cronicidad y aumento de diagnósticos comórbidos del Eje I y Eje II (p. ej., Herbert, Hope & Bellack, 1992; Holt, Heimberg & Hope, 1992; Kessler, Stein & Berlund, 1998; Manuzza et al., 1995; Turner, Beidel & Townsley, 1992; Wittchen et al., 1999). En general, los hallazgos indican que los subtipos de fobia social generalizada versus específica distinguen realmente la gravedad de las situaciones sociales temidas, siendo la FSG la forma más grave de fobia social que es además la que con mayor frecuencia se observa en los contextos clínicos. Por esta razón la perspectiva cognitiva descrita en este capítulo es relevante, sobre todo, para la FSG.

Pauta clínica 9.2

En lugar de constituir diferentes subtipos, la fobia social varía a lo largo de un continuo de gravedad, con formas más leves que conllevan miedo a una serie limitada de situaciones sociales y formas más graves, generalizadas, de fobia social caracterizadas por el miedo a una amplia cantidad de situaciones tanto de interacción como de actuación en público.

Fobia social y trastorno de personalidad por evitación

El diagnóstico de la FSG comparte muchas características con el trastorno de personalidad por evitación (TPE), pudiendo incluso equipararse entre sí, lo que ha llevado a los investigadores a cuestionar si realmente constituyen dos condiciones, tal y como se describen en la actualidad en el DSM-IV (Sanderson, Wetzler, Beck & Betz, 1994; Tyrer, Gunderson, Lyons & Tohen, 1997; van Velzen, Emmelkamp & Scholing, 2000; Widiger, 1992). Como puede apreciarse en los criterios diagnósticos del TPE de la Tabla 9.4, tanto la FSG como el TPE comparten muchos elementos porque en esencia ambos se caracterizan por un patrón generalizado de incomodidad, inhibición y miedo a la evaluación negativa en una amplia variedad de contextos sociales e interpersonales (Heimberg, 1996).

La revisión de Heimberg (1996) concluía que aproximadamente el 60% de los individuos con FSG satisfacían los criterios de TPE en

comparación con el 20% de fobia social no-generalizada. Además, casi todos los individuos con TPE satisfacen los criterios diagnósticos de la fobia social (Brown, Heimberg & Juster, 1995; Herbert et al., 1992; Turner et al., 1992). Dada esta estrecha relación entre la FSG y el TPE, cada vez que los individuos satisfacen los criterios diagnósticos de la fobia social, debería evaluarse también la posibilidad del TPE.

La comparación de la presentación clínica entre la FSG con y sin TPE generalmente ha revelado que los individuos con FSG y TPE presentan mayor gravedad de síntomas, comorbidez diagnóstica, deterioro funcional, deficiencias en las habilidades sociales y posiblemente menos motivación y respuesta a la TCC (p. ej., Holt et al., 1992; van Velzen et al., 2000; véanse también Beidel & Turner, 2007; Heimberg, 1996). Recientemente Chambless, Fydrich y Rodebaugh (2006) hallaron que la FSG con TPE se caracterizaba por una forma más grave de fobia social y habilidades sociales más pobres comparada con la FSG sin TPE, siendo la única diferencia cualitativa la baja auto-estima en el grupo de TPE. Los autores concluían que el TPE DSM-IV debería ser considerado como una forma grave de la FSG y no como un diagnóstico diferente.

Tabla 9.4. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el trastorno de personalidad por evitación

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- (1) evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo
 - (2) es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar
 - (3) demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado
 - (4) está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales
 - (5) está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad
 - (6) se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás
 - (7) es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras
-

Nota. De Asociación Americana de Psiquiatría (2000). Copyright de Asociación Americana de Psiquiatría. Reproducción autorizada.

Beidel y Turner (2007) formularon diversas propuestas de tratamiento que pueden defender la utilidad clínica del mantenimiento del diagnóstico del TPE. Estos autores señalan que los individuos con TPE pueden presentar menor tolerancia al tratamiento basado en la exposición y, por lo tanto, requieren un enfoque más gradual. Indicaban también que los individuos con TPE pueden presentar mayores déficits en habilidades sociales y un menor funcionamiento social/ocupacional, por ello, el entrenamiento en habilidades sociales puede ser un ingrediente esencial del tratamiento cuando esté presente el TPE. A pesar de estas observaciones clínicas, la investigación empírica desarrollada hasta la fecha sugiere que la ansiedad social debería conceptualizarse como un continuo de gravedad donde la fobia social específica o circunscrita se encontraría en el extremo más leve, la fobia social generalizada sin TPE en el intervalo moderado y la fobia social generalizada con TPE en el extremo más grave del trastorno (McNeil, 2001).

Pauta clínica 9.3

El trastorno de personalidad por evitación (TPE) es una forma grave de fobia social generalizada (FSG), asociado con una mayor psicopatología e incapacitación funcional. Dadas las complicaciones terapéuticas que pueden asociarse a este diagnóstico, conviene incluir la evaluación del TPE en el protocolo de diagnóstico para la fobia social.

Epidemiología y características clínicas

Prevalencia

La fobia social es el más común de los trastornos de ansiedad y de entre todos los trastornos mentales el que ocupa el tercer lugar en frecuencia. El NCS, siguiendo los criterios del DSM-III-R para la fobia social, halló que la prevalencia anual era del 7,9% y la prevalencia global era del 13,3% (Kessler et al., 1994). Además, dos tercios aproximadamente de estos individuos presentaban FSG y la población restante padecía sólo miedo a hablar en público, que era menos persistente o incapacitante (Kessler et al., 1998). El NCS-R más

reciente basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV hallaba una prevalencia anual del 6,8% y una prevalencia global del 12,1% para la fobia social (Kessler, Berglund et al., 2005; Kessler, Chiu et al., 2005). La alta prevalencia de la fobia social también ha sido hallada en otros estudios epidemiológicos y comunitarios a gran escala (p. ej., Newman et al., 1996). Existen asimismo algunas pruebas de que la incidencia de la fobia social puede seguir aumentando con el paso del tiempo (Rapee & Spence, 2004).

Como se ha manifestado previamente, las formas más leves de ansiedad social son más prevalentes que la fobia social en la población general. Se ha observado que la inhibición social, el miedo a la evaluación negativa, la ansiedad y los sentimientos de inferioridad en las situaciones sociales aparecen con una frecuencia entre ocasional y moderada en la mayoría de los individuos no-clínicos. En este mismo orden, el miedo y la evitación de las situaciones sociales son habituales en el trastorno de angustia, en el TAG y en la agorafobia (Rapee et al., 1988). Lo que distingue a la fobia social es la cantidad de situaciones sociales temidas y el grado de deterioro funcional (Rapee et al., 1988; Stein et al., 2000).

Diferencias dependientes del género y de la cultura

A diferencia de otros trastornos de ansiedad, el ratio del género para la fobia social no se inclina tanto a favor de las mujeres. El ratio aproximado es de 3:2, es decir, cada 3 mujeres con fobia social pueden hallarse 2 hombres. En el NCS, la prevalencia global para las mujeres era del 15% y para los hombres del 11,1% (Kessler et al., 1994). Sin embargo, Rapee (1995b) señala que es casi idéntica la cantidad de hombres y de mujeres que solicitan tratamiento para la fobia social, aunque los estudios realizados sobre cuestionarios no-clínicos sugieren que las mujeres pueden sentir mayor ansiedad social y más timidez que los hombres (p. ej., Wittchen et al., 1999). Las diferencias culturales también pueden apreciarse en el ratio del género para la fobia social. En un estudio realizado con una muestra turca de 87 individuos con fobia social DSM-III-R, el 78,2% eran hombres (Gökalp et al., 2001).

Se han hallado algunas diferencias culturales en la prevalencia de la fobia social DSM-III o DSM-IV. En los estudios epidemiológicos trasnacionales (CNES) se encontró un aumento cuatro veces mayor de la fobia social en los países occidentales de habla inglesa en comparación con países del este asiático como Taiwán y Corea del Sur (véase Chapman, Mannuzza & Fyer, 1995). Los autores se cuestionaban si esto era el reflejo de diferencias reales en los índices de fobia social en las diferentes culturas. Dudaban de si las preguntas de la entrevista carecían de relevancia cultural fuera de los países occidentales. Además, existen también condiciones análogas a la fobia social que son específicas de ciertos países asiáticos y que no se incluían en el estudio, como el “*taijin kyofu-sho*” (TKS) en Japón, que es un miedo persistente e irracional a causar alguna ofensa, humillación o daño a los otros debido a alguna incapacidad o inadecuación personal (Chapman et al., 1995).

Incluso en los mismos países occidentales donde los índices de fobia social eran bastante similares, la presentación clínica del trastorno puede verse afectada por factores culturales. Por ejemplo, un estudio que comparó la fobia social en muestras americanas, suecas y australianas, observó que la muestra sueca mostraba significativamente más miedo a comer/beber en público, a escribir en público, a las reuniones y a hablar con figuras de autoridad (Heimber, Makris, Juster, Öst & Rapee, 1997). Por lo tanto, la fobia social se encuentra en la mayoría de los países del mundo pero las preocupaciones sociales, la presentación de síntomas e incluso el umbral del trastorno puede variar de unas culturas a otras (Hofmann & Barlow, 2002; Rapee & Spence, 2004). En este mismo orden, las variables mediadoras de la ansiedad social pueden diferir de unas culturas a otras. Por ejemplo, la vergüenza tiene un rol mediador mucho más intenso en la ansiedad social para las muestras chinas que para las americanas (Zhong et al., 2008).

Edad de aparición y curso

Normalmente la fobia social aparece por primera vez en la adolescencia entre media y tardía, lo que implica que suele tener una aparición posterior a las fobias específicas pero una aparición ante-

rior al trastorno de angustia (Öst, 1987b; Rapee, 1995a). En el NCS-R, la edad media de presentación de la fobia social era de 13 años, que es una edad sustancialmente más joven que la de aparición del trastorno de angustia, TAG, TEPT y TOC (Kessler, Berglund et al., 2005). De hecho, muchos individuos con fobia social manifiestan haberla sufrido durante toda la vida, y entre el 50 y el 80% revelaban que el trastorno había aparecido en la niñez (Otto et al., 2001; Stemberger, Turner, Beidel & Calhoun, 1995). La aparición temprana se asocia con un curso más crónico y grave del trastorno (Beidel & Turner, 2007).

En general se cree que la fobia social que no es tratada adopta un curso crónico e irremisible (Beidel & Turner, 2007; Hofmann & Barlow, 2002; Rapee, 1995b). Este punto de vista recibe el respaldo de numerosos estudios longitudinales en los que la mayoría de los individuos con fobia social revelan un curso crónico que puede durar años, e incluso décadas (Chartier, Hazen & Stein, 1998; Keller, 2003; véase Vriends et al., 2007b, para resultados opuestos). Al igual que ocurre con otros trastornos, es muy probable que entre quienes solicitan tratamiento exista una mayor proporción de individuos con la forma más crónica de fobia social.

Son diversas las variables que predicen la cronicidad de la fobia social. La presencia de un trastorno de personalidad concomitante, especialmente el TPE, se asocia con una menor probabilidad de remisión (Massion et al., 2002), y el subtipo generalizado de fobia social se caracteriza por una mayor cronicidad. En coherencia con otros trastornos de ansiedad, una mayor gravedad de síntomas y psicopatología, así como un aumento del deterioro funcional se asocian con un curso más resistente y estable de la fobia social (p. ej., Chartier et al., 1998; Vriends et al., 2007b).

Efectos perjudiciales de la fobia social

La fobia social se asocia con un menor logro educativo, con la pérdida de la productividad laboral, la falta de progreso laboral, mayores índices de dependencia económica y deterioro grave en el funcionamiento social (p. ej., Keller, 2003; Schneier, Johnson, Hornig,

Liebowitz & Weissman, 1992; Simon et al., 2002; Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986; Zhang, Ross & Davidson, 2004). En el NCS, los individuos con fobia social revelaban significativamente más incapacitación profesional que los individuos con agorafobia, pero menos días de absentismo laboral (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, 1996). De forma similar a otros trastornos de ansiedad, la fobia social con ansiedad comórbida (p. ej., angustia, TAG) o depresión genera un mayor deterioro funcional (Magee et al., 1996).

Los individuos con fobia social juzgan su propia calidad de vida como significativamente peor que los individuos no-clínicos (Safren, Heimberg, Brown & Holle, 1996-1997). Un meta-análisis sobre la calidad de vida en los trastornos de ansiedad revelaba que la fobia social tenía efectos negativos similares en las áreas sociales, laborales y familiares al trastorno de angustia y al TOC (Olatunji et al., 2007). En suma, la fobia social es un trastorno mental grave que puede tener efectos negativos sostenidos sobre la satisfacción vital y la vida cotidiana.

Retraso en el tratamiento y uso de servicios

A pesar de los negativos efectos del trastorno, los individuos con fobia social presentan algunos de los índices más bajos de utilización del tratamiento de entre todos los trastornos de ansiedad. Una vasta mayoría de individuos con fobia social nunca solicitan tratamiento para su condición. En el NCS, los individuos con fobia social mostraban menores índices de solicitud de ayuda profesional que los individuos con fobia simple o agorafobia (Magee et al., 1996). Además, sólo el 24,7% de los individuos que satisfacían los criterios DSM-IV para la fobia social en el NCS-R había hecho, por lo menos, una visita al especialista en salud mental en un período de 12 meses (Wang, Lane et al., 2005). En el mismo estudio, la duración media del retraso en el primer contacto para el tratamiento era de 16 años para la fobia social, un tiempo de retraso sustancialmente mayor que el del trastorno de angustia, TG, TEPT o depresión mayor (Wang, Berglund et al., 2005). En este mismo orden, acudían con mucha menor frecuen-

cia a las consultas de medicina general que los individuos con trastorno de angustia (Deacon et al., 2008). En suma, los individuos con fobia social son menos propensos a solicitar tratamiento y la minoría que llega a establecer el contacto inicial lo hace muchos años después de instaurado el trastorno. Además, la fobia social tiende a pasar desapercibida para los médicos y otros profesionales de la salud, añadiéndose así al problema del escaso recurso a los servicios (Wagner, Silvoe, Marnane & Rouen, 2006). De hecho, el análisis de los datos del NCS-R confirma también que el trastorno no recibe el tratamiento debido, con algunas pruebas indicativas de que quienes mayor necesidad de tratamiento tienen menos propensos son a recibirlo (Ruscio, Brown et al., 2007).

Pauta clínica 9.4

La fobia social es el más generalizado de los trastornos de ansiedad, afectando levemente más a las mujeres que a los hombres, con diferencias culturales en el índice y en la presentación clínica. El trastorno normalmente brota en la infancia tardía o adolescencia y adopta un curso crónico e irremisible que perjudica significativamente al funcionamiento social y laboral del individuo. A pesar de estos efectos negativos, los individuos suelen demorar mucho la solicitud de tratamiento.

Trastornos asociados

La fobia social puede ser difícil de distinguir de otros trastornos de ansiedad porque la ansiedad social es un síntoma común en todos los trastornos de ansiedad y los índices de enfermedades concomitantes son muy altos en las personas que presentan un diagnóstico principal de fobia social (Turner & Beidel, 1989). Rapee et al. (1988) hallaron que el 80% de los individuos con trastorno de angustia, TAG o fobia simple revelaba como mínimo, un miedo leve en una o más situaciones sociales y que más del 50% revelaba miedo moderado y evitación. Al mismo tiempo, los índices de fobia social secundaria más grave que satisfacen los criterios diagnósticos son altos entre los individuos con otro trastorno primario de ansiedad o depresión mayor. En un amplio estudio clínico realizado por Brown et al.

(2001), la fobia social secundaria estaba presente en cantidades muy importantes de pacientes con trastorno de angustia (23%), TAG (42%), TOC (35%), TEPT (41%) y depresión mayor (43%).

El índice de comorbilidad de los individuos con un diagnóstico principal de fobia social parece similar a los índices globales hallados en otros trastornos de ansiedad. Los índices globales de comorbilidad oscilan entre el 69 y el 88% (Brown et al., 2001; Kessler, Berglund et al., 2005; Schneier et al., 1992; Wittchen et al., 1999), y aproximadamente tres cuartos de los individuos con fobia social suelen satisfacer los criterios de otro trastorno mayor. En la mayoría de los casos la fobia social precede a la aparición del otro trastorno (p. ej., Brown et al., 2001; Schneier et al., 1992) y se asocia con un deterioro funcional mayor que en los casos menos complejos de fobia social (Wittchen et al., 1999).

Los índices más altos de trastornos asociados con la fobia social son la depresión mayor, el abuso de sustancias, el TAG y, en menor grado, el trastorno de angustia. En el NCS, el 56,9% de los individuos con fobia social presentaba además otro trastorno de ansiedad, siendo el más común la fobia simple (37%), la agorafobia (23,2%) y el TAG (13,3%) (Magee et al., 1996). La depresión mayor se encontraba en el 37,2% y el abuso de sustancias en el 39,6% de los casos de fobia social. En el NCS-R la fobia social presentaba correlaciones notablemente altas con el TAG, el TEPT, la depresión mayor, el trastorno de hiperactividad/déficit de atención y la drogodependencia (Kessler, Chiu et al., 2005).

Se podrían esperar altos índices de consumo de alcohol en la fobia social como forma de auto-medicación (Rapee, 1995b), pero los hallazgos de los estudios epidemiológicos sugieren que los índices asociados de abusos de sustancias no son superiores en la fobia social que en el resto de los trastornos de ansiedad o en la depresión mayor (Grant et al., 2004). Sin embargo, en una revisión reciente Morris, Stewart y Ham (2005) concluían que los individuos con fobia social generalizada presentan índices altos de trastornos asociados por consumo de alcohol que podrían vincularse a los miedos a la evaluación negativa y a las expectativas de que el alcohol reduzca la ansiedad social.

Dado el importante declive del funcionamiento asociado a la fobia social, una cantidad importante de individuos con dicho trastorno desarrollan también una depresión mayor y presentan índices elevados de ideación e intentos de suicidio (Schneier et al., 1992). De hecho, tanto la fobia simple (24,3%) como la fobia social (27,1%) presentaban los índices globales más altos de depresión mayor secundaria entre los trastornos de ansiedad del NCS, y la depresión mayor solía aparecer 11.9 años aproximadamente después de la aparición de la fobia social (Kessler et al., 1996). Por último, los trastornos del Eje II se asocian comúnmente con la fobia social, siendo el más habitual el TPE, aunque también se hayan revelado altos índices del trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad (véase Beidel & Turner, 2007; Heimberg & Becker, 2002; Turner, Beidel, Borden, Stanley & Jacobs, 1991).

Según el DSM-IV-TR, cuando la ansiedad social y la evitación se derivan de otras condiciones médicas que puedan justificarla como los temblores en la enfermedad de Parkinson, las cicatrices faciales, la obesidad, la tartamudez, etc. (APA, 2000), no suele hacerse un diagnóstico de fobia social. Sin embargo, esta restricción podría ser excesivamente rigurosa. Stein, Baird y Walter (1996), por ejemplo, hallaron que el 44% de los pacientes que solicitan tratamiento para la tartamudez satisfacía los criterios diagnósticos de la fobia social, cuando el diagnóstico se realizaba sólo porque la ansiedad social era excesiva dada la gravedad de su falta de fluidez. Por lo tanto, se requiere una evaluación prudente del contexto y de la gravedad de la ansiedad social para determinar si es una respuesta razonable o exagerada para la condición médica general.

Pauta clínica 9.5

Dados los altos índices de depresión mayor concomitante, ansiedad generalizada, fobias específicas, agorafobia y abuso de sustancias en la fobia social, el terapeuta debe realizar una evaluación diagnóstica exhaustiva de estas condiciones al tratar la fobia social. Además, antes del tratamiento también deberían evaluarse la frecuencia, intensidad y duración de las crisis de angustia.

Sucesos vitales negativos y adversidad social

A semejanza de los restantes trastornos de ansiedad, la fobia social se asocia con un aumento del índice de adversidades infantiles, aunque la relación no sea tan intensa como la observada en otros trastornos de los estados anímicos (Kessler, Davis & Kendler, 1997). En su modelo etiológico de la fobia social, Rapee y Spence (2004) proponían que los acontecimientos vitales negativos y experiencias de aprendizaje más específicas podían contribuir al aumento de riesgo de ansiedad social patológica para los individuos con un “punto establecido” de alta ansiedad social genéticamente mediada. En el contexto presente, nosotros estamos más interesados en si ciertos acontecimientos interpersonales adversos o si los individuos con fobia social experimentan los acontecimientos interpersonales de forma más adversa, incluso traumática que pudiera reforzar su ansiedad social.

Las estimaciones relativas a la herencia sugieren que el 30% de la probabilidad del trastorno en la fobia social se debe a factores genéticos, dejando aún un margen amplio para la influencia de los factores ambientales (Kendler et al., 1992b). De hecho, se ha hallado una asociación significativa entre los sucesos traumáticos de la infancia como el abuso físico o sexual así como las adversidades infantiles como la falta de una relación próxima con un adulto, el conflicto marital en la familia de origen, los frecuentes cambios de domicilio, huir de casa, suspender cursos y equivalentes, y el aumento de riesgo a sufrir trastornos de ansiedad, incluida la fobia social, en la edad adulta (Chartier, Walter & Stein, 2001; Kessler et al., 1997; Stemmerger et al., 1995). Los índices de fobia social entre los supervivientes de agresión sexual o física durante la infancia oscilan entre el 20 y el 46%, siendo el TEPT, el TAG y las fobias específicas los más prevalentes (Pribor & Dinwiddie, 1992; Saunders et al., 1992). Los mayores niveles de abuso emocional durante la infancia (Giba, Chelmski & Zimmerman, 2007) y los acontecimientos adversos durante la niñez, como las rupturas familiares, el conflicto familiar, los estilos negativos de atención por parte de los progenitores, como la sobreprotección, la agresión verbal y el rechazo, y la psicopatología en los progenitores se han vinculado con el aumento de riesgo de fobia social (p. ej., Lieb et al., 2000; Magee, 1999).

Si los miedos a las situaciones sociales se adquieren, entonces podríamos esperar que la fobia social se asocie con un mayor índice de experiencias sociales adversas. En su documento de revisión Alden y Taylor (2004) concluían que los individuos con fobia social tienen menos relaciones sociales y éstas son más negativas a lo largo de su vida y su estilo interpersonal provoca respuestas más negativas en los demás que crean un ciclo interpersonal auto-perpetuante. No es tan firme que los acontecimientos sociales adversos desempeñen una función en la etiología de la fobia social. Ciertamente, las personas tienden a juzgar a los individuos socialmente ansiosos de forma más negativa y menos deseable que a los individuos no-ansiosos socialmente (Alden & Taylor, 2004). Harvey, Ehlers y Clark (2005) administraron el Cuestionario de Historia de Aprendizaje a 55 individuos con fobia social, a 30 individuos con TEPT y a 30 controles no-clínicos. El grupo de fobia social revelaba que sus progenitores habían sido significativamente menos propensos a animarles a participar socialmente, eran emocionalmente más fríos y habían sido menos tendentes a precaverles de los peligros de los acontecimientos sociales que el grupo no-clínico. Además, los problemas con los compañeros de aula y la inadaptación a sus compañeros eran las experiencias más comunes que revelaban los participantes en relación al desarrollo de la fobia social. Curiosamente, sólo el 13% de la muestra con fobia social señaló que un acontecimiento condicionante fuera la principal razón de la aparición de su fobia social y sólo cuatro de las 12 variables investigadas eran significativas para la fobia social frente al TEPT. Kimbrel (2008) concluía que es aún incierto si el abandono y la exclusión de los semejantes son causa o consecuencia de la ansiedad social.

En resumen, las experiencias sociales negativas, particularmente durante los años formativos de la infancia y de la adolescencia, contribuyen probablemente al desarrollo de la fobia social. Es también probable que los individuos tímidos y socialmente ansiosos experimenten más acontecimientos sociales negativos que los individuos socialmente menos ansiosos, en parte porque su estilo interpersonal provoca una respuesta menos positiva de los demás (Alden & Taylor, 2004). Sin embargo, es dudoso que los individuos socialmente fóbicos experimenten sucesos interpersonales cualitativamente más

traumáticos o que desarrollen su fobia social en respuesta a un único acontecimiento social traumático. A nuestro parecer no son los factores ambientales o sociales sino las respuestas cognitivas a las experiencias sociales las que constituyen el rasgo distintivo de la fobia social. En otras palabras, el factor más crítico en la etiología de la fobia social puede ser la interpretación negativa que hacen los individuos tímidos o socialmente ansiosos de sus interacciones sociales con los demás.

Déficits de habilidades sociales

Es abundante el debate que se ha producido en la literatura sobre si la fobia social se caracteriza o no por una deficiencia en las habilidades sociales o si la principal diferencia es que los individuos con fobia social perciben su actuación en las situaciones sociales de forma más negativa (Hofmann & Barlow, 2002). Diversos modelos etiológicos de la fobia social han incluido la incapacidad para la ejecución social como factor de mantenimiento importante (Beck et al., 1985, 2005; D.M. Clark & Wells, 1995; Kimbrel, 2008; Rapee & Heimberg, 1997; Rapee & Spence, 2004). En los modelos cognitivos, la incapacidad para la ejecución social se considera como consecuencia de la ansiedad en la situación social. Por ejemplo, D.M. Clark y Wells (1995) mencionan diferentes conductas sociales negativas que se derivan de los sentimientos de ansiedad ante los que nos rodean como la evitación de la mirada, un tono de voz inestable, manos temblorosas, comportarse de forma menos amigable con los demás, evitar la auto-apertura y equivalentes. Beck et al. (1985, 2005) se refieren a diversas conductas inhibitorias automáticas que afectarán negativamente a la ejecución social. Rapee y Spence (2004) distinguen la ejecución social interrumpida debida al aumento de ansiedad de la carencia de habilidades sociales (p. ej., habilidades de conversación pobres, falta de asertividad, pasividad, sumisión). La función de los déficits en las habilidades sociales influye significativamente sobre el tratamiento. En ausencia de habilidades sociales positivas, el entrenamiento en habilidades sociales será un componente importante del tratamiento.

Es bastante obvio que la experiencia de elevada ansiedad en las situaciones sociales evaluativas perjudica significativamente la actuación social. No es tan obvio, sin embargo, si los individuos con fobia social carecen del conocimiento social o de la habilidad aprendida para actuar socialmente, lo que en sí mismo contribuye al desarrollo de la fobia social (Rapee & Spence, 2004). Ciertamente los individuos con fobia social se perciben a sí mismos como menos efectivos socialmente que los individuos no-ansiosos (p. ej., Alden & Philips, 1990; Stangier, Esser, Leber, Risch & Heidenreich, 2006). Además, cuando la actuación social es valorada por observadores externos, los individuos con fobia social tienden a exhibir menos proximidad e interés y son visiblemente más ansiosos, menos dominantes, generan menos conductas verbales positivas y generalmente exhiben una actuación global más pobre que los grupos no-ansiosos de comparación (p. ej., Alden & Bieling, 1998; Alden & Wallace, 1995; Mansell, Clark & Ehlers, 2003; Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993; Walters & Hope, 1998). Sin embargo, los individuos con fobia social valoran sistemáticamente su ejecución social de forma más negativa que los observadores externos (p. ej., Abbott & Rapee, 2004; Alden & Wallace, 1995; Mellings & Alden, 2000; Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993). Asimismo, está bien establecido que los individuos socialmente ansiosos no siempre muestran una conducta social maladaptativa. Alden y Taylor (2004) señalan que la aparición de conductas maladaptativas depende del contexto social, siendo los individuos socialmente ansiosos más tendentes a mostrar una ejecución social más pobre cuando anticipan una situación evaluativa o ambigua.

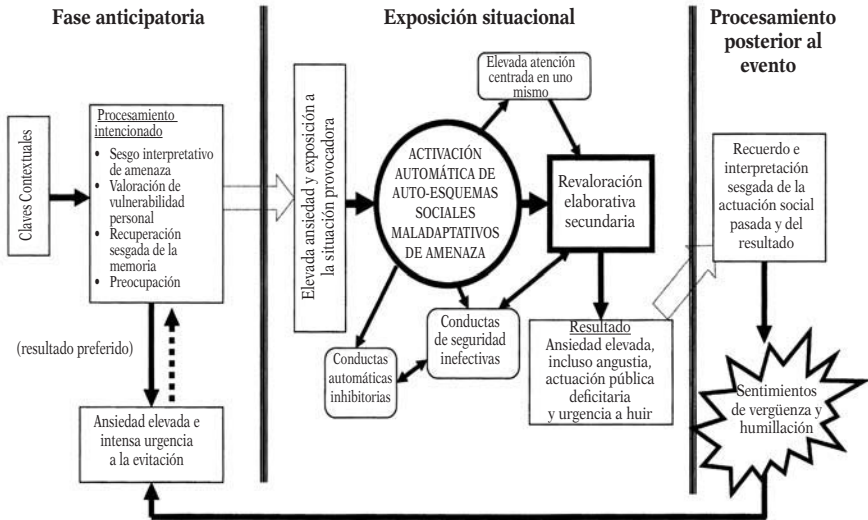
Podemos concluir, en consecuencia, que los déficits reales en habilidades sociales desempeñan, como mucho, una función probablemente menor en la etiología de la fobia social (Rapee & Spence, 2004). Al mismo tiempo es obvio que los individuos socialmente ansiosos actúan, de hecho, con menor destreza en ciertos contextos sociales, fundamentalmente como consecuencia de su elevada ansiedad y conducta inhibitoria automática. Sin embargo, la especificidad situacional de este déficit de actuación, así como el bien documentado sesgo auto-evaluativo negativo, indican que los factores cognitivos influyen más que los déficits conductuales en el desarrollo y mantenimiento de la fobia social.

Pauta clínica 9.6

Los individuos con fobia social han podido sufrir experiencias sociales más negativas porque han disfrutado de menos reacciones positivas de los demás a consecuencia de las deficiencias en sus propias conductas sociales cuando la ansiedad es elevada o se hallan en contextos sociales desconocidos. Sin embargo, su evaluación subjetiva negativa respecto a su ejecución social es muy exagerada y es el principal contribuyente en la persistencia de su ansiedad social.

Teoría cognitiva de la fobia social***Descripción del modelo***

Una justificación teórica de la fobia social debe tomar en consideración tres características que son exclusivas de este trastorno. La primera, que los sentimientos de rubor y vergüenza suelen ser las emociones negativas dominantes que se derivan del encuentro social y no tanto la ansiedad misma (Beck et al., 1985; 2005; Hofmann & Barlow, 2002). La segunda, que la ansiedad intensa asociada a las situaciones sociales suele provocar conductas inhibitorias automáticas y esfuerzos para ocultar dicha ansiedad, lo que produce el desafortunado efecto de perjudicar la actuación pública y causa la catástrofe que más teme la persona socialmente fóbica: la evaluación negativa de los demás (Beck et al., 1985, 2005). A diferencia del trastorno de angustia en el que repetidamente la catástrofe no ocurre (p. ej., el infarto), la catástrofe percibida en la fobia social suele producirse con mucha frecuencia a consecuencia de los efectos disruptivos de la ansiedad. Y la tercera, que la ansiedad misma se convierte en amenaza secundaria a medida que los individuos con fobia social se creen en el deber de disimular la ansiedad para evitar la evaluación negativa de los demás. El modelo se basa en la teoría cognitiva de las ansiedades evaluativas descrito por Beck et al. (1985, 2005) así como en las importantes contribuciones de D.M. Clark y Wells (1995) y de Rapee y Heimberg (1997). La siguiente descripción contempla tres fases de la fobia social: la fase anticipatoria, la exposición misma a la

Figura 9.1. Modelo cognitivo de la fobia social

situación social y el procesamiento que se realiza a continuación del acontecimiento. En la Figura 9.1 se ilustra este modelo cognitivo refinado y detallado de la fobia social.

Fase anticipatoria

En la mayoría de los casos existe alguna reserva ante el inminente encuentro social que para los individuos con fobia social puede provocar casi tanta ansiedad como la exposición a la misma interacción social. Esta fase anticipatoria podría estar favorecida por diversas claves informativas o contextuales como, por ejemplo, encontrarse en un lugar que lleve a la persona a recordar el futuro acontecimiento social (p. ej., pasar cerca del recinto donde se celebrará la reunión). La duración de la fase anticipatoria puede variar, desde minutos en algunos casos, hasta días o semanas en otros. Sería de esperar que la ansiedad se intensifique a medida que el acontecimiento social sea más inminente, lo que coincide con el concepto de Riskind (1997)

del estilo maladaptativo de amenaza. En esta misma línea, cuanto más intensa sea la ansiedad anticipatoria, más probable es que la evitación sea el resultado preferido. La evitación generalizada de la interacción social es la piedra angular de la fobia social porque es considerada como el modo más efectivo de eliminar la ansiedad anticipatoria. En consecuencia, los individuos sienten una intensa urgencia a la evitación cuando anticipan un acontecimiento social futuro incluso aunque reconozcan sus efectos perjudiciales (p. ej., no devolver la llamada al propio inversor de bolsa).

En nuestro caso ilustrativo Gerald experimentaba con frecuencia una intensa ansiedad anticipatoria cada vez que sospechaba la posibilidad de un encuentro social. Solía comenzar inmediatamente a elaborar estrategias para evitar la situación social y mantener su aislamiento de los demás. Sin embargo, la evitación no es siempre posible y, en consecuencia, la ansiedad experimentada durante esta fase conllevará que el individuo socialmente fóbico acceda a la situación social en un estado de ansiedad elevada.

La base cognitiva de la ansiedad social anticipatoria conlleva, sobre todo, los procesos elaborativos e intencionados a medida que el individuo piensa voluntariamente en el acontecimiento social venidero. Se activarán los auto-esquemas sociales maladaptativos preexistentes, que conllevan creencias de inadecuación social percibida, la naturaleza angustiosa de la ansiedad, los juicios negativos imaginados de los demás y la incapacidad de cumplir los estándares esperados de actuación social. Los auto-esquemas sociales negativos tenderán a dominar el pensamiento de la persona socialmente ansiosa en relación al inminente acontecimiento social. Gerald, por ejemplo, pensaría en las personas que le estarían mirando y tratando de iniciar conversaciones con él, lo que él interpretaría como altamente amenazante. La posibilidad de aceptación por parte de los demás y la ejecución social positiva serían completamente descartadas. Durante la fase anticipatoria los individuos socialmente ansiosos se auto-evalúan también como vulnerables e incapaces de satisfacer las expectativas percibidas de ejecución social de la tarea inminente. Los recuerdos de las situaciones sociales pasadas, especialmente de las que sean similares al suceso futuro, estarán sesgados por el recuerdo de

experiencias que conllevaron una intensa ansiedad social y humillación, llevándolos a una expectativa exagerada de amenaza y vulnerabilidad personal ante el acontecimiento social anticipado. Esto dará lugar a un proceso de preocupación a medida que el individuo comience a inquietarse por la amenaza y peligro del acontecimiento social venidero. Cuanto más tiempo se estanque el individuo en el proceso de rumiación ansiosa más se magnificarán la probabilidad y la gravedad esperadas del resultado negativo. Gerald experimentaba una intensa preocupación cada vez que se convocaba una reunión de trabajo. Sólo podía pensar en la terrible ansiedad que había sentido en las reuniones pasadas y en el alivio que experimentaba cada vez que encontraba una excusa para no acudir a la reunión.

Exposición situacional

Evidentemente, los individuos con fobia social se encuentran en situaciones sociales que son inevitables y es en estos instantes cuando más intensa suele ser la ansiedad. Durante la situación social temida suelen activarse los procesos automáticos y los procesos cognitivos voluntarios. El proceso cognitivo central es la activación automática de los auto-esquemas sociales maladaptativos de amenaza y vulnerabilidad que derivan en un sesgo atencional para la amenaza, un mayor foco en las señales internas de ansiedad, conductas automáticas inhibitorias, evaluación secundaria negativa del propio estado emocional y de la propia actuación y el uso inefectivo de las conductas de seguridad. En la Tabla 9.5 se enumera un listado de los esquemas maladaptativos claves que caracterizan a la fobia social.

Los esquemas que caracterizan a la fobia social son muy específicos de las situaciones sociales y no serán observables en las situaciones que no incluyan el componente social. Es la exposición misma o la anticipada a la situación social temida la que activará el grupo de auto-esquemas sociales maladaptativos. Este grupo incluye las creencias nucleares disfuncionales (p. ej., “Soy aburrido”, “Soy diferente de los demás”, “No gusto a las personas”), las presunciones condicionales erróneas (p. ej., “Si las personas llegaran a conocerme, no me aceptarían”; “Si me ruborizo frente a los demás, advertirán que estoy

Tabla 9.5. Auto-esquemas sociales maladaptativos en la fobia social

Contenido del esquema	Ejemplos
Creencias nucleares de un self social inútil, débil o inferior	"Soy aburrido", "No soy una persona amigable", "No tiendo a gustar a las personas", "Soy socialmente raro", "No encajo".
Creencias sobre los demás	"Las personas son críticas con los demás", "En las situaciones sociales las personas siempre están evaluándose entre sí", "Los individuos están constantemente escudriñando al resto de las personas, buscando sus errores y debilidades".
Creencias sobre la desaprobación	Es horrible recibir la crítica de los demás", "Sería horrible que los otros pensarán que soy débil e incompetente", "Sería insoportable, una catástrofe personal, avergonzarse frente a los demás".
Creencias sobre los estándares de actuación social	"Es importante no mostrar ninguna señal de debilidad o pérdida de control frente a los demás", "Debo mostrarme seguro y competente interpersonalmente en todas mis interacciones sociales", "Siempre debo de parecer razonablemente inteligente e interesante ante los demás".
Creencias sobre la ansiedad y sus efectos	"La ansiedad es una señal de debilidad emocional y pérdida de control", "Es importante no mostrar ningún signo de ansiedad relativa a los demás", "Si las personas ven que me ruborizo, sudo, tiemblo, etc., se preguntarán qué me ocurre", "Si siento ansiedad, no estaré preparado para funcionar en esta situación social", "No puedo soportar sentirme ansioso ante los demás".

ansioso y pensarán que algo me ocurre") y reglas rígidas de actuación social (p. ej., "No debo mostrar ninguna señal de ansiedad o debilidad", "Debo tener el control siendo sobresaliente e ingenioso") (D.M. Clark, 2001; D.M. Clark & Wells, 1995).

De la activación automática de los auto-esquemas sociales maladaptativos se derivan varias consecuencias. La primera es una alteración atencional automática para el procesamiento de las señales internas y externas de amenaza social. El feedback externo, en forma de señales verbales y no-verbales, que se recibe de los otros y puede ser interpretado como señal de posible evaluación negativa, suele recibir prioridad de procesamiento atencional (Rapee & Heimberg, 1997), mientras que las señales sociales externas indicativas de seguridad (es decir, aprobación) o "aceptación benigna" serán ignoradas o minimizadas. Además, la información interna como los síntomas de ansiedad o la evaluación negativa "en línea" con la propia actuación social reci-

birá prioridad atencional porque es coherente con los auto-esquemas sociales maladaptativos y la representación mental negativa del modo en que los individuos con fobia social creen ser percibidos por los demás en la situación social. De hecho, la “*representación mental del self tal y como ha sido percibida por la audiencia*” que “se basa en el modo en que el individuo cree que le ve la audiencia en cualquier momento” (Rapee & Heimberg, 1997, p. 744) es un constructo cognitivo central del modelo de fobia social de Rapee y Heimberg.

Una segunda consecuencia de la activación de esquemas es la elevada atención centrada en uno mismo durante la interacción social (véanse D.M. Clark, 2001; D.M. Clark & Wells, 1995). La activación de los esquemas de amenaza social produce hipervigilancia y observación del propio estado interno, especialmente cualquier señal física, emocional y conductual que pudiera ser interpretada como signo de ansiedad y pérdida de control. Los individuos socialmente ansiosos asumen que las demás personas advierten también sus síntomas de ansiedad, que entonces se convierten en la base de su evaluación negativa. De este modo la información interoceptiva refuerza la representación mental de la persona socialmente ansiosa sobre el modo en que asume que le perciben los demás. D. M. Clark y Wells (1995) subrayan dos consecuencias adicionales asociadas con el aumento de atención centrada en uno mismo. Como la mayoría de los recursos atencionales se destinan al auto-monitoreo, queda poca atención disponible para el procesamiento de información externa de los individuos en el contexto social. En consecuencia los individuos no procesan la información social que podría contradecir sus esquemas maladaptativos de amenaza. Además, el intenso auto-monitoreo produce un tipo de razonamiento emocional o “razonamiento *exconsequentia*” (Arntz et al., 1995) de modo que los individuos socialmente ansiosos asumen que los demás también deben observar lo que ellos sienten. Este *procesamiento del self como objeto social negativo* es un concepto clave del modelo de D.M. Clark y Wells (1995) que considera que los individuos con fobia social están “atrapados en un sistema cerrado en el que la mayoría de las pruebas que confirman sus temores es auto-generada y las evidencias que la desmienten (como las respuestas de otras personas) son inaccesibles o ignoradas” (D.M. Clark, 2001, p. 408). Por ejemplo, las manos y piernas de Gerald solían temblar cada

vez que se sentía muy ansioso en las situaciones sociales. Como él era tan consciente de estas sensaciones físicas, asumía que los demás podrían advertir sus temblores, concluyendo que debía estar nervioso, y que se preguntarían si él sufriría alguna enfermedad mental que fuera la causante de su extraña conducta.

La aparición de conductas inhibitorias involuntarias es otra consecuencia importante de la activación de auto-esquemas sociales negativos en las situaciones sociales. Los individuos con fobia social suelen mostrarse inhibidos en los encuentros sociales tal y como se observa en su postura rígida y tensa, expresión facial tirante y, a menudo, el discurso inarticulado con tartamudez y la dificultad para encontrar la palabra apropiada o quedarse mudo. Los individuos con fobia social reconocen que tienden a comportarse de esta manera cuando sienten ansiedad social y que estas conductas inhibitorias no sólo son percibidas por los otros, sino que probablemente serán interpretadas por éstos de una manera negativa. Como se sienten incapaces de contrarrestar los efectos negativos de la inhibición sobre su actuación social, esta tendencia hacia la inhibición en la fobia social conduce a la pérdida percibida de control, al aumento de la percepción de vulnerabilidad personal y de la ineptitud social, y consecuentemente al aumento de ansiedad. La relación directa entre la amenaza social y la aparición de la inhibición es fácilmente visible en el hecho de que los individuos con fobia social pueden mostrarse naturales y articulados en las situaciones no-amenazantes.

Una cuarta consecuencia de la activación de los esquemas de amenaza social es la confianza en las conductas de búsqueda de seguridad u ocultación a fin de minimizar o incluso prevenir la evaluación negativa. Aunque la búsqueda de seguridad pueda tener menos impacto negativo sobre la ansiedad que la inhibición involuntaria, su contribución a la persistencia de la ansiedad no debería pasarse por alto. D. M. Clark (2001) señalaba que las estrategias de búsqueda de seguridad incluyen tanto las conductas abiertas (p. ej., evitación del contacto ocular, músculos tensos de brazos y piernas para controlar los temblores) como los procesos mentales (p. ej., memorizar lo que se ha de decir en el contexto social, contestar con respuestas breves y concisas en la conversación). Sin embargo, estas estrategias de afron-

tamiento pueden aumentar paradójicamente los mismos síntomas que la persona teme y atraen la atención ajena, causando en consecuencia el aumento del riesgo de la evaluación negativa de los demás (D.M. Clark, 2001).

La activación de esquemas maladaptativos y sus consecuencias asociadas perjudicarán también a los procesos de pensamiento conscientes y elaborativos durante el encuentro social. La persona socialmente ansiosa experimentará un aumento de la frecuencia y saliencia de los pensamientos e imágenes de amenaza social. Una evaluación y reevaluación consciente e intencionada de las señales internas y externas reforzará la inferencia amenazante. La discrepancia percibida por la persona socialmente fóbica entre lo que considera el estándar de actuación esperado que sostienen los demás y su conducta real contribuirá a la conclusión de que está siendo negativamente juzgada por quienes le rodean. Cuanta mayor sea la firmeza con que la persona socialmente ansiosa crea que los presentes en una situación social particular se han formado una impresión negativa de ella, mayor será su nivel de ansiedad y más generalizados los efectos adversos de su actuación social.

Procesamiento posterior al evento

A semejanza de otras teorías cognitivo-conductuales de la fobia social, el presente modelo sostiene que el procesamiento posterior al evento, un proceso cognitivo que conlleva el recuerdo detallado y la reevaluación de la propia actuación tras la situación social, desempeña una función clave en el mantenimiento de la ansiedad social (Brozovick & Heimberg, 2008). Los fóbicos sociales no pueden huir completamente de su ansiedad cuando concluye la exposición a la situación social porque, a menudo, inician una revisión y evaluación “*post-mortem*” de su actuación social y del resultado de la misma (D.M. Clark & Wells, 1995). Evidentemente su recuerdo y reevaluación del evento social y de su actuación en el mismo está sesgado por información congruente a los esquemas de amenaza social e ineptitud. Al fin, son propensos a concluir que su actuación y la percepción de los demás han sido mucho más negativas de lo que realmente han sido. A menudo se produce un proceso de rumiación en la fase poste-

rior al evento, de tal manera que cuanto más piense uno en la interacción social, peor es el resultado a consecuencia del foco y elaboración selectiva de la posible desaprobación y fracaso (Brozovich & Heimberg, 2008). Gerald tendía a revisar las actividades realizadas con los amigos y concluía que sentía una ansiedad e incomodidad tan intensas que el esfuerzo no le merecía la pena. A semejanza de lo que ocurría a Gerald, el procesamiento posterior al acontecimiento para la mayoría de los individuos con fobia social produce evaluaciones congruentes con los esquemas de amenaza social y vulnerabilidad que conducen a sentimientos de humillación y vergüenza sobre los encuentros sociales pasados y, a su vez, aumentan la ansiedad anticipatoria y la urgencia a evitar la interacción social futura.

Estado empírico del modelo cognitivo

Durante la última década el volumen de investigación correlacional y experimental que ha demostrado el sesgo de procesamiento de información para la información relativa a la amenaza social en la fobia social ha crecido exponencialmente (para revisiones, véanse Alden & Taylor, 2004; Bögels & Mansell, 2004; D. M. Clark, 2001; D. M. Clark & McManus, 2002; Heimberg & Becker, 2002; Heinrichs & Hofmann, 2001; Hirsch & Clark, 2004; Wilson & Rapee, 2004). Los críticos sostienen que sigue sin ser definitiva la función de los procesos cognitivos sesgados en la ansiedad social, especialmente en lo que respecta a la importancia etiológica (Beidel & Turner, 2007; véase también Stravynski, Bond & Amado, 2004). En su revisión Heinrichs y Hofmann (2001) concluían que existe un respaldo parcial para el modelo cognitivo, especialmente para la atención e interpretación sesgadas de la información social auto-referente. A nuestro entender, existe mucho respaldo empírico que defiende la disfunción cognitiva en la fobia social, aunque coincidimos en que se necesitan aún estudios prospectivos e investigación experimental más sofisticada de laboratorio para determinar el estatus causal de los factores cognitivos (véase también D. M. Clark & McManus, 2002). En los siguientes apartados comentamos las seis hipótesis que son centrales al modelo cognitivo reformulado de la fobia social. Aunque se consideren como

factores determinantes en la fobia social, no disponemos aún de suficiente investigación sobre la inhibición involuntaria como para incluir este concepto en nuestra revisión de la literatura.

Hipótesis 1

La fobia social se caracteriza por un sesgo de memoria explícita e interpretación de la información social amenazante auto-referente que se evidencia en las fases anticipatoria, de exposición y de procesamiento posterior de la ansiedad social.

Como la existencia del sesgo intencionado y voluntario de procesamiento de información para la amenaza social es evidente en las tres fases de la fobia social, prevemos que los individuos socialmente fóbicos mostrarán la tendencia a exagerar la probabilidad y gravedad de las consecuencias negativas en situaciones sociales relevantes. Varios estudios han administrado eventos sociales hipotéticos medianamente positivos y negativos auto-referentes y han comprobado que los individuos socialmente ansiosos sobrestiman la probabilidad y/o las consecuencias de los eventos sociales negativos en comparación con los individuos que presentan otros trastornos de ansiedad y con los controles no-clínicos (p. ej., Foa et al., 1996; Lucock & Salkovskis, 1988; McManus, Clark & Hackmann, 2000). Wilson y Rapee (2005) usaron un cuestionario más refinado de eventos sociales hipotéticos para mostrar que el sesgo de juicio de la amenaza se relaciona específicamente con la fobia social y que consiste en creencias relativas a que los demás nos percibirán negativamente, a que el evento es indicativo de características propias negativas y a que el evento tendrá consecuencias adversas a largo plazo (véase también Wenzel et al., 2005). Este sesgo de juicio negativo es específico para todos los acontecimientos sociales tanto positivos como negativos (Breadle & Wenzel, 2004; Voncken et al., 2003) y se reduce significativamente mediante la TCC (Foa et al., 1996; Ludock & Salkovskis, 1988; McManus et al., 2000).

Los individuos con ansiedad social presentan una tendencia significativamente mayor a seleccionar interpretaciones negativas ante acontecimientos sociales hipotéticos ambiguos auto-referentes pero no ante los no-sociales en comparación con personas que presentan

otros trastornos de ansiedad o grupos no-clínicos (Amir et al., 1998b; Constans et al., 1999; Stopa & Clark, 2000). Sin embargo, estudios más recientes sugieren que cuando los individuos con fobia social hacen “inferencias en línea” (es decir, inferencias extraídas la primera vez que se encuentran con la información), el principal problema es la incapacidad de mostrar un sesgo inferencial positivo para los escenarios sociales ambiguos que sea característico del grupo no-ansioso (Amir et al., 2005; Hirsch & Mathews, 1997, 2000). Además, los individuos con ansiedad social alta pueden ser entrenados para formular interpretaciones positivas y benignas de los escenarios sociales ambiguos y este sesgo aprendido de interpretación reduce los niveles de ansiedad prevista ante un encuentro social anticipado pero no los niveles de ansiedad de estado del momento (Murphy, Hirsch, Mathews, Smith & Clark, 2007). Estos hallazgos sugieren que el sesgo de interpretación evidente la primera vez que los fóbicos sociales se encuentran con una situación social, se caracteriza por la incapacidad para acceder a inferencias positivas o benignas mientras que las interpretaciones posteriores, más reflexivas que se basan en creencias maladaptativas preexistentes muestran sesgo negativo de amenaza (D.M. Clark, 2001; véanse también Hirsch & Clark, 2004; Hirsch et al., 2006).

Una última predicción de la primera hipótesis es que los individuos con fobia social mostrarán un sesgo de memoria para la información negativa o amenazante asociada con las situaciones sociales pasadas y con su actuación en las mismas. Sin embargo, Coles y Heimberg (2002) concluían en su revisión que existe poco respaldo relativo al sesgo de memoria explícita para la información de amenaza en la fobia social, siendo sólo 2 de 11 estudios los que demuestran el efecto previsto. En la mayoría de los estudios los individuos socialmente fóbicos no mostraban un sesgo de memoria claro para las palabras negativas de amenaza social en comparación con los controles no-ansiosos (p. ej., Lundh & Öst, 1997; Rapee et al., 1994; Rinck & Becker, 2005). Además, el sesgo de memoria de la amenaza no es visible cuando los individuos con fobia social recuerdan pasajes sociales más complejos (Breadle & Wenzel, 2004; Wenzel & Holt, 2002) o fragmentos de videos socio-evaluativos negativos (Wenzel, Finstrom et al., 2005). Además, el sesgo de memoria para la amenaza

no se ha observado en respuesta a la presentación de claves de memoria autobiográfica para palabras de amenaza social (Rapee et al., 1994; Wenzel et al., 2002; Wenzel, Werner, Cochran & Holt, 2004).

En resumen, existe un sólido y sistemático respaldo empírico para la Hipótesis 1 derivado de los estudios sobre el sesgo de interpretación para información social negativa y ambigua. Sin embargo, no se sabe con certeza si el sesgo de interpretación de la amenaza sólo se produce cuando el individuo con fobia social reflexiona sobre sus experiencias sociales pasadas, caracterizando la ausencia de un sesgo de interpretación positivo auto-promotor las inferencias más inmediatas que se producen cuando los individuos se encuentran en una situación social. Es también escaso el respaldo hallado para el sesgo de memoria explícita en la fobia social, pero esto podría deberse al uso de estímulos externamente inválidos o a que se ha cebado un estado emocional irrelevante en el momento de la recuperación del recuerdo (Coles & Heimberg, 2002; Mansell & Clark, 1999).

Pauta clínica 9.7

La terapia cognitiva contempla la tendencia de los individuos socialmente fóbicos a formular inferencias exageradas de amenaza cuando reflexionan sobre sus experiencias sociales y sobre su incapacidad para acceder a inferencias positivas durante las situaciones de exposición social.

Hipótesis 2

La organización esquemática en la fobia social consiste en creencias nucleares relativas a un self social inadecuado, la naturaleza amenazante de la interacción social y una representación mental negativa del modo en que los demás perciben a uno en la situación social.

En la fobia social los esquemas maladaptativos activados por la exposición misma o anticipada de una situación social evaluativa conlleva creencias negativas sobre la inadecuación de la propia habilidad social, la naturaleza amenazante o crítica de las interacciones sociales y una auto-imagen negativa en la que los individuos socialmente

ansiosos asumen que causan una impresión negativa sobre los demás (D. M. Clark, 2001). En esencia, la organización esquemática en la fobia social ronda sobre cuestiones relacionadas con el self social. Las pruebas relativas al sesgo de interpretación explícita para la amenaza social en medidas retrospectivas (véase Hipótesis 1) respaldan las predicciones de los auto-esquemas sociales negativos activados de la Hipótesis 2. Sin embargo, se han desarrollado otras tres líneas de investigación que han contemplado directamente esta cuestión.

En la primera línea de investigación, una serie de estudios de cuestionarios ha hallado un aumento significativo de las cogniciones sociales evaluativas negativas que es específico de la fobia social en comparación con los restantes trastornos de ansiedad o los controles no-clínicos (p. ej., Becker et al., 2001; Beidel et al., 1985; Turner & Beidel, 1985; Turner et al., 1986). Sobre la base de medidas de cuestionario y de pensamiento en voz alta, generados por individuos socialmente ansiosos tras haber participado en una conversación de 7-8 minutos, Stopa y Clark (1993) hallaron que el grupo socialmente ansioso presentaba cogniciones auto-evaluativas significativamente más negativas y confiaba más en sus pensamientos negativos que los individuos con otros trastornos de ansiedad (véase también Magee & Zinbarg, 2007). Un reciente estudio de cuestionario sugiere que cualquier experiencia que conlleve llamar la atención ajena o el aumento de la conciencia en uno mismo, tanto si es positiva como negativa, podría estar relacionada con la ansiedad social (Weeks et al., 2008).

El segundo cuerpo de investigación ha demostrado que la fobia social podría caracterizarse por la memoria implícita (es decir, procesos de codificación y retención automáticos e involuntarios) y por un sesgo asociativo que refleja la activación de auto-esquemas sociales negativos. Usando una variedad de paradigmas experimentales, los individuos socialmente ansiosos han mostrado un sesgo de memoria implícita para los videos o frases de amenaza social (Amir et al., 2003; Amir, Foa & Coles, 2000) pero no para palabras de amenaza social previamente presentadas (Lundh & Öst, 1997; Rapee et al., 1994; Rinck & Becker, 2005). Son pocos los estudios que han recurrido al Test de Asociación Implícita (IAT, *Implicit Association Test*) para presentar resultados definitivos pero se sugiere que la

ansiedad social alta se asocia con una auto-estima implícita menos positiva (Tanner et al., 2006), aunque de Jong (2002) no encontró tal diferencia. En este punto, sólo podemos concluir que el respaldo derivado de la investigación sobre los procesos empíricos obtenido por la Hipótesis 2 es débil e incoherente en el mejor de los casos.

Gran parte de la investigación relevante a la Hipótesis 2 ha estudiado la presencia de una auto-imagen negativa en la fobia social que conlleva el “procesamiento del self como objeto social” (D. M. Clark & Wells, 1995, p. 72). En el presente modelo, esta auto-imagen negativa refleja la activación de auto-esquemas sociales maladaptativos. Diversos resultados han confirmado dicha formulación. En base a una entrevista semiestructurada, los individuos con fobia social revelaban más imágenes negativas espontáneas de cómo pueden ser vistos por los demás, que los individuos con ansiedad social baja mientras recordaban un episodio reciente de ansiedad social (Hackmann et al., 1998). Mansell y Clark (1999) hallaron que sólo los individuos con ansiedad social alta presentaban una correlación significativa entre las sensaciones corporales percibidas mientras daban un discurso y las auto-valoraciones del grado de ansiedad que creían mostrar a los demás. Cuando los voluntarios socialmente ansiosos fueron asignados al azar a sostener mentalmente una imagen negativa o una imagen de control mientras interactuaban brevemente con un cómplice, la condición de auto-imagen negativa elicita significativamente más ansiedad, mayor uso de las conductas de seguridad, peor actuación social y creencias de que parecían estar más ansiosos y actuaban menos bien ante el cómplice (Hirsch, Meynen & Clark, 2004; véase también Hirsch, Clark, Williams & Morrison, 2005).

Otros estudios han encontrado que los individuos con fobia social son más propensos que los controles no ansiosos a adoptar la perspectiva del observador (es decir, a verse a sí mismos desde un punto de vista externo) al recordar las situaciones sociales más amenazantes o tras completar un rol play de interacción social (Coles, Turk, Heimberg & Fresco, 2001; Coles, Turk & Heimberg, 2002). Tienden también más a establecer comparaciones sociales más favorables para los demás (Antony et al., 2005) y a experimentar el “efecto punto de mira” (es decir, tendencia a sobrestimar el grado en que los

demás ven y prestan atención al propio aspecto externo) en las situaciones sociales evaluativas (Brown & Stopa, 2007). Todos estos procesos son relevantes para generar la auto-imagen negativa en la fobia social que refleja la activación de auto-esquemas sociales negativos (es decir, “cómo creo que me ven los demás”).

En general existen pruebas emergentes de que la auto-imagen negativa que implica la perspectiva ajena (es decir, “cómo creo que me ven los demás”) es un proceso cognitivo básico en la fobia social. Los estudios más recientes sugieren que la manipulación de este auto-esquema social podría tener efectos causales sobre las inferencias de amenaza social, ansiedad subjetiva y conductas de seguridad que son procesos centrales en el mantenimiento de la fobia social. Sin embargo, la investigación sobre los aspectos más automáticos o implícitos de la activación de esquemas en la fobia social ha producido resultados incoherentes hasta la fecha. En este momento el respaldo que recibe la Hipótesis 2 es modesto con muchas cuestiones no resueltas aún sobre la estructura e interrelaciones de los auto-esquemas sociales negativos en la fobia social.

Pauta clínica 9.8

Un rasgo central de la terapia cognitiva para la fobia social es la especificación y reestructuración precisa de los auto-esquemas sociales negativos. Esto requiere la corrección de las falsas presunciones que sostiene la persona socialmente ansiosa sobre cómo cree que le ven los demás.

Hipótesis 3

Durante la exposición situacional, los individuos con fobia social mostrarán un sesgo atencional automático para la información interna y externa de amenaza social.

Una de las previsiones centrales del modelo cognitivo es que los individuos con fobia social se muestran hipervigilantes a la información de amenaza social que sea congruente con sus auto-esquemas sociales negativos (Beck et al., 1985, 2005). Así, los recursos atencio-

nales se dirigirán preferentemente hacia la información de amenaza social congruente con sus esquemas, especialmente durante la exposición a las situaciones sociales.

Algunas de las primeras investigaciones sobre el sesgo atencional automático para la amenaza en la fobia social recurrieron a la tarea de Stroop. Tal y como se preveía, la mayoría de los estudios observaron una inferencia significativamente mayor para las palabras de amenaza social (Becker et al., 2001; Grant & Beck, 2006; Hope et al., 1990; Mattia et al., 1993), aunque también se hayan encontrado resultados negativos (p. ej., Gotlib, Kasch et al., 2004). Los hallazgos derivados de experimentos de detección de *dot probe* indican que la fobia social se caracteriza por latencias de respuesta más rápidas ante las pruebas seguidas por señales de amenaza social (Asmundson & Stein, 1994; Vassilopoulos, 2005). Además, estos resultados han sido confirmados en una versión modificada del experimento en el que la prueba va precedida por una expresión facial amenazante, sonriente o neutra (Mogg, Philippot & Bradley, 2004; Mogg & Bradley, 2002), aunque Gotlib, Kasch et al. (2004) no lograran hallar un efecto significativo para los rostros amenazantes. En base a la tarea de identificación de un rostro-en-la-multitud, Gilboa-Schechtman et al. (1999) comprobaron también que los individuos con fobia social generalizada presentaban un sesgo atencional para los rostros airados. Otros estudios que han recurrido a tareas visuales modificadas de *dot probe* en las que se muestran parejas de rostros, han hallado que la alta ansiedad social se asocia con el alejamiento de la atención hacia los rostros emocionales (Chen et al., 2002; Mansell et al., 1999). Además, Vassilopoulos (2005) encontró un patrón de vigilancia-evitación en la ansiedad social alta, asociado con una preferencia atencional inicial por las palabras de amenaza social en exposiciones de 200 milisegundos, seguida por un sesgo atencional de alejamiento del mismo tipo de estímulo verbal en 500 milisegundos (véase Amir et al., 1998a, para resultados similares). Recientemente Schmidt et al. (2009) señalaban que el entrenamiento de individuos con fobia social generaliza para atender a rostros neutrales no enfurecidos en una tarea *dot probe* modificada, produce una reducción significativa en la ansiedad social. Esto sugiere que la amenaza atencional puede desempeñar un rol causal en la fobia social.

En resumen, se dispone de pruebas sólidas que confirman que los individuos socialmente ansiosos muestran un sesgo atencional automático para la amenaza social. Estudios recientes indican que el sesgo atencional para la amenaza puede ser particularmente evidente cuando los individuos socialmente fóbicos procesan rostros enfurecidos, un estímulo muy sobresaliente para los individuos con miedo a la evaluación negativa (Stein, Goldin, Eyler, Zorrilla & Brown, 2002). Sin embargo, un patrón más complejo de vigilancia-evitación podría caracterizar mejor el sesgo atencional para la amenaza que se produce en la fobia social (Heimberg & Becker, 2002). Además, es aún incierto si los individuos con fobia social son hipervigilantes a las señales externas de amenaza social o, en lugar de esto, alejan su atención de los estímulos sociales externos a favor de una mayor atención centrada en uno mismo.

Pauta clínica 9.9

En la terapia cognitiva de la fobia social se promueve el procesamiento intencionado y laborioso de las señales sociales positivas para corregir los efectos negativos del sesgo atencional automático del cliente para la amenaza social.

Hipótesis 4

En la fobia social, la exposición a situaciones sociales se asocia con un aumento de la atención centrada en señales internas de ansiedad y en sus efectos adversos sobre la actuación y sobre la impresión negativa percibida de los demás.

Según el modelo cognitivo (véase Figura 9.1), durante la exposición situacional se producirá un aumento del foco de atención en los propios pensamientos, imágenes, respuestas fisiológicas, conductas y sentimientos por efecto de la activación de los auto-esquemas sociales maladaptativos. No disponemos de respaldo empírico sistemático para esta hipótesis. Los individuos con fobia social prestan menos atención al contexto externo y más atención a sus cogniciones negativas centradas en su propia persona cuando se enfrentan a una

experiencia social-evaluativa (p. ej., Daly et al., 1989; Mansell & Clark, 1999). Otros estudios han hallado un sesgo de procesamiento de información más para las señales fisiológicas internas que para los estímulos externos de amenaza social (Mansell et al., 2003; Pineles & Mineka, 2005). Al realizar un discurso improvisado, los individuos con alta ansiedad social manifestaban mayor actividad fisiológica percibida que los individuos con ansiedad social baja, incluso aunque los grupos no difirieran significativamente en el nivel de ansiedad auto-revelada o en la respuesta fisiológica misma (Mauss et al., 2004). En una serie de estudios experimentales, Bögels y Lamers (2002) hallaron que focalizar la atención en uno mismo aumenta la ansiedad social mientras que focalizar la atención en la tarea reduce la ansiedad social. De igual modo, los individuos socialmente fóbicos a quienes se les dijo que su pulso había aumentado mientras anticipaban una interacción social, experimentaron mayor ansiedad y más creencias negativas durante un encuentro social amenazante (Wells & Papageorgiou, 2001; véase Bögels et al., 2002, para resultados opuestos). Posteriormente George y Stopa (2008) usaron un espejo y una cámara de video para manipular la auto-conciencia durante una conversación estándar y hallaron que los estudiantes socialmente ansiosos no podían alejar su atención de los aspectos internos de sí mismos durante la conversación, como también se evidenciaba en el grupo de ansiedad social baja. Por lo tanto, en general existen pruebas suficientes relativas a que los individuos socialmente ansiosos se dedican excesivamente al auto-monitoreo y malinterpretan esta información interoceptiva de un modo que aumenta su ansiedad social (véase Hofmann, 2005).

Otro cuerpo de investigación ha estudiado el modo en que los individuos evalúan sus actuaciones sociales y el modo en que estas evaluaciones difieren en el nivel real de la actuación tal y como fue determinada por observadores. En varios estudios individuos con fobia social valoraban su propia actuación pública en una tarea social evaluativa (p. ej., un discurso improvisado) como significativamente peor que los observadores, aunque estos últimos tendían a valorar peor la actuación del grupo altamente ansioso que la de los individuos con ansiedad social baja (p. ej., Abbott & Rapee, 2004; Alden & Wallace, 1995; Hirsch & Clark, 2007; Mellings & Alden, 2000; Rapee

& Lim, 1992). En su revisión Heimberg y Becker (2002) concluían que los individuos con fobia social muestran déficits de actuación en situaciones sociales evaluativas pero también evalúan su actuación de un modo mucho más negativo que los demás. Podemos concluir que la investigación respalda la Hipótesis 4 y que la fobia social se caracteriza por un sesgo atencional interno y por la interpretación negativa exagerada de las señales interoceptivas indicativas de ansiedad, pérdida de control y actuación inadecuada en público.

Pauta clínica 9.10

La terapia cognitiva contempla el excesivo y perjudicial monitoreo auto-evaluativo del propio estado interno en las situaciones sociales, redirigiendo la atención de la persona socialmente ansiosa hacia el exterior para favorecer el aumento del procesamiento de señales visibles de feedback que existan en el contexto.

Hipótesis 5

Las situaciones sociales temidas provocarán en el individuo socialmente fóbico respuestas compensatorias y de seguridad maladaptativas dirigidas a minimizar o suprimir la expresión de ansiedad.

Aunque sólo unos pocos estudios hayan investigado las conductas de seguridad en la fobia social, existen pruebas emergentes de su función en la persistencia de la ansiedad. Alden y Bieling (1998) hallaron que cuando los individuos socialmente ansiosos usaban conductas de seguridad durante una conversación estándar (p. ej., hablaban brevemente y seleccionaban temas no reveladores), elicitaban más reacciones negativas de los demás. En un estudio más reciente, los individuos con fobia social revelaban un mayor uso de conductas de seguridad y mostraban más déficits de actuación en tareas de conversación estándar y de discurso que los individuos con otros trastornos de ansiedad o los grupos no-clínicos (Stangier et al., 2006). Una vía alternativa de análisis revelaba que las conductas de seguridad mediaban parcialmente las diferencias grupales en la actuación social. En una serie de estudios de caso único, Wells et al. (1995) hallaron que una única

sesión de exposición más la reducción en el uso de las conductas de seguridad era significativamente más efectiva que sólo la sesión de exposición para reducir la ansiedad durante la situación y las creencias catastróficas. En este punto, sólo unos pocos estudios han investigado la función de las conductas de seguridad en la fobia social pero estos hallazgos iniciales sugieren que la búsqueda maladaptativa de seguridad puede influir en la persistencia de la ansiedad social. Se requiere investigación adicional, especialmente sobre la relación entre la conducta inhibitoria involuntaria y la producción de respuestas de afrontamiento de búsqueda de seguridad.

Pauta clínica 9.11

La terapia cognitiva de la fobia social debe contemplar las respuestas cognitivas y conductuales de seguridad o de ocultación.

Hipótesis 6

El procesamiento posterior al evento de las situaciones sociales se caracteriza por un sesgo de memoria autobiográfica explícita para las experiencias sociales negativas en las personas con fobia social.

A diferencia de otros trastornos en los que la ansiedad declina o cesa tras la finalización de la situación amenazante, los individuos con fobia social experimentarán la recurrencia de ansiedad cuando recuerden los incidentes sociales pasados que fueran embarazosos y que estuvieran asociados con una evaluación negativa percibida. El procesamiento posterior al evento que conlleve el recuerdo sesgado repetido y la rumiación sobre sucesos sociales amenazantes aumentará la ansiedad anticipatoria de las situaciones sociales venideras, generando pruebas de amenaza social e ineptitud congruentes con los esquemas.

Los investigadores han comenzado a estudiar la función del procesamiento posterior al evento en la fobia social. En un estudio de Mellings y Alden (2000), los estudiantes con ansiedad social alta y baja, que participaban en una interacción social estándar, fueron evaluados en relación a la rumiación y al recuerdo un año después. El grupo ansioso revelaba significativamente más rumiación y mos-

traba la tendencia a la rumiación posterior al evento para predecir el recuerdo de la información negativa relacionada con uno mismo sobre la interacción del día anterior con el cómplice del laboratorio (véase también Kocovski & Rector, 2008). Abbot y Rappe (2004) hallaron que los individuos socialmente fóbicos participaban en una rumiación significativamente más negativa sobre un discurso improvisado de 3 minutos que habían dado una semana antes y esto se relacionaba con el modo negativo en que habían valorado su ejecución del discurso. Además, 12 semanas de TCC generaban una reducción significativa en la rumiación negativa posterior al evento.

Un estudio de cuestionario de experiencias de aprendizaje pasadas observó que los individuos con fobia social manifestaban rumiar significativamente más que los controles no-clínicos sobre su actuación pobre en situaciones sociales pasadas embarazosas (Harvey et al., 2005). En respuesta a las viñetas que mostraban un evento social embarazoso, los estudiantes con alta ansiedad social experimentaban más pensamientos sobre los aspectos negativos de la situación que los individuos con ansiedad baja, un resultado coherente con el estilo de afrontamiento rumiante post-evento (Kocovski, Endler, Rector & Flett, 2005). En otro estudio, los estudiantes con ansiedad social alta tendían a recuperar más memorias negativas y vergonzosas cuando se les pedía que recordaran un evento social pasado ambiguo (Field, Psychol & Morgan; véase también Morgan & Banerjee, 2008).

Aunque aún de modo preliminar, parece que el procesamiento posterior al evento es un factor contribuyente importante a la ansiedad social. En su revisión Brozovich y Heimberg (2008) concluían que el auto-informe, el diario y los estudios experimentales indican que el procesamiento posterior al evento es un proceso cognitivo prominente que contribuye a la ansiedad social reforzando las impresiones negativas relativas a uno mismo (es decir, representación mental del self a partir de la supuesta perspectiva de la audiencia), los recuerdos negativos de las situaciones sociales y las presunciones negativas de los futuros encuentros sociales (véase también Abbott & Rapee, 2004). Además, el sesgo de la memoria autobiográfica para los aspectos negativos de los acontecimientos sociales pasados puede ser un rasgo cognitivo central del procesamiento posterior al evento que justifique sus efectos sobre la ansiedad. En general, existe respaldo

empírico para la Hipótesis 6, aunque algunos aspectos no se hayan resuelto aún, como por ejemplo si el procesamiento posterior al evento es más probable en las situaciones de actuación que de interacción social, si con el transcurso del tiempo se intensifican los aspectos más negativos y menos positivos y qué función desempeña la imaginación (Brozovich & Heimberg, 2008).

Pauta clínica 9.12

El terapeuta cognitivo debe contemplar también el cambio en el procesamiento posterior al acontecimiento cuando trata la ansiedad social. Esto se logra reduciendo la rumiación negativa relativa a la actuación pasada y favoreciendo una revaloración más positiva de la actuación social pasada y de sus consecuencias.

Fase anticipatoria

Aunque no hayamos elaborado una hipótesis específica sobre el período anticipatorio de la ansiedad social, esto no implica que tratemos de minimizar la importancia de esta fase en la patogénesis de la fobia social. Incluso aunque sólo sean unos pocos los estudios que hayan investigado el procesamiento anticipatorio en la fobia social, los hallazgos preliminares confirman el modelo cognitivo.

Mellings y Alden (2000) hallaron que sólo el grupo de ansiedad social alta sentía más aprensión relativa a participar en una segunda interacción social estándar un día después de completar la conversación inicial no-estructurada de 10 minutos de duración con un cómplice del investigador. Sobre la base de una entrevista semiestructurada que evaluaba períodos de anticipación antes de las interacciones sociales, Hinrichsen y Clark (2003) señalaban que el grupo con ansiedad social alta (1) recordaba más fracasos sociales percibidos del pasado, (2) era más consciente de las sensaciones corporales, pensamientos e imágenes negativas y (3) confiaba más en estrategias cognitivas problemáticas para manejar su ansiedad anticipatoria. En un estudio de continuación, tanto los estudiantes con ansiedad social alta como baja, que recibieron ansiedad anticipatoria comparada con instrucciones de distracción durante 20 minutos de preparación para un discurso, mos-

traron valoraciones de ansiedad significativamente mayores (Hinrichsen & Clark, 2003; véase también Vassilopoulos, 2008).

Pauta clínica 9.13

El procesamiento anticipatorio maladaptativo y sesgado debería contemplarse subrayando el uso de estrategias anticipatorias de planificación y ensayo que se centren en cómo mejorar la actuación social y en cómo resistirse a la urgencia de evitarla.

Evaluación cognitiva y formulación del caso

Se han publicado varias revisiones críticas sobre las medidas cognitivas y de síntomas específicamente desarrolladas para la ansiedad social (p. ej., D. B. Clark et al., 1997; Heimberg & Turk, 2002; Hofmann & Barlow, 2002; Turk, Heimberg & Magee, 2008). En este apartado nos centraremos en algunas de las medidas de síntomas más comunes y en un par de cuestionarios específicos que evalúan el perfil cognitivo de la fobia social. Comenzaremos por una breve consideración de los instrumentos estandarizados para la fobia social y concluiremos con un marco de trabajo para la formulación de caso derivado del presente modelo.

Entrevista diagnóstica y valoraciones clínicas

Se recomienda el ADIS-IV (Brown et al., 1994), con preferencia al SCID-IV (First et al., 1997), al administrar una entrevista diagnóstica estructurada para la fobia social. Los estudios de fiabilidad (Brown et al., 2001) indican que la versión global del ADIS-IV obtenía altos índices de fiabilidad inter-evaluadores para la fobia social ($\kappa = .73$) y para las valoraciones dimensionales de miedo situacional ($r = .86$), evitación ($r = .68$) y gravedad de la interferencia general o angustia ($r = .80$). Si se prefiere una escala de valoración clínica, se recomienda la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS, *Liebowitz Social Anxiety Scale*; Liebowitz, 1987), porque presenta buenas propiedades psicométricas, con una puntuación LSAS total de corte de 30, que dis-

tingue la fobia social de los individuos no-clínicos (Fresco et al., 2001; Heimberg et al., 1999; Mennin et al., 2002). La LSAS ha sido reproducida en el artículo original así como en Heimberg y Turk (2002).

Cuestionarios de síntomas

Escala de Fobia Social y Escala de Ansiedad de Interacción Social

La Escala de Fobia Social (SPS, *Social Phobia Scale*) de 20 ítems y la Escala de Ansiedad de Interacción Social (SIAS, *Social Interaction Anxiety Scale*) de 20 ítems son escalas complementarias elaboradas por Mattick y Clarke (1998) para evaluar el miedo a ser observado por los demás mientras se ejecutan tareas rutinarias y el miedo a una interacción social más general. Ambas escalas presentan una buena coherencia interna (Alphas de Cronbach que oscilan entre .88 y .94), alta fiabilidad test-retest en intervalos de 12 semanas, de .92 (SIAS) y de .93 (SPS), fuerte validez concurrente y adecuada validez convergente con índices basados en entrevistas de ansiedad social así como medidas de cognición negativa (Brown, Turovsky et al., 1997; Cox, Ross, Swinson & Dorenfeld, 1998; Mattick & Clark, 1998; Osman, Gutierrez, Barrios, Kopper & Chiros, 1998; Ries et al., 1998). Los individuos con fobia social presentan puntuaciones significativamente superiores a los grupos de los restantes trastornos de ansiedad o los controles no-clínicos (p. ej., Brown et al., 1997; Mattick & Clarke, 1998) y la SPS y la SIAS son sensibles a los efectos del tratamiento cognitivo-conductual (Cox et al., 1998). Peters (2000) señalaba que una puntuación de corte de 26 en la SPS y de 36 en la SIAS serían óptimas para discriminar la fobia social del trastorno de angustia, mientras que Brown et al. (1997) señalaban que las puntuaciones de corte de 24 (SPS) y 34 (SIAS) serían útiles para detectar pero no así diagnosticar la fobia social. Se pueden obtener copias del cuestionario en Orsillo (2001, Apéndice B) o Mattick y Clarke (1998), donde se reproducen todos los ítems salvo el ítem 5 del SIAS.

Inventario de Fobia y Ansiedad Social

El Inventario de Fobia y Ansiedad Social (SPAI, *Social Phobia and Anxiety Inventory*) es un cuestionario de 45 ítems empíricamente

derivado que evalúa las respuestas físicas, cognitivas y conductuales a varias situaciones de interacción, actuación y observación social (Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989). La administración y la puntuación del SPAI son más complejas y requieren más tiempo que otros cuestionarios de ansiedad. El inventario incluye una subescala de agorafobia de 13 ítems con el fin de diferenciar mejor la fobia social de la agorafobia (Beidel & Turner, 2007). La puntuación total SPAI se calcula substrayendo la puntuación de la subescala de agorafobia a la puntuación de la escala de ansiedad (que pretende ser una medida “más pura” de fobia social) (Turner, Beidel & Bond, 1989).

Las escalas de ansiedad social y de agorafobia del SPAI presentan una coherencia interna aceptable (alphas que oscilan entre .83 y .97; D.B. Clark et al., 1994; Osman et al., 1996) y el SPAI total presenta una fiabilidad test-retest al de 2 semanas del .86 (Turner et al., 1989). Además, el SPAI correlaciona significativamente con otras medidas de ansiedad social y constructos relacionados (Beidel, Turner, Stanley & Dancu, 1989; Cox et al., 1998; Osman et al., 1996; Ries et al., 1998) y discrimina la fobia social de otros trastornos de ansiedad y de los controles no-clínicos (D. B. Clark et al., 1994; Peters, 2000; Turner, Beidel et al., 1989). En este mismo orden, los individuos con fobia social generaliza presentan puntuaciones significativamente más altas que los del subtipo circunscrito (Ries et al., 1989). También es sensible a los efectos del tratamiento (Cox et al., 1998) y el análisis factorial confirma la existencia de dimensiones diferentes de ansiedad social y agorafobia (Osman et al., 1996; Turner, Stanley et al., 1989). Peters (2000) recomienda una puntuación total de corte de 88 para distinguir la fobia social del trastorno de angustia, mientras que el manual recomienda una puntuación de corte de 60 para distinguir la fobia social en las muestras que solicitan tratamiento (Turner, Beidel & Dancu, 1996). Con todo, las puntuaciones límite deben ser empleadas con cautela y sólo con fines de detección porque el 10% de los individuos no-clínicos presentan puntuaciones superiores al límite (Gillis, Haaga & Ford, 1995). Recientemente se ha elaborado un SPAI abreviado de 23 ítems, que parece prometedor como medida comparable con el inventario original (Robertson-Ny, Strong, Nay, Beidel & Turner, 2007). El SPAI de 45 ítems puede ser adquirido a través de Multi-Health Systems Inc. (Turner et al., 1996).

Pauta clínica 9.14

La evaluación de la fobia social debería incluir el ADIS-IV (versión global o actual) y uno de los cuestionarios especializados de síntomas. Tanto el SPAI como las escalas complementarias SPS y SIAS ofrecen información clínica comparable sobre la gravedad de la ansiedad social, así como una evaluación de la efectividad del tratamiento.

Cuestionarios cognitivos de ansiedad social***Escala de miedo a la evaluación negativa***

La Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE, *Fear of Negative Evaluation*) es el cuestionario más usado en la ansiedad social porque evalúa una característica cognitiva central del trastorno, el miedo a la evaluación negativa. La escala de 30 ítems de verdadero/falso fue originalmente elaborada por Watson y Friend (1969) para evaluar la expectativa, aprensión, angustia y evitación de las situaciones sociales evaluativas. Fue pensada para ser administrada juntamente con otra escala complementaria de 28 ítems, la Escala de Evitación y Angustia Social (SAD, *Social Avoidance and Distress Scale*). Aunque la FNE muestra una buena fiabilidad y correlaciona con otras medidas de ansiedad social especialmente en muestras de estudiantes universitarios, se ha cuestionado su validez divergente con la depresión y la angustia general así como su sensibilidad diferencial para la fobia social diagnosticable (véase D.B. Clark et al., 1997; Hope et al., 1996-1997).

Leary (1983) desarrolló una versión abreviada de 12 ítems del FNE y sustituyó la valoración dicotómica por una escala Likert de 5 puntos que oscila entre 1 (“no característico de mí”) y 5 (“extremadamente característico de mí”). La Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa (BFNE, *Brief Fear of Negative Evaluation*) presenta una buena coherencia interna ($\alpha = .90$) y correlaciona altamente con el FNE original ($r = .96$; Leary, 1983). Además, presenta correlaciones positivas con otras medidas de ansiedad social y los individuos con fobia social puntúan significativamente más alto que las muestras comunitarias o con trastorno de angustia (Collins, Westra, Dozois & Stewart, 2005). Sin embargo, el análisis factorial confirmatorio reve-

laba problemas con los cuatro ítems de puntuación inversa (Duke, Krishman, Faith & Storch, 2006; Rodebaugh, Woods et al., 2004). En consecuencia se elaboró un BFNE revisado de 8 ítems (BFNE-II) en el que todos los ítems se formulaban afirmativamente y la puntuación total correlacionada en un .99 con el BFNE de 12 ítems (Carleton, Collimore & Asmundson, 2007). En este punto se recomiendan tanto el BNFE-II de 8 como de 12 ítems. Los ítems del BFNE-II pueden hallarse en Carleton et al. (2007).

Test de Auto-Revelación de Interacción Social

El Test de Auto-Revelación de Interacción Social (SISST, *Social Interaction Self-Statement Test*) consiste en 15 auto-revelaciones positivas (facilitativas) y 15 negativas (inhibitorias) asociadas con interacciones diádicas heterosociales (Glass, Merluzzi, Biever & Larsen, 1982). Algunos investigadores han eliminado el *rol play* e instruyen a los individuos para que valoren la frecuencia de los pensamientos antes, durante o tras cualquier interacción con el sexo opuesto (Dodge, Hope, Heimberg & Becker, 1988). Varios estudios han demostrado que las puntuaciones positivas y negativas del SISST correlacionan con otras medidas de auto-informe de ansiedad social (Dodge et al., 1988; Glass et al., 1982) y los individuos con fobia social presentan puntuaciones significativamente más altas en el SISST negativo y más bajas en el SISST positivo que los restantes grupos de trastornos de ansiedad o controles no-clínicos (Becker, Namour et al., 2001; Beidel et al., 1985; Turner et al., 1986), aunque la subescala SISST negativa puede ser más sensible a la ansiedad social que la subescala SISST positiva (Dodge et al., 1988). Desafortunadamente, el SISST tiene una validez clínica limitada por su foco específico en interacciones heterosociales. Una copia del cuestionario puede encontrarse en el apéndice de Glass et al. (1982), así como en Orsillo (2001, Apéndice B).

Otras pruebas de cognición

Durante los últimos años se han elaborado varias pruebas nuevas para evaluar el contenido del pensamiento en la fobia social. Una de estas pruebas que parece ser particularmente prometedora es la

Escala de Pensamientos y Creencias Sociales (STABS, *Social Thoughts and Beliefs Scale*) de 21 ítems que evalúa las cogniciones negativas de la comparación e ineptitud social en las situaciones sociales (Turner, Johnson, Beidel, Heiser & Lydiard, 2003). Ofrece una fiabilidad test-retest alta y diferencia significativamente la fobia social de otros trastornos de ansiedad. Una copia del STABS puede encontrarse en el artículo original. Una segunda prueba cognitiva es la Valoración de Preocupaciones Sociales (ASC, *Appraisal of Social Concerns*), de 20 ítems que evalúa el grado de amenaza percibida asociada con varias experiencias relevantes de ansiedad social (Telch et al., 2004). La prueba correlaciona con otras medidas de cognición y de síntomas de ansiedad social y es sensible a los efectos del tratamiento. Una copia de esta herramienta puede encontrarse en el artículo original.

Pauta clínica 9.15

Desafortunadamente no existe una prueba estandarizada para la cognición negativa de la fobia social que disfrute de una extendida aceptación y validación. La BFNE-II es la escala que más se aproxima a una medida de pensamientos y creencias evaluativas sociales negativas que presente una aplicabilidad general. El SISST puede usarse para evaluar las cogniciones relevantes a la ansiedad ante la interacción social. El STABS parece ser prometedor como el cuestionario más directo para evaluar las cogniciones negativas en la fobia social pero requiere más investigación antes de ser aceptado para la práctica clínica.

Conceptualización de caso

Una formulación cognitiva de caso explica los procesos cognitivos y conductuales responsables del aumento de ansiedad en la fobia social durante las fases anticipatoria, de exposición y de procesamiento posterior al evento. La formulación de caso sigue el formato general que hemos descrito en el Capítulo 5, destinando atención particular a los procesos cognitivos únicos propuestos en el modelo cognitivo para la fobia social (véase Figura 9.1). En la Tabla 9.6 se presentan los principales elementos de una conceptualización cognitiva para un caso de fobia social, así como ejemplos de preguntas que pueden usarse para evaluar cada constructo.

Tabla 9.6. Elementos de la formulación cognitiva de caso para la fobia social

Elementos de conceptualización de caso	Preguntas claves
Especificar intervalo de situaciones sociales temidas	• ¿Cuáles son las situaciones sociales habitualmente temidas? • ¿Con qué frecuencia ocurren (es decir, diariamente, semanalmente, rara vez)? • Determinar el nivel medio de ansiedad y la amplitud de la evitación asociada a cada situación. • ¿Las situaciones temidas son fundamentalmente de actuación, interacción social o una mezcla de ellas? • ¿Qué situaciones provocan la mayor ansiedad? • ¿Qué situaciones son las más importantes para garantizar el funcionamiento cotidiano del cliente?
Determinar la contribución relativa de los tres componentes	• ¿Con qué frecuencia se asocian la ansiedad anticipatoria, de exposición o procesamiento post-evento a cada situación social temida? • ¿Cuál es la duración habitual de cada fase (es decir, horas, días o semanas)? • ¿Cuál es el nivel medio de ansiedad asociado a cada fase? • ¿Cuál es la consecuencia o resultado asociado con cada fase de ansiedad? • ¿Qué función desempeña cada fase en la persistencia de la ansiedad social de la persona?
Evaluar el sesgo de interpretación de la amenaza y los pensamientos/imágenes ansiosas explícitas	• ¿Cuál es la naturaleza de la amenaza percibida asociada con cada situación temida? • ¿Qué señales sociales externas o <i>feedback</i> percibido de la audiencia refuerza la amenaza social? • ¿Cuál es el peor escenario o catástrofe asociada con la situación de amenaza social? • ¿Cuál es la probabilidad estimada por el cliente de que ocurra la catástrofe o el resultado negativo en la situación social? • Obtener ejemplos de pensamientos e imágenes ansiosas automáticas que se produzcan durante la anticipación, exposición o procesamiento posterior al evento de una situación social temida. • ¿Es capaz el cliente de procesar alguna información competitiva o más positiva cuando siente ansiedad en relación a una situación social?
Evaluar el aumento de la atención centrada en uno mismo, la intolerancia de la ansiedad y la conciencia de las conductas inhibitorias	• ¿Cuál es el grado de exageración de la auto-conciencia y la atención centrada en uno mismo en las situaciones sociales? • ¿Qué sensaciones físicas, conductas, pensamientos o sentimientos se auto-monitorean en los estados de ansiedad? • ¿Cómo se interpretan negativamente estas señales internas? ¿Por qué es tan terrible o catastrófico este estado interno indeseado? • ¿Qué importancia tiene ocultar este estado interno a los demás presentes en la situación social? • ¿Qué aspectos de la ejecución social auto-monitorea el individuo? ¿Cuál es su evaluación de su actuación social? ¿Cómo cree ser visto por los demás presentes en la situación social (es decir, "audiencia")? • ¿Qué conductas inhibitorias están presentes durante la exposición a las situaciones sociales provocadoras de ansiedad? ¿Cuál es su efecto sobre la actuación social y su contribución a la pérdida percibida de control?

Determinar el rol de las estrategias de seguridad y supresión de la ansiedad	• ¿Qué estrategias mentales y conductuales de seguridad emplea el individuo para reducir la ansiedad o prevenir una evaluación negativa de los demás? • ¿Cuál es la efectividad percibida de estas respuestas de seguridad? ¿Es capaz el cliente de revelar alguna consecuencia negativa de estas conductas de seguridad? • ¿Cuál es la tolerancia de la persona a la ansiedad en las situaciones sociales? ¿Qué importancia atribuye a ocultar la ansiedad ante los demás? • ¿Cuál es la discrepancia entre el nivel de actuación social deseado por la persona y su nivel percibido en la actuación misma?
Evaluar la recuperación de la memoria autobiográfica para las experiencias sociales pasadas	• ¿Presenta el individuo tendencia a la rumiación sobre los “fracasos sociales” pasados? • ¿Hay pruebas de revaloración negativa sesgada de la actuación social pasada y del resultado? ¿Es capaz el individuo de recordar aspectos positivos de las experiencias sociales pasadas? • ¿Qué grado de vergüenza o humillación se asocia con las experiencias sociales pasadas?
Formular los auto-esquemas sociales centrales que constituyen la vulnerabilidad a la ansiedad social	• ¿Qué creencias sostiene el individuo sobre cómo le ven quienes le rodean en la situación social? ¿Cuál es el “self como objeto” o “representación mental de uno mismo tal y como lo percibe la audiencia”? (Véase tabla 9.5 para más esquemas centrales de la ansiedad social).

Análisis situacional

El terapeuta cognitivo comienza por identificar toda la gama de situaciones sociales que provocan ansiedad al cliente y éste podría evitar. Es importante identificar también las situaciones moderadamente ansiosas así como las que provocan ansiedad intensa y evitación. Además, a menudo conviene determinar si existen algunas situaciones sociales que no provoquen ansiedad y qué características de dichas situaciones las convierten en seguras para el individuo. En la Tabla 9.6 se enumeran algunas otras características de las situaciones sociales ansiosas que deberían ser evaluadas. El ADIS-IV y las medidas de síntomas como el SPAI pueden aportar información útil. En este mismo orden, los formularios de auto-monitoreo como el Formulario para el Análisis Situacional (Apéndice 5.2) o el Formulario para el Auto-Monitoreo Diario de la Ansiedad Social (Apéndice 9.1) proporcionarán información valiosa sobre las situaciones sociales que eliciten ansiedad y evitación. El terapeuta debería revisar el formulario de auto-monitoreo con el cliente para obtener valoraciones del grado de evitación asociado con cada situación registrada.

En nuestro ejemplo de caso, Gerald identificó una serie de situaciones basadas en la ejecución y de interacción social en el trabajo y en casa que elicitan bastante ansiedad. Por ejemplo, salir de paseo a solas generaba una ansiedad leve (20/100) porque podría encontrarse con alguien a quien conoce, ir al mercado causaba ansiedad moderada (40/100) porque se aumentaba la probabilidad de hablar con una persona conocida y presentar un plan en una reunión de trabajo generaba ansiedad intensa (100/100) porque anticipaba que su ansiedad sería tan severa que su mente se quedaría en blanco, que tartamudearía y que realmente “la armaría” ante las personas. Gerald identificaba 27 situaciones sociales que le generaban una ansiedad entre leve e intensa, cada una asociada a una urgencia entre moderada e intensa a evitar la situación.

Tres fases de la ansiedad social

Puede existir una variabilidad considerable entre los individuos en lo que respecta a la importancia relativa de las tres fases de la fobia social. Para algunos individuos, como Gerald, la ansiedad anticipatoria se elevaba casi de forma constante cada vez que salía de su casa, porque siempre existía la posibilidad de encontrarse con algún conocido y tendría que conversar con él. Para otros la ansiedad anticipatoria puede ser menos prominente porque su ansiedad social se limita a unas pocas situaciones que se producen sólo de forma ocasional (p. ej., hacer una presentación, responder a preguntas en una reunión). Aunque se pueda esperar que la exposición a las situaciones sociales sea invariante para todos los individuos, no es así. La evitación puede ser tan extensiva en algunos individuos que rara vez se vean confrontados con las situaciones sociales ansiosas. Además, podríamos suponer que cierto grado de procesamiento posterior al evento es evidente en la mayoría de los individuos con fobia social, pero incluso en esto algunos pacientes presentan una tendencia mucho mayor que otros a rumiar sobre sus actuaciones sociales pasadas. Para estos individuos, revivir constantemente su humillación pasada desempeñará un rol crítico en la persistencia de la ansiedad social. Curiosamente, el procesamiento post-evento no era un componente importante de la ansiedad social de Gerald, sin

embargo, la ansiedad anticipatoria era muy intensa y le llevaba a un patrón generalizado de evitación de cualquier interacción social potencial.

Sesgo explícito de amenaza social

Una de las propuestas centrales del modelo cognitivo para la fobia social es el sesgo atencional automático para la amenaza social así como la evaluación selectiva de las señales de amenaza social que producen valoraciones sobreestimadas de la probabilidad, gravedad y consecuencias de la evaluación negativa de los demás. El Formulario de Auto-Monitoreo de Pensamientos Aprensivos (Apéndice 5.4) y el Formulario de Revaloración de la Ansiedad (Apéndice 5.10) pueden usarse para obtener información sobre el sesgo de amenaza social del cliente. Además el Formulario de Estimación de la Situación Social (Apéndice 9. 2) es útil para obtener estimaciones continuadas de la amenaza en las situaciones sociales. Las tres facetas críticas del sesgo de amenaza social que el terapeuta debe evaluar son las siguientes:

1. ¿Cuál es el “tema de amenaza social” habitual del cliente, que sea evidente en todas las situaciones sociales ansiosas? ¿Cuál es la “catástrofe” o peor escenario posible que teme el individuo?
2. Deberían obtenerse las estimaciones de probabilidad y gravedad del resultado temido o su variante para cada situación ansiosa. ¿Existen pruebas de expectativas sesgadas de probabilidad o gravedad? En caso afirmativo, ¿qué información social externa respalda la interpretación? ¿Es capaz el cliente de acceder a información positiva que desafíe la evaluación de la amenaza social?
3. ¿Qué pensamientos o imágenes ansiosas automáticas experimenta el individuo cuando anticipa o participa en una situación ansiosa? Estos pensamientos e imágenes aportarán información valiosa sobre la amenaza social percibida y los auto-esquemas sociales maladaptativos activados en la ansiedad social.

Cada vez que Gerald estaba rodeado de personas, buscaba evidencias de que las personales estaban mirándole, especialmente a la cara. Era particularmente auto-consciente de que pudieran estar observando su rubor y pensaran “Este tipo no parece el mismo, ¿qué le ocurre?”. Gerald valoraba la probabilidad de que las personas le miraran como muy alta (80/100) y la gravedad de su evaluación negativa como muy molesta (75/100). Algunas situaciones, como hablar al personal de la oficina, se asociaban con estimaciones de baja probabilidad y severidad, mientras que otras situaciones, como mantener una conversación con un conocido en un bar, se asociaban con estimaciones altas. En las sesiones de tratamiento, la exposición y reestructuración cognitiva comenzó por las situaciones sociales que elicitaban niveles moderados de estimación de amenaza.

Atención centrada en uno mismo e inhibición involuntaria

El auto-monitoreo excesivo del estado interno ansioso, la aparición de conductas inhibitorias y la actuación social pobre son procesos críticos que se evalúan en la formulación cognitiva del caso. El terapeuta cognitivo debe determinar la frecuencia y amplitud del auto-monitoreo que se produce durante la exposición a las situaciones sociales ansiosas. ¿En qué grado son auto-conscientes los individuos en la situación social? ¿En qué medida llegan a estar completamente absortos de sí mismos? ¿Son conscientes de algo del contexto externo o dirigen su foco de atención exclusivamente hacia el interior? ¿Existen sensaciones físicas, síntomas, pensamientos o conductas particulares que se conviertan en objeto de su atención centrada en ellos mismos? ¿Son conscientes de ser abiertamente inhibidos en la situación social? ¿Qué consecuencia negativa percibida se asocia con el síntoma o la inhibición auto-monitoreada? Por ejemplo, un individuo podría ser excesivamente auto-consciente de ruborizarse, de temblar, de sus balbuceos, tartamudeos, de quedarse con la mente en blanco o de otras conductas inhibitorias involuntarias en las situaciones sociales. El auto-monitoreo está motivado por el deseo de ocultar a los demás los síntomas y las inhibiciones involuntarias en un esfuerzo por evitar la evaluación negativa como “¿Qué le ocurre para ruborizarse?” o “Debe estar muy ansioso para balbucear de tal

modo tanto que no puedo entender lo que dice”. El Formulario de Valoración de la Auto-Conciencia (Apéndice 9.3) es apropiado para recoger información crítica sobre la función que desempeña el aumento de atención centrada en uno mismo en las situaciones sociales que provocan ansiedad. Además, el Formulario de Auto-Monitoreo de Sensaciones Físicas (Apéndice 5.3) y el Listado de Comprobación de Sensaciones Físicas (Apéndice 5.5) pueden emplearse para determinar si ciertos síntomas físicos de ansiedad son excesivamente auto-monitoreados en las situaciones en las que la persona siente la ansiedad social. La evaluación del exceso de auto-conciencia debería ofrecer al terapeuta alguna indicación sobre el modo en que la persona cree que le ven los demás miembros del contexto social.

A Gerald le preocupaba mucho que las restantes personas advirtieran que tenía dificultades sociales o que se inhibía ante las personas. Cuando se exponía a las interacciones sociales era muy consciente de ruborizarse, de sus balbuceos verbales y de la dificultad para mantener una conversación, la tensión de sus músculos y de la sensación generalizada de sentirse extremadamente incómodo. Gerald estaba convencido de que quienes le rodeaban lo veían como ansioso e inepto, en sus propias palabras “era un auténtico desastre” que debe sufrir alguna enfermedad mental grave.

Conductas de seguridad

La confianza de la persona socialmente fóbica en las estrategias de búsqueda de seguridad a fin de ocultar o disimular la ansiedad, contrarrestar la conducta inhibitoria indeseada y aparentar ser más competente socialmente es otro elemento clave en la formulación del caso. Butler (2007) enumeraba una serie de conductas de seguridad habituales que se observan en la ansiedad social como mirar al suelo para evitar el contacto ocular, ponerse mucho maquillaje para ocultar el rubor, ensayar o reproducir mentalmente los propios comentarios verbales, ocultar la cara o las manos, hablar lentamente o entre dientes, evitar los comentarios desafiantes o controvertidos, ir acompañado por una persona segura, o similares. Es importante identificar las diversas estrategias de seguridad cognitivas y conductuales

que usa el individuo para reducir la amenaza social. En particular, ¿cree el paciente que estas estrategias son efectivas para reducir la ansiedad o la amenaza social y percibe alguna consecuencia negativa asociada con la estrategia de seguridad? En nuestro caso ilustrativo, la evitación del contacto ocular, las respuestas verbales lentas y dubitativas (es decir, conductas inhibitorias involuntarias), así como su reticencia a iniciar conversaciones, eran estrategias de afrontamiento comunes que Gerald usaba para minimizar la interacción social. De hecho estas estrategias de respuesta eran muy prominentes, incluso durante las sesiones de terapia. El Listado de Respuestas Conductuales ante la Ansiedad (Apéndice 5.7) y el Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad (Apéndice 5.9) pueden emplearse para examinar el uso que hace el cliente de las respuestas de búsqueda de seguridad.

Recuerdo autobiográfico de la amenaza social

Otro elemento importante de la formulación cognitiva de caso es determinar si el recuerdo de las experiencias sociales pasadas desempeña algún rol en la ansiedad social del individuo. ¿Existen incidentes pasados que le vienen a la memoria cuando el cliente anticipa o se expone a una situación social similar? Durante el procesamiento posterior al evento, ¿se centra el individuo en el acontecimiento social más reciente o recuerda otras experiencias pasadas? ¿Recuerda el cliente sólo ciertos aspectos negativos de la experiencia o es capaz de recordar también información más positiva? ¿Cuál es la interpretación o conclusión negativa que extrae el cliente sobre esa situación social? ¿Qué inferencia extrae sobre sí mismo y sobre el riesgo de la interacción social?

Los individuos difieren en el grado en que recuerdan los fracasos sociales pasados cuando sienten ansiedad. Para algunos individuos puede haber uno o dos acontecimientos de intensa humillación que recuerdan cuando interactúan con los demás. Para otros puede haber un efecto acumulativo de muchos encuentros sociales cuyo recuerdo provoca mucha ansiedad o incluso vergüenza. Sea cual sea el caso, el terapeuta cognitivo debería evaluar los recuerdos y la interpretación que hace el paciente de los eventos sociales pasados y determinar su

impacto sobre los actuales niveles de ansiedad. Gerald, por ejemplo, no podía recordar ninguna experiencia social embarazosa del pasado, sin embargo, era obvio que presentaba la tendencia a recordar todos los aspectos negativos y amenazantes de las experiencias sociales pasadas, incluso aunque la reestructuración cognitiva revelara que estas experiencias no eran ni tan amenazantes ni tan angustiosas como las recordaba Gerald. Tales recuerdos reforzaban sus creencias de que “no podía manejar la compañía de otras personas”, “que era diferente a los demás” y “que le iría mejor si se aislara socialmente”.

Auto-esquemas sociales nucleares

La evaluación de los constructos cognitivos previos de la fobia social permitirá al terapeuta especificar las creencias centrales sobre el self en relación a los demás. Estos auto-esquemas sociales representan el punto final de la formulación cognitiva del caso e incluyen el modo en que los individuos creen que los ven los demás. En la Tabla 9.5 se enumeran las creencias centrales que se encuentran en la fobia social. En el curso del tratamiento se hicieron visibles varias de las auto-creencias de Gerald. El paciente creía que los demás “podían ver a través de él”, “Las personas tienden a ser críticas y a mostrar rechazo”, “Soy débil y patético en las situaciones sociales” y “No puedo soportar sentirme ansioso e incómodo cuando estoy rodeado de personas”.

Pauta clínica 9.16

Una formulación cognitiva de caso para la fobia social debería incluir (1) el análisis contextual de las situaciones sociales; (2) la atención a las fase de procesamiento anticipatorio, de exposición y procesamiento post-evento de la ansiedad social; (3) la especificación del sesgo de interpretación de la amenaza social; (4) la evaluación del aumento de la auto-conciencia y la inhibición; (5) la identificación de las respuestas de búsqueda de seguridad; (6) el muestreo del sesgo de la memoria de la amenaza social y (7) la especificación de los auto-esquemas sociales centrales.

Descripción de la terapia cognitiva para la fobia social

El principal objetivo de la terapia cognitiva para la fobia social es reducir la ansiedad y eliminar los sentimientos de vergüenza y humillación así como facilitar la mejoría en el funcionamiento personal en las situaciones sociales evaluativas corrigiendo las falsas valoraciones y creencias de la amenaza social y de vulnerabilidad personal. La Tabla 9.7 presenta los objetivos específicos del tratamiento cognitivo para la fobia social.

Tabla 9.7. Objetivos de tratamiento en la terapia cognitiva para la fobia social

-
- Reducir la ansiedad anticipatoria corrigiendo el sesgo de interpretación de la amenaza social y previniendo la evitación de las situaciones sociales que provocan la ansiedad.
 - Contrarrestar el exceso de auto-conciencia durante la exposición social mediante la redirección del procesamiento de información a las claves sociales externas positivas.
 - Eliminar las estrategias de seguridad empleadas para disimular y reducir la ansiedad.
 - Fortalecer la tolerancia a la ansiedad y una perspectiva de afrontamiento más adaptativa.
 - Reducir la inhibición, mejorar las habilidades sociales, favorecer un estándar de actuación más realista y desarrollar una auto-evaluación más equilibrada de la actuación social.
 - Eliminar la rumiación post-evento y favorecer las revaloraciones más adaptativas de las actuaciones sociales pasadas y sus efectos.
 - Modificar las creencias centrales sobre la vulnerabilidad personal en la interacción social, la amenaza de la evaluación negativa de los demás y del self como objeto social.
-

Estos objetivos se alcanzan mediante el uso de la reestructuración cognitiva y las intervenciones conductuales basadas en la exposición que contemplan el contenido específico del pensamiento maladaptativo y los sesgos interpretativos especificados en la formulación cognitiva del caso (véase Tabla 9.6). Son seis los elementos del tratamiento para la terapia cognitiva de la fobia social (véanse también Butler & Wells, 1995; D. M. Clark, 2001; Turk et al., 2008; Wells, 1997).

Formación, establecimiento de objetivos y construcción de la jerarquía

Las primeras sesiones de tratamiento se destinan a formar al cliente en el modelo cognitivo de la fobia social. La información recogida

a través de la entrevista diagnóstica, los cuestionarios de auto-informe y los formularios de auto-monitoreo asignados para la formulación del caso se emplean para elaborar la versión idiosincrásica personal del cliente sobre el modelo cognitivo (se recurre a la Figura 9.1).

Durante la fase formativa el terapeuta cognitivo recurre al descubrimiento guiado para ilustrar las características importantes del modelo cognitivo, identificando los procesos cognitivos sesgados asociados con las experiencias recientes de ansiedad social. Es importante que los individuos conozcan las tres fases de la ansiedad social y la función que desempeñan las valoraciones sobrestimadas de la probabilidad y de las consecuencias de la amenaza social durante la anticipación, exposición y recuerdo posterior al evento de las situaciones sociales. Además, también deberían explicarse los efectos perjudiciales del aumento de la atención centrada en uno mismo, de la conciencia de las conductas inhibitorias y de no procesar la información externa, así como los efectos maladaptativos de las conductas de seguridad o disimulo. El terapeuta cognitivo comentará también el modo en que la interpretación y el recuerdo abiertamente negativos de las propias actuaciones sociales, así como las presunciones relativas a causar una impresión negativa sobre los demás, aumentarán los sentimientos de ansiedad en los contextos sociales. Se explica que las creencias y presunciones firmes sobre la propia capacidad y efectividad al relacionarse con los demás pueden aumentar la vulnerabilidad a la ansiedad social. Por último, también debe incluirse una justificación del tratamiento como parte de la fase de formación. A los clientes se les dice que la práctica en la identificación y corrección del pensamiento erróneo, la adopción de un enfoque más positivo de la ansiedad y la exposición gradual pero repetida a las situaciones temidas son elementos críticos del tratamiento. La práctica repetida en el procesamiento intencionado de la información social positiva, debilita la tendencia a evaluar selectivamente las situaciones sociales de una manera amenazante y reduce la ansiedad.

Como parte del proceso de formación del cliente en el modelo cognitivo, el terapeuta debería elicitar objetivos específicos que al individuo le gustaría alcanzar en la terapia. En su manual de auto-

ayuda *The Shyness and Social Anxiety Workbook* [La timidez y la ansiedad social, Libro de trabajo], Antony y Swinson (2000b) sugieren que los individuos describan el modo en que la ansiedad social ha afectado a sus relaciones, a su trabajo o educación y al funcionamiento diario. Esto va seguido por la especificación de los costes y los beneficios derivados de superar la propia ansiedad social y, después, por el establecimiento de los objetivos de cambio a un mes vista y a un año vista. Creemos que esto es una parte crítica del proceso educativo que podría mejorar el cumplimiento de los ejercicios de exposición. Muchos individuos con fobia social son reacios a comprometerse al tratamiento a consecuencia del aumento de ansiedad que esperan de la exposición. Una apreciación firme de los beneficios a largo plazo del tratamiento basado en la exposición aumentará la motivación y el cumplimiento. De hecho, Hope et al. (2006) han adoptado el eslogan “*Invierte en ansiedad para un futuro más tranquilo*” a fin de subrayar que afrontar hoy el propio miedo puede llevarnos a beneficiarnos a largo plazo. Mediante la especificación de los costes de la ansiedad social y de los objetivos de cambio, el terapeuta puede animar a los clientes a “mantener su ojo sobre la diana” en cualquier momento en que el tratamiento comience a ser costoso. El Capítulo 3 del libro de trabajo del cliente titulado *Managing Social Anxiety: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach* [Gestión de la ansiedad social: un enfoque de terapia cognitivo-conductual] contiene una descripción excelente de las causas de la ansiedad social, el rol que desempeña el pensamiento disfuncional y la justificación de la TCC para la fobia social (Hope et al., 2000).

Antes de concluir la fase de formación, debería elaborarse una jerarquía de la ansiedad social a tenor de las situaciones provocadoras de ansiedad que han sido registradas en el Formulario de Auto-Monitoreo Diario de la Ansiedad Social (Apéndice 9.1). A este mismo fin, también puede emplearse la Jerarquía de Exposición (Apéndice 7.1) para ordenar jerárquicamente las situaciones sociales, comenzando por las que menos ansiedad provocan. La elaboración de una jerarquía de exposición ha sido explicada en el Capítulo 7 (véase apartado relativo a la exposición gradual versus intensa) y las pautas descritas en tal apartado se aplicarán igualmente al elaborar la jerarquía de la ansiedad social. Es importante elaborar un listado de unas

15-20 situaciones sociales que se produzcan con cierta frecuencia, con mayor proporción de situaciones que se correspondan con el intervalo de ansiedad entre moderada y alta.

Gerald aceptó la explicación cognitiva de su largo historial de fobia social severa. En particular nos centramos en el importante papel desempeñado por la ansiedad anticipatoria de la que se derivaba una intensa urgencia a evitar todas las situaciones sociales que le fueran posibles. Advertimos que solía ser excesivamente auto-consciente de su aspecto facial y de sus limitadas habilidades conversacionales, y estaba convencido de parecer inadecuado y trastornado a los demás debido a sus inhibiciones sociales naturales. Gerald suponía que los demás debían pensar mal de él porque observarían su ansiedad intensa. Se hicieron visibles ciertas creencias nucleares como “Los otros pueden ver a través de mí”, “Las personas tienden, por naturaleza, a ser críticas y a rechazar a los demás”, “Mi ansiedad es tan intensa que es intolerable y obvia para los demás” y “Estoy mucho mejor cuando me alejo de los demás”. Sin embargo, Gerald también se dio cuenta de que cuanto más se aislaba socialmente más grave era su depresión clínica. Su objetivo a largo plazo fue alcanzar seguridad suficiente en las situaciones sociales como para comenzar a establecer citas con chicas, mientras que su objetivo inmediato fue restablecer las conexiones con los amigos y conocidos del pasado. Llamar por teléfono a los “viejos amigos” y quedar con ellos en un bar le provocaba una ansiedad moderada, por consiguiente comenzamos por la exposición a estas situaciones.

Pauta clínica 9.17

Formar a los clientes en el modelo cognitivo de la fobia social subraya que la reducción de la ansiedad social se logra mediante (1) la corrección de los juicios exagerados de amenaza social, (2) la alteración del foco atencional desde las señales internas de ansiedad a los estímulos sociales externos positivos, (3) la ejecución de una valoración realista de la propia actuación social y tendencia a mostrarse inhibido, (4) la adopción de una perspectiva más constructiva sobre la tolerancia a la ansiedad y (5) la adopción de presunciones más realistas del modo en que los demás ven al individuo en los contextos sociales.

Reestructuración cognitiva de la ansiedad anticipatoria

Tras formar al cliente en el modelo cognitivo, el siguiente par de sesiones se centran en enseñarle el procedimiento de reestructuración cognitiva para contrarrestar la interpretación sesgada de la amenaza cuando anticipa una situación social provocadora de ansiedad. Consideramos que tiene mucha importancia comenzar el tratamiento en este punto porque (1) la mayoría de los individuos con fobia social experimentan una intensa ansiedad anticipatoria que les lleva a la evitación, (2) en la sesión terapéutica puede generarse con mayor facilidad alguna alternativa para la ansiedad anticipatoria y (3) esta parte de la terapia tiende a ser la menos amenazante para los clientes. Además, las destrezas de reestructuración cognitiva serán útiles para todas las restantes sesiones de tratamiento. En la Tabla 9.8 se sintetizan los elementos de la reestructuración cognitiva para la ansiedad social.

Tabla 9.8. Elementos de la reestructuración cognitiva para la ansiedad social

-
1. Identificar un período reciente de ansiedad anticipatoria.
 2. Valorar nivel de ansiedad (0-100).
 3. Recurrir al descubrimiento guiado para identificar la interpretación central de amenaza social que puede incluir:
 - Intolerancia percibida a la ansiedad
 - Expectación de humillación
 - Evaluación (impresión) negativa de los demás
 4. Valorar la probabilidad y gravedad percibidas de la amenaza social anticipada.
 5. Desafiar la amenaza social central haciendo uso de:
 - Pruebas que confirmen y desconfirmen la información
 - Consecuencias (análisis de coste-beneficio) a largo y a corto plazo
 - Identificación de errores cognitivos
 6. Elaborar una interpretación alternativa más realista de la amenaza anticipatoria.
 7. Revalorar la probabilidad y gravedad de la amenaza social y de su alternativa sobre la base de las pruebas existentes.
 8. Asignar un experimento conductual (es decir, tarea de puesta a prueba de una hipótesis empírica).
-

Al cliente socialmente ansioso se le pide que describa un período reciente de mucha ansiedad anticipatoria relativa a una situación social esperada. Se valora el nivel de ansiedad en base a una escala de

0-100 y se le pregunta por los pensamientos o imágenes que haya tenido mientras pensaba en el evento venidero. Preguntas pertinentes pueden ser:

- “¿Qué le preocupaba que pudiera ocurrir en esa situación?”.
- “¿Ha pensado en alguna consecuencia o resultado negativo de esa situación?”.
- “¿Ha pensado en cómo reaccionarían ante usted las personas que le rodeaban?”, “¿Cómo reaccionarían ante usted, negativa o positivamente?”.
- “¿Ha pensado en la ansiedad que sentiría si se encontrara en esa situación?”, “¿Existe alguna forma particular para que su ansiedad se haga evidente a los demás?”, “¿Ha tenido alguna imagen o ha podido imaginar cómo se comportaría en la situación?”, “¿Ha pensado en cuánto le costaría disimular su ansiedad ante los demás?”, “¿Qué ocurriría si las personas supieran que está ansioso?”.
- “¿Ha pensado en cómo actuaría en esa situación o estaría usted bastante inhibido?”, “En tal caso, ¿qué impresión causaría a los demás; en qué conductas se fijarían las personas que le rodean?”, “¿Cómo cree que se avergonzaría?”, “¿Cómo actuaría si estuviera avergonzado?”.
- “Mientras piensa en este evento futuro, ¿cuál es el peor resultado que podría imaginar?”, “¿Le ha ocurrido esto alguna vez en el pasado?”, “En caso afirmativo, ¿cómo lo vivió?”.
- “¿Está pensando en la impresión que puede causar a los demás?”, “¿Qué cree que las personas de la situación acabarán pensando sobre usted?”, “¿Qué impresión les causará?”.

El cuestionamiento socrático sobre la amenaza social anticipada producirá información sobre (1) la intolerancia percibida de la ansiedad en la situación, (2) cómo se avergüenza o humilla el cliente ante los demás y (3) cómo piensa que será percibido por los demás. Una vez que se haya obtenido esta información, el terapeuta pide las valoraciones de probabilidad y gravedad de cada aspecto del juicio de amenaza social. Por ejemplo, el cliente valoraría la probabilidad (0-100) así como la gravedad de que la ansiedad sea intensa en la

situación, de que se avergüence en la situación y de que los demás concluyan que es “estúpido” o “incompetente”.

Una vez especificada la interpretación central de la amenaza social, se puede recurrir a la recogida de pruebas, al análisis de costes-beneficios y a la decatastrofización para desafiar el pensamiento anticipatorio falso. Estas intervenciones se han comentado en detalle en el Capítulo 6. Para la recogida de pruebas el terapeuta pregunta por cualquier información que confirme el pensamiento de amenaza social así como la información opuesta que desconfirme o, por lo menos, ponga en cuestión la veracidad de las cogniciones anticipatorias ansiosas. La Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias (Apéndice 6.2) puede ser de gran utilidad para este fin. Una intervención de coste-beneficio examinaría los costes reales (consecuencias negativas) y beneficios (tanto inmediatos como a largo plazo) asociados con la exposición al evento social anticipado (recurrir al Formulario de Costes-Beneficios, Apéndice 6.3). Por último se puede recurrir a la decatastrofización, que consiste en pedir al cliente que imagine el resultado negativo temido. Tras generar el peor escenario posible, se pregunta al cliente (1) “¿Sería realmente tan terrible como lo imagina?”, (2) “¿Cuál es el impacto más probable que va a tener sobre usted, inmediato y a largo plazo?”, (3) “¿Qué podría hacer para minimizar el impacto negativo de la humillación?”, y (4) “¿Con qué frecuencia se ponen en evidencia unas personas frente a otras y sin embargo sobreviven sin efectos negativos que cambien su vida?”. Además la identificación de los errores de pensamiento (véanse comentarios en el Capítulo 6) es una parte importante del desafío del pensamiento ansioso (recurrir al documento *Errores y Sesgos Comunes en la Ansiedad* y al Formulario para *Identificar los Errores del Pensamiento Ansioso*, Apéndice 5.6).

Tras desafiar el falso pensamiento de amenaza social, el terapeuta cognitivo trabaja con el cliente desarrollando una forma alternativa para anticipar la situación social venidera. Una vez más, esto ha sido tratado en el Capítulo 6. El Formulario de Interpretaciones Alternativas (Apéndice 6.4) puede usarse para fortalecer la aceptación de una interpretación alternativa más realista. La interpretación alternativa reconocerá probablemente que el cliente pueda sentir una

ansiedad muy intensa y no actuar tan bien como desee, pero el resultado catastrófico y embarazoso que anticipa es mucho menos probable de lo esperado. En su lugar, es mucho más probable, el resultado de una “incomodidad tolerable”.

Adicionalmente el terapeuta desafía la interpretación sesgada del cliente relativa a que su conducta inhibitoria será automáticamente evaluada de forma negativa por los demás. Una interpretación alternativa es “las personas son tolerantes a una gama amplia de conductas sociales. No necesito hacer una actuación propia del mejor actor para ser aceptado”. Una vez que esta alternativa haya sido plenamente descrita, se pide al cliente que revalore la probabilidad de que ocurra la humillación catastrófica inicial frente a la alternativa de la “incomodidad tolerable” y la aceptación ajena de “una actuación social algo inhibida”. Debe subrayarse que la valoración no se basa en cómo se siente el cliente sino en la probabilidad realista basada en el peso de las pruebas confirmatorias y desconfirmatorias.

La reestructuración cognitiva concluye normalmente con la asignación de un experimento conductual. En la mayoría de los casos esto conlleva alguna forma de exposición a una variante de la situación ansiosa anticipada a fin de recoger información que desmienta la valoración exagerada de amenaza social. Comentaremos el empleo de la exposición en la terapia cognitiva para la fobia social en otro apartado posterior. Mientras tanto, en la tabla 9.9 se ilustra el uso de la reestructuración cognitiva para la ansiedad social anticipatoria.

Pauta clínica 9.18

La reestructuración cognitiva en la fobia social conlleva la corrección de las interpretaciones exageradas de la probabilidad y la gravedad de la amenaza social (es decir, evaluación negativa de los demás) mediante la evaluación de las pruebas confirmatorias y desconfirmatorias, la consideración de las consecuencias realistas, la preparación para el peor resultado y la reevaluación a la luz de una interpretación alternativa más probable de la situación social y de la propia actuación social inhibida.

Tabla 9.9. Ejemplo clínico de reestructuración cognitiva de la ansiedad social anticipatoria

Situación anticipatoria

La supervisora dice a Carol que se ha programado una reunión del personal para la última hora de ese mismo día con el fin de comentar la necesidad de actualizar el sistema informático de la oficina. Estarán presentes 15 colegas de Carol y la supervisora pedirá a cada uno de ellos que comente los problemas que encuentran con la red informática actual.

Nivel de ansiedad anticipatoria

Carol valoró su ansiedad de 90/100, que va aumentando a medida que se aproxima la hora de la reunión.

Cogniciones de amenaza social anticipatoria de Carol

- “No puedo librarme de esta reunión; tengo que ir”.
- “Nos colocaremos alrededor de la mesa de reuniones y ella [la supervisora] nos pedirá opinión a cada uno de nosotros”.
- “La ansiedad irá aumentando hasta que llegue a mí y tenga que decir algo. Para ese momento estaré angustiada”. [intolerancia a la ansiedad]
- “Todo el mundo estará mirándome. Me ruborizaré completamente, me sofocaré, mis manos temblarán y mi mente se quedará en blanco”.
- “Seré tan consciente de mi ansiedad que no seré capaz de dar una respuesta clara”. [atención excesiva en el auto-monitoreo]
- “Todo el mundo se preguntará qué me ocurre, por qué estoy tan ansiosa ante mis colegas de trabajo. Me verán como débil, incompetente y mentalmente enferma”. [evaluación negativa e impresión causada a los demás]
- “Me avergonzaré tanto por este desastre que no seré capaz de mirar a la cara a mis colegas durante los siguientes días. Acudir al trabajo será una experiencia dolorosa”. [expectativa de humillación]

Estimación de valoraciones de probabilidad y gravedad

Carol valoraba que el escenario anterior presentaba un 70% de probabilidad de ocurrir y una gravedad del 85% porque implicaba a colegas de trabajo a quien tenía que ver diariamente.

Desafiar las cogniciones de amenaza social

1. *Pruebas confirmatorias* – en tales reuniones en el pasado se ha sentido extremadamente ansiosa; como mínimo uno de sus amigos más próximas de la oficina le comentó que parecía estar bastante nerviosa; recuerda haberse sentido avergonzada durante los días siguientes a la reunión.
2. *Pruebas desconfirmatorias* – a pesar de sentir que balbuceaba y no articulaba debidamente, los demás parecían entender lo que decía en las reuniones pasadas, tal y como lo indicaban los comentarios que seguían a su intervención; todo el mundo parecía tratarla igual después de la reunión; cuando Carol mencionó a un colega un par de semanas después cuán ansiosa se había sentido en la reunión, el colega no recordaba haber percibido la ansiedad de Carol; hay otro par de colegas que también son tímidos y parecen ponerse nerviosos en estas reuniones y, sin embargo, son queridos y respetados; cuando ella habla, nadie parece avergonzarse ni desaprobador lo que dice, parecen prestarle atención.
3. *Consecuencias* – la consecuencia inmediata es una escalada de ansiedad e incomodidad pero no han existido consecuencias a largo plazo que cambien su vida; las personas no han cambiado en su forma de tratarla y una semana después parece que toda la vergüenza se ha disipado.
4. *Decatastrofización* – el terapeuta trabajó con Carol para describir el peor escenario posible que podría asociarse con hablar en público en una reunión de trabajo. Decidió que lo peor que podría ocurrir es que sufriera una crisis de angustia y tuviera que abandonar la reunión. Sus colegas sabrían que algo raro le ocurre y hablarían de ella al finalizar la reunión. Juntamente el terapeuta y Carol elaboraron una posible respuesta a cómo manejaría ella las reacciones de los demás si tuviera que abandonar prematuramente la reunión por una crisis de angustia. También se trabajó cómo permanecer en la reunión y sobrellevar la angustia como estrategia alternativa de respuesta.

5. *Identificación de error* – revisando sus procesos de pensamiento al anticipar la reunión, Carol pudo ver que estaba catastrofizando (suponiendo que sus colegas pensarían que sufría una enfermedad mental) y que tenía una visión en túnel (sólo se centraba en los aspectos negativos de la situación) y que su razonamiento era emocional (suponía que las cosas debían ir muy mal a juzgar por su nivel de ansiedad).

Construcción de interpretación alternativa

Carol y el terapeuta elaboraron la siguiente interpretación alternativa: “Me sentiré incómoda en la reunión y los demás advertirán mi desasosiego. Sin embargo, es una incomodidad tolerable que no impide dar mi opinión. Puedo no ser tan elocuente como algunos y puedo mostrar signos de nerviosismo pero mis colegas me conocen bien y probablemente pensarán que soy una persona tímida que se siente incómoda al expresarse en público”.

Revaloración de probabilidad y gravedad

A tenor de las pruebas, Carol revaloró el escenario de amenaza social más extremo con un 40% de probabilidad y la interpretación alternativa con un 90% de probabilidad. De modo similar la alternativa fue valorada como mucho menos grave que la interpretación original de la amenaza.

Experimento conductual asignado

Carol señaló que se había organizado una reunión de seguimiento en la oficina. Accedió a acudir a dicha reunión y prestar tanta atención como le fuera posible a las reacciones de las demás personas ante su intervención y menos a sus sentimientos internos de ansiedad. Fue capaz de usar el Formulario de Interpretaciones Alternativas (Apéndice 6.4) para registrar sus observaciones.

Atención auto-dirigida aumentada: uso del feedback tras rol-play

Tras cumplimentar un par de registros de reestructuración cognitiva del pensamiento durante la sesión y asignar esto mismo como tarea para casa, el terapeuta cognitivo presenta el *feedback* de un rol-play grabado en video o realizado en directo. Esto suele presentarse hacia la tercera o cuarta sesión del tratamiento. Desde hace mucho tiempo se ha reconocido que el rol-play es un ingrediente central en las intervenciones cognitivas y conductuales para la ansiedad social (p. ej., Beck et al., 1985; Beidel & Turner, 2007; D.M. Clark, 2001; Heimberg & Juster, 1995; Wells, 1997). Sirve a numerosos objetivos terapéuticos. El rol-play o el ensayo conductual pueden usarse para subrayar los efectos negativos del exceso de atención focalizada en uno mismo, de las conductas inhibitorias y de las respuestas de seguridad, así como para aprender a dirigir la atención hacia un foco externo más adaptativo (D.M. Clark, 2001). Los rol-plays constituyen también una forma menos ansiosa de exposición durante la sesión que pueden usarse para corregir las valoraciones exageradas de amenaza y las auto-evaluaciones negativas de la actuación social. Por último, el *feedback* derivado del rol-play y del ensayo conduc-

tual puede usarse para ayudar a la persona ansiosa a aprender conductas de comunicación e interacción más efectivas con los demás.

La estrategia del rol-play se ha comentado previamente en el Capítulo 7, en el apartado correspondiente al “cambio conductual dirigido”. En el contexto de la ansiedad social, el terapeuta comienza interpretando con el cliente situaciones sociales moderadamente ansiosas que extrae de la jerarquía de la ansiedad previamente elaborada. En primer lugar se pide al cliente que interprete el papel de “cómo suele responder habitualmente en la situación”. Se obtienen valoraciones de ansiedad y el terapeuta cognitivo, actuando como observador, elicit los pensamientos y las interpretaciones ansiosas del individuo asociadas con la situación interpretada. A continuación el terapeuta propone un enfoque alternativo donde el cliente cambia su foco de atención de lo interno a procesar el *feedback* externo de los demás (véase D. M. Clark, 2001). Las respuestas de seguridad o de ocultación se eliminan y se favorece la atención hacia las señales positivas del contexto externo. Se pueden elaborar afirmaciones de afrontamiento adaptativas que contrarresten las interpretaciones automáticas de amenaza social. Después de esto el terapeuta modela este enfoque más adaptativo en el rol-play, tras lo cual el cliente practica repetidamente el enfoque constructivo y recibe el *feedback* correctivo del terapeuta.

D. M. Clark (2001) considera que el *feedback* derivado del rol-play y de las grabaciones de video es fundamental para modificar el exceso de atención centrado en uno mismo, propio de la fobia social. En primer lugar, los clientes valoran su ansiedad tras realizar el rol-play de una situación social en la que centran su atención en señales interoceptivas y confían en las conductas de seguridad. En una segunda condición, valoran su ansiedad tras adoptar un foco de atención externo y prescinden de las respuestas maladaptativas de seguridad. D. M. Clark señala que este ejercicio enseña a los individuos que la atención centrada en uno mismo y las conductas de seguridad aumentan realmente su ansiedad y que sus presunciones relativas a cómo creen que han actuado están muy influenciadas por el modo en que se han sentido durante la ejecución del rol-play. D. M. Clark comprobó que el *feedback* de las grabaciones en video es particularmente

útil para ayudar a los individuos con ansiedad social a obtener una información realista sobre su actuación social y sobre el modo en que se presentan ante los demás. Además, los rol-plays grabados en video proporcionan *feedback* sobre las conductas inhibitorias del cliente y corrigen sus presunciones negativas relativas a que su conducta inhibitoria tiene un efecto perjudicial sobre el modo en que son percibidos por los demás.

Para que la grabación de un rol-play sea efectiva, se debe preguntar al cliente socialmente ansioso cómo cree que aparece ante los demás en el video, antes de ver la grabación y, después, visionar su actuación, como si de una persona desconocida se tratara. De este modo el cliente puede aprender que su evaluación del modo en que cree que le perciben los demás presenta un sesgo negativo. En consecuencia, la principal finalidad del *feedback* basado en la grabación en video es proporcionar la información correctiva para la falsa asunción del cliente de estar causando una impresión negativa sobre los demás por efecto de su ansiedad o inhibición.

Los rol-plays en directo y grabados son un modo excelente de introducir la exposición *in vivo* a las situaciones sociales provocadoras de ansiedad. El terapeuta puede introducir en las sesiones de rol-play situaciones sociales cada vez más existentes desde la perspectiva de la ansiedad que provocan. Los rol-plays ejecutados durante las sesiones pueden asignarse como tareas para casa en las que el cónyuge u otro miembro de la familia se convierta en el observador. Esto aumentará la oportunidad de que los efectos terapéuticos de los rol-plays se generalicen a la situación social real.

Un caso que ilustra los beneficios terapéuticos del rol-play fue el de Erin, una asesora financiera de 32 años de edad. Erin sufría considerable ansiedad en su trabajo porque le costaba ser asertiva con sus clientes. Cuando le hacían demandas irracionales, accedía a poner fechas límite para concluir su trabajo, incluso aunque supiera que era imposible cumplirlas dado su volumen de trabajo. A Erin le aterrorizaba la ira y la crítica de sus clientes, por ello accedía rápidamente a las demandas de éstos a fin de evitar el conflicto. La primera vez que Erin interpretó en un rol-play su interacción habitual con clientes exigentes, era obvio que estaba excesivamente centrada en

sus propios sentimientos de incomodidad e inhibición, como la de evitar el contacto ocular o evitar formular preguntas al cliente que pudieran derivar en una posible confrontación. Sus pensamientos automáticos eran “Estoy empezando a sentirme muy incómoda, tengo que lograr que este tipo se vaya de mi despacho”, “Parece estar enfadándose conmigo” y “Accederé ahora y ya veré después lo que puedo hacer”. El terapeuta trabajó con Erin sobre una respuesta alternativa más asertiva ante los clientes exigentes, una respuesta que la ayudara a establecer fechas límite más realistas y simultáneamente que la ansiedad no dictara su respuesta. Se necesitaron repetidos rol-plays durante las sesiones y como tareas para casa en las que su marido actuaba como “cliente exigente” antes de que Erin estuviera preparada para ponerlo a prueba en su trabajo.

Pauta clínica 9.19

Conviene hacer uso del rol-play o ensayo conductual como una parte integral de la terapia cognitiva para reducir el exceso de atención centrado en uno mismo, la confianza en las conductas de seguridad, la evaluación negativa de la actuación social y de la conducta inhibitoria y las firmes presunciones de causar una impresión negativa en los demás.

Reestructuración cognitiva de las falsas valoraciones de amenaza durante la exposición

Antes de iniciar la exposición a las situaciones sociales amenazantes, tanto durante las sesiones como entre las mismas, es importante que el terapeuta cognitivo corrija las interpretaciones sesgadas de amenaza, la excesiva atención centrada en uno mismo y el razonamiento emocional con ayuda de los registros de reestructuración cognitiva del pensamiento sobre las situaciones de ansiedad moderada y alta detalladas en la jerarquía. El mismo protocolo de reestructuración cognitiva, tal y como se ha descrito para la ansiedad social anticipatoria, se usará en el presente contexto, pero ahora el foco de atención se dirigirá a la experiencia de la exposición misma a la situación ansiosa. La reestructuración cognitiva de las situaciones sociales reales suelen introducirse, juntamente con el *feedback* del rol-play,

en la quinta o sexta sesiones a fin de corregir las interpretaciones sesgadas de amenaza, redirigir la atención a los estímulos externos y redirigir intencionadamente la capacidad de procesamiento a las señales positivas del contexto social. Este foco terapéutico comenzará por contemplar algunas de las creencias nucleares subyacentes sobre la amenaza social, la vulnerabilidad personal y la inadecuación que son importantes en la fobia social.

Pauta clínica 9.20

A lo largo del tratamiento la reestructuración cognitiva se aplica de forma rutinaria a los pensamientos, imágenes e interpretaciones sesgadas asociadas con varias situaciones de la jerarquía de la ansiedad social en un esfuerzo por alcanzar un cambio crucial en los auto-esquemas sociales maladaptativos que subyacen a la fobia social.

Exposición a la amenaza social

Hacia la séptima u octava sesión ya se habrá introducido en el tratamiento la exposición *in vivo* a situaciones de la jerarquía de la ansiedad social que provoquen ansiedad moderada. Heimberg y sus colaboradores ofrecen una explicación detallada de las sesiones de exposición y recomiendan la integración de los ejercicios que se realizan durante las sesiones y entre las sesiones (Heimberg & Becker, 2002; Turk et al., 2008). Al igual que en la terapia cognitiva para otros trastornos de ansiedad, la exposición a situaciones sociales ansiosas es esencial para el tratamiento efectivo de la fobia social. Además, el modo más efectivo de corregir las interpretaciones y creencias maladaptativas de la ansiedad social son los experimentos conductuales basados en la exposición. Los ejercicios de exposición también permiten a los clientes (1) poner en práctica el cambio del foco de atención de los estados internos a los estímulos sociales externos, (2) aprender a tolerar mejor los niveles de ansiedad, (3) a interpretar de manera más positiva su actuación social y sus inhibiciones y (4) a recoger evidencias críticas que desmientan sus interpretaciones sesgadas de la amenaza social.

Una descripción detallada del uso de la exposición en la terapia cognitiva se encuentra en el Capítulo 7; las pautas descritas en ese

capítulo se aplican igualmente al tratamiento de la fobia social. El terapeuta debería comenzar la exposición con situaciones sociales de la jerarquía de la ansiedad que provoquen una ansiedad entre baja y moderada. Es preferible ejecutar primero un rol-play de la situación durante la sesión terapéutica antes de asignar una exposición *in vivo* como tarea para casa. Heimber y Becker (2002) presentan un listado de situaciones sociales que podrían usarse para la exposición, como iniciar una conversación con un conocido, presentarse a un desconocido, llamar por teléfono a alguien a quien apreciamos, hacer un discurso, formular una pregunta en clase, participar en una entrevista de trabajo, quedar con alguien para salir, y similares. El rol-play que se ejecute durante la sesión identifica cualquier falso pensamiento que pueda minar la exposición *in vivo* y ofrece al cliente la oportunidad de practicar modos de cognición correctivos y respuestas más adaptativas para la ansiedad social. Es evidente que en terapia cognitiva la exposición se presenta como un experimento conductual para poner a prueba si la experiencia del cliente confirma o desconfirma su interpretación exagerada de la amenaza social o la alternativa. Puede usarse el Formulario de Comprobación de Hipótesis Empíricas (Apéndice 6.5) para registrar las observaciones críticas de los ejercicios de exposición (véase también Hope et al., 2000, para sugerencias sobre la exposición en la fobia social).

El siguiente ejemplo ilustra cómo se incorporó la puesta a prueba de hipótesis empíricas al tratamiento de Gerald. En la jerarquía de la ansiedad social Gerald había valorado como moderadamente ansiosa (40/100) la acción de llamar por teléfono a un viejo amigo. Sus pensamientos automáticos eran “Me siento culpable por no haberle llamado durante tanto tiempo”, “No quiere saber nada de mí”, “Le estoy molestando” y “Me sentiré tan ansioso, ¿por qué tomarme tanta molestia?”. Tras corregir las interpretaciones negativas mediante un ejercicio de reestructuración cognitiva Gerald y el terapeuta ejecutaron el rol-play de la llamada telefónica al viejo amigo. Pensaron en diversos temas de conversación que Gerald podría usar con su amigo a fin de contrarrestar las inhibiciones verbales de Gerald; emplearon afirmaciones de afrontamiento extraídas del ejercicio de reestructuración cognitiva para corregir las expectativas negativas y favorecer la tolerancia a la ansiedad. Tras practicar la interacción social durante la

sesión, Gerald fue capaz de comprometerse a realizar la tarea para casa, que consistía en llamar a su amigo. Volvió a su siguiente sesión maravillado con la asignación. Había llamado a su amigo y, en contra de lo que había esperado, su amigo se había mostrado muy receptivo. De hecho había hecho planes para cenar con él la siguiente semana. Además, Gerald había descubierto que su ansiedad no era tan incapacitante como había previsto y que su capacidad para llevar adelante una conversación era mejor de lo que creía. El ejercicio constituyó un punto y aparte de la terapia porque Gerald experimentó la desconfirmación de su pensamiento ansioso.

Pauta clínica 9.21

La exposición repetida a las situaciones sociales ansiosas es crítica para obtener pruebas que desmientan las falsas valoraciones y creencias de amenaza y vulnerabilidad que mantienen la ansiedad social.

Intervenciones cognitivas para el procesamiento posterior al evento

La prominencia del procesamiento posterior al evento variará entre los individuos con fobia social. Quienes presentan tendencia a rumiar sobre las experiencias sociales pasadas, el procesamiento posterior deberá ser contemplado a principios del tratamiento. Gran parte de la información crítica sobre la forma idiosincrásica que tiene el cliente de procesar el evento una vez transcurrido puede extraerse de la formulación del caso (véase el apartado correspondiente).

Tras obtener una descripción clara del contenido del pensamiento post-evento del cliente, el terapeuta debería inquirir sobre los costes y beneficios percibidos de la revaloración repetida de las actuaciones sociales pasadas y de sus resultados (D. M. Clark, 2001). Para algunos clientes son obvias las desventajas de reevaluar los encuentros sociales pasados, mientras que otros creen que tal reanálisis les ayuda a prepararse para sucesos venideros similares. Por ejemplo, Henry había fracasado en una entrevista laboral que había tenido hacía algunos años en una prestigiosa empresa. Era obvio que la intensa ansiedad que había sentido durante la entrevista no le había permitido actuar bien. Sin embargo, años después seguía rumiando sobre su

entrevista fracasada como prueba de no ser suficientemente apto, de que “había sido descubierto”. Otro cliente recordaría las dificultades pasadas durante la realización de informes anuales de logros que deben ser presentados a los socios para buscar el modo de mejorar sus habilidades de exposición pública. Sea cual sea el caso, es importante que el cliente reconozca que la rumiación posterior al evento es una estrategia cognitiva maladaptativa que contribuye a la persistencia de la ansiedad social porque consigue reforzar la percepción de que las situaciones sociales son amenazantes. A este fin, puede ser útil el Formulario de Costes-Beneficios (Apéndice 6.3).

La reestructuración cognitiva es una segunda intervención para el procesamiento posterior al evento. Se pide al cliente que describa en detalle su recuerdo de cualquier experiencia social pasada que siga apareciendo en su mente con cierta regularidad. El terapeuta se centra en los recuerdos que sean recurrentes o que son interpretados como prueba obvia de amenaza social, humillación o ineptitud. Se contempla la memoria de una experiencia social pasada específica y el terapeuta determina qué conclusiones extrae el cliente a partir de este acontecimiento sobre la amenaza social, la impresión que causa en los demás, su actuación en dicha situación y las consecuencias personales del encuentro social. A continuación el terapeuta evalúa la precisión del recuerdo del paciente mediante la recogida de pruebas y el razonamiento inductivo para subrayar la posibilidad de que el recuerdo que tiene el cliente sobre el evento pasado está desfigurado por valoraciones sesgadas de amenaza y vulnerabilidad. Se formula una evaluación alternativa de la experiencia pasada que ofrezca una perspectiva más realista de la experiencia. Después, se anima al cliente a desafiar repetidas veces la memoria negativa con la posibilidad de una alternativa más benigna cada vez que comience a rumiar sobre el acontecimiento social pasado –es decir, a iniciar el “*debriefing* cognitivo” en el que se evalúa la actuación en términos del cumplimiento de los objetivos predefinidos y no sobre la base de la propia respuesta emocional (Brozovich & Heimberg, 2008). Con Henry se empleó la reestructuración cognitiva para evaluar si su fallida entrevista laboral fue debida a la falta de inteligencia. De hecho, había pruebas considerables a favor de que él era un programador informático muy inteligente y dotado. Gradualmente llegó a confiar en la

posibilidad de que la ansiedad intensa durante la entrevista había sido la causa de que su ejecución en aquella situación fuera inferior a la que permiten sus capacidades. Ésta era una interpretación más benigna porque la ansiedad era algo que él podía contrarrestar, mientras que la falta de inteligencia implicaba que estaba abocado al fracaso y a la decepción.

La reestructuración cognitiva debería ir seguida por las asignaciones conductuales que buscan pruebas desconfirmantes para el recuerdo negativo de experiencias pasadas. Por ejemplo, se podría pedir al cliente que pregunte a amigos y a miembros de su familia, o a compañeros de trabajo que estuvieran presentes en un acontecimiento social, cómo recuerdan el hecho. Después podría compararse el recuerdo del cliente con el recuerdo que tienen los demás de la experiencia, a fin de subrayar las áreas de discrepancia. Otro ejercicio conlleva la grabación en video de un rol-play relativo a una situación social, que se realice durante la sesión. El cliente evalúa su ansiedad, su ejecución social y el grado de inhibición que muestra en el rol-play. Dos semanas después el terapeuta pide al cliente que reproduzca qué recuerda sobre el rol-play y que evalúe su ansiedad, ejecución y apariencia a tenor de la memoria que tiene del hecho. Se comparan estas dos series de evaluación. El objetivo de este ejercicio es subrayar el modo en que los sesgos negativos modifican la memoria cuando el individuo socialmente ansioso recuerda las experiencias sociales pasadas.

Por último, se puede recurrir a la reestructuración cognitiva para animar al cliente a modificar su perspectiva desde la del observador de las experiencias sociales pasadas (es decir, verse a sí mismo desde un punto de vista externo) a la perspectiva de campo (es decir, observando las experiencias a través de los propios ojos). D. M. Clark (2001) subraya que este cambio de perspectiva es necesario para poder centrarse en información que sea incoherente con la auto-imagen negativa. En otras palabras, se anima a los clientes a recordar situaciones sociales pasadas desde su propio punto de vista y no desde cómo imaginan ellos que se presentan ante los demás. Esto les permitirá centrarse en señales externas de las situaciones sociales que contradigan las interpretaciones exageradas de amenaza y fracaso.

Pauta clínica 9.22

La reestructuración cognitiva y las asignaciones conductuales se emplean para corregir el recuerdo sesgado de las experiencias sociales pasadas que caracterizan al procesamiento rumiativo posterior al evento en la fobia social. Conviene animar a los individuos a adoptar una perspectiva de campo al reevaluar sus experiencias sociales pasadas.

Eficacia de la terapia cognitiva para la fobia social

En su publicación original de los tratamientos empíricamente validados, Chambless et al. (1998) concluían que la TCC para la fobia social era probablemente un tratamiento eficaz (véase también Chambless & Ollendick, 2001). Desde esa fecha las diversas revisiones de resultados de tratamiento que se han publicado concluyen que la TCC produce efectos inmediatos y duraderos para la fobia social (p. ej., Butler et al., 2006; Hollon et al., 2006; Hofmann & Barlow, 2002). Por ejemplo, Rodebaugh, Holaway y Heimberg (2004) concluían que la TCC produce tamaños de efecto entre moderados y grandes, que el tratamiento grupal e individual produce resultados similares y que la reestructuración cognitiva combinada añadida a la exposición podría conferir una leve ventaja únicamente sobre la exposición, aunque la diferencia no sea significativa. Beidel y Turner (2007) ofrecen una perspectiva más negativa, concluyendo que la TCC grupal producía valoraciones superiores para la fobia social específica (67-79%) que para la generalizada (18-44%). Sin embargo, Turk et al. (2008) eran más optimistas al defender que tres de cada cuatro individuos con fobia social alcanzan un logro clínicamente significativo a partir de un ensayo intensivo de exposición y reestructuración cognitiva.

La reestructuración cognitiva y la exposición son componentes claves de la terapia cognitiva para la fobia social presentada en este capítulo. Por esta razón nuestra breve y selectiva revisión se centra en unos pocos estudios que incluyen en su paquete de tratamiento tanto la reestructuración cognitiva como la exposición. En uno de los principales estudios de resultados sobre la TCC para la fobia social, 133 pacientes con fobia social DSM-IV fueron asignados al azar a

una condición de doce sesiones grupales de TCC de 2 horas y media de duración, a un grupo educativo-de apoyo (psicoterapia de control de la atención), a sólo 15 mg de phenelzina (Nardil) o a pastillas equivalentes de placebo (Heimberg et al., 1998). En el postratamiento realizado 12 semanas después se observó que las condiciones de medicación y grupo TCC eran significativamente más efectivas que las condiciones de placebo o control de la atención, y el 75% de los individuos que completaron el proceso en cada grupo fueron clasificados como respondientes. En el seguimiento realizado 6 meses después, el 50% de quienes habían respondido a la phenelzina, habían recaído frente a sólo el 17% de quienes habían respondido a la TCC (Liebowitz et al., 1999).

D. M. Clark y sus colaboradores dirigieron una serie de estudios de resultados sobre su versión de la TCC para la fobia social. En uno de los estudios, 71 pacientes con fobia social fueron asignados al azar a TCC grupal, TCC individual o una condición en lista de espera (Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach & Clark, 2003). En el postratamiento los pacientes de ambos tipos de TCC estaban significativamente mejor que el grupo en lista de espera, pero la TCC individual se demostraba superior que la TCC grupal tanto en el postratamiento como en el seguimiento realizado 6 meses después. En un ensayo al azar placebo-controlado, 61 pacientes con fobia social generalizada fueron asignados a 16 sesiones semanales de terapia cognitiva, fluoxetina (Prozac) más auto-exposición o pastillas placebo más auto-exposición (D.M. Clark et al., 2003). A mitad del tratamiento, al de 8 semanas y 16 semanas después, en el postratamiento, el grupo de terapia cognitiva era superior a los de fluoxetina y placebo. La terapia cognitiva producía efectos de tamaño grande mientras que la medicación sólo producía efectos de tamaño pequeño. En el seguimiento realizado 12 meses después, la terapia cognitiva seguía mostrándose superior a la fluoxetina. Además, los efectos de la terapia cognitiva eran bastante específicos para la ansiedad social dado que los tres grupos no diferían en las medidas de estado de ánimo general del postratamiento.

En otro estudio 62 pacientes con fobia social (el 88% presentaba el subtipo generalizado) fueron asignados al azar a 14 semanas de terapia cognitiva individual, exposición más entrenamiento en rela-

jación aplicada o a control en lista de espera (D. M. Clark et al., 2006). En el postratamiento ambas intervenciones fueron superiores a la condición de lista de espera pero la terapia cognitiva era significativamente más efectiva que la exposición más la relajación aplicada en el postratamiento, y en los seguimientos realizados tres meses y seis meses después. Otros estudios también han revelado efectos significativos de tratamiento de la TCC para la fobia social que incluye tanto la reestructuración cognitiva como la exposición (p. ej., Davidson et al., 2004; Herbet, Rheingold, Gaudiano & Myers, 2004; Mörtberg, Karlsson, Fyring & Sundin, 2006). En general estos estudios indican que la terapia cognitiva produce reducciones clínicamente significativas en la ansiedad social para la mayoría de los individuos, incluso para quienes padecen la fobia social generalizada más severa y los logros se mantienen tras la finalización del tratamiento (véase también Rodebaugh et al., 2004). Adicionalmente, la terapia cognitiva puede producir también efectos más resistentes que la medicación (Hollon et al., 2006), aunque la medicación puede ser levemente más efectiva a corto plazo (véase Rodenbaugh et al., 2004).

Varios estudios han examinado los factores de la terapia cognitiva que pueden influir sobre su efectividad. Tal y como se ha señalado previamente, la terapia cognitiva individual podría ser más efectiva que el formato grupal y podría parecer que la terapia tiene menos impacto en la psicopatología general o en el estado anímico. Además, existen algunas pruebas de que los individuos con fobia social que presentan una depresión concomitante podrían mostrar una respuesta más pobre al tratamiento (Ledley et al., 2005). Recientemente, Hofmann y sus colaboradores hallaron que en la condición de TCC grupal se produjeron logros repentinos en el 15% de los individuos, siendo la cuarta y la undécima sesiones los puntos modales en los que ocurría (Hofmann, Schulz, Meuret, Moscovitch & Suvak, 2006). Sin embargo, los logros repentinos no se asociaban con un mejor resultado del tratamiento ni tendían a ir precedidos por un cambio cognitivo significativo.

Una cuestión que merece mención especial es el debate sobre los beneficios añadidos de la reestructuración cognitiva en el tratamiento de la fobia social. En uno de los primeros estudios que contemplaba este aspecto, Mattick y Peters (1988) observaron que la exposición

asistida por el terapeuta más la reestructuración cognitiva era más efectiva para el tratamiento de la fobia social severa que sólo la exposición asistida por el terapeuta (véase Feske & Chambless, 1995, para una conclusión opuesta). Recientemente Hofmann (2004b) asignó al azar a 90 individuos con fobia social a 12 sesiones semanales de TCC grupal, terapia grupal de exposición (TGE) sin intervenciones cognitivas explícitas o a una condición de control en lista de espera. En el postratamiento las condiciones de TCC y TGE producían efectos de tratamiento similares que eran significativamente superiores a los de la lista de control. Sin embargo, en el seguimiento realizado 6 meses después, sólo los participantes de TCC mostraban una mejoría continuada tras la finalización del tratamiento. Estos hallazgos sugieren que las intervenciones dirigidas a modificar directamente la falsa cognición pueden producir beneficios de tratamiento más resistentes para la ansiedad social. Al contemplar este tema Rodebaugh et al. (2004) advertían que la comparación de los beneficios añadidos de la reestructuración cognitiva sobre la exposición exclusiva producirá resultados engañosos porque es difícil garantizar la validez externa de las condiciones de tratamiento. Estos autores concluían que “tanto la reestructuración cognitiva como la exposición deberían ser consideradas como aspectos fundamentales y esenciales de la TCC para el trastorno de ansiedad social y que es preferible considerarlas como técnicas interrelacionadas destinadas a hacer lo mismo: permitir que el cliente experimente realmente lo que conlleva la situación, frente a lo que temen o piensan que pueda conllevar” (Rodebaugh et al., 2004, pp. 890-891). Creemos que tanto los terapeutas como los investigadores clínicos deberían considerar esta recomendación antes de concluir que uno de los ingredientes terapéuticos es más efectivo que el otro.

Pauta clínica 9.23

La terapia cognitiva que incluye tanto la reestructuración cognitiva como la exposición sistemática para las situaciones de ansiedad social produce efectos clínicamente significativos en tres cuartos de los individuos con fobia social específica o generalizada. Además, la terapia cognitiva puede producir beneficios más resistentes para la fobia social que la farmacoterapia sola, aunque se requiere aún más investigación para establecer con firmeza este hallazgo.

Resumen y conclusión

La fobia social es la aprensión y el nerviosismo pronunciados y persistentes ante las situaciones sociales debido a un miedo exagerado a la evaluación negativa de los demás. Entre los trastornos de ansiedad es único en lo que respecta a los efectos contraproducentes. La aparición de la ansiedad social intensa se asocia con conductas inhibitorias involuntarias que interfieren en la actuación social, generando consecuentemente los efectos mismos que más teme el individuo. El trastorno se adapta a una conceptualización dimensional, donde las formas más leves y circunscritas de ansiedad social se encuentran en el extremo inferior; la fobia social generalizada más severa en el intervalo superior y el trastorno de personalidad por evitación en el extremo superior final de la gravedad.

En la Figura 9.1 se ha presentado un modelo cognitivo reformulado de fobia social en el que la exposición anticipada o real a las situaciones provocadoras de ansiedad activa esquemas sociales auto-referentes maladaptativos y duraderos que causan un sesgo atencional automático para los estímulos de amenaza social congruentes con los esquemas y un sesgo interpretativo explícito en el que se exagera la probabilidad y gravedad de que los demás se hayan creado una impresión negativa de la persona con ansiedad social. En esta misma línea, el exceso de atención centrada en uno mismo sobre el estado de ansiedad interna se considera como prueba confirmatoria firme de que quienes les rodean les ven como débiles e ineptos. Los individuos socialmente ansiosos muestran una conducta inhibitoria involuntaria cuando están con otras personas e inician diversas conductas de seguridad para ocultar su ansiedad e ineffectividad percibidas. Sin embargo, estas estrategias tienden a exacerbar la ansiedad y la evaluación negativa que los individuos hacen de su propia actuación social. Abandonan la situación avergonzados y humillados, y con una memoria post-evento de las experiencias sociales pasadas sesgada por las pruebas recordadas de amenaza social y de fracaso personal. Las pruebas empíricas de que la fobia social se caracteriza por un sesgo de interpretación explícito de la amenaza social, una organización de auto-esquemas sociales maladaptativos, un sesgo atencional automático para las señales de amenaza social, una atención aumen-

tada y auto-dirigida centrada en las señales interoceptivas y la excesiva rumiación posterior al evento, respaldan los elementos claves del modelo cognitivo.

La terapia cognitiva de la fobia social trata de reducir la ansiedad social y la evitación corrigiendo los falsos sesgos de atención e interpretación de la amenaza social, invirtiendo el excesivo foco atencional en las señales internas, eliminando la confianza en las estrategias de seguridad para ocultar la ansiedad y aumentando la tolerancia a la ansiedad y la tendencia a inhibirse y reduciendo la rumiación posterior al acontecimiento. La revisión de la literatura sobre los resultados de tratamiento indica que la terapia cognitiva que incluye tanto reestructuración cognitiva como la repetida exposición a las situaciones sociales ansiosas produce una mejoría clínicamente significativa y resistente en el 75% de los individuos que completan el tratamiento.

A pesar de los avances sustanciales realizados en nuestro conocimiento de las bases cognitivas de la fobia social y de su tratamiento, aún quedan por resolver en futuras investigaciones algunas cuestiones claves. No se sabe con certeza si el sesgo de procesamiento de información aparente al encontrarse por primera vez con una situación de amenaza social (es decir, “inferencias en línea”) es distinto del sesgo de procesamiento que se produce cuando los individuos con fobia social reflexionan sobre las interacciones sociales (es decir, “inferencias fuera de línea”). Además, ¿cuál es el principal problema de la fobia social: la elevada accesibilidad de la amenaza social negativa o el procesamiento disminuido de la información social positiva? Aún menos se sabe sobre la función que desempeñan las conductas de seguridad y las conductas inhibitorias, la naturaleza del procesamiento posterior al hecho y el estatus causal del procesamiento erróneo de información en la fobia social. Por último, el enfoque cognitivo para la fobia social seguirá desarrollándose con ayuda de más investigación psicométrica sobre las medidas de auto-informe que evalúan específicamente las cogniciones y creencias negativas de la fobia social, y los ensayos al azar controlados con períodos de seguimiento más prolongados a fin de determinar la efectividad a largo plazo de la terapia cognitiva para la fobia social.

Apéndice 9.1

Formulario para el Auto-Monitoreo Diario de la Ansiedad Social

Nombre: _____ Fecha: desde _____ hasta _____

Instrucciones: Por favor, use este formulario para registrar sus experiencias diarias de ansiedad o angustia en situaciones sociales que conlleven algún tipo de actuación por su parte, la evaluación de los demás y/o interacciones interpersonales. Es importante completar el formulario tan pronto como le sea posible después de ocurrido el evento a fin de aumentar la precisión de sus comentarios.

Fecha	Describa la situación social difícil o ansiosa (qué ocurrió, quién participaba, dónde y cuál era su función)	Anticipación del evento (duración y nivel medio de ansiedad 0-100)	Exposición real al evento (duración y nivel superior de ansiedad 0-100)	Recuerdo posterior al evento (duración y nivel medio de ansiedad 0-100)	Resultado a largo plazo (valore su sentimiento de vergüenza 0-100)

Nota: La duración se refiere al tiempo (es decir, minutos, horas o días) transcurridos anticipando el acontecimiento social, exponiéndose a él o recordándolo. Estime el nivel medio (o pico máximo donde proceda) de ansiedad entre 0 (“ninguna ansiedad”), 50 (“moderadamente intensa”) y 100 (“extrema, casi angustia”). Cada vez que se produzca una crisis de angustia en las fases de anticipación, exposición o procesamiento posterior del acontecimiento, regístrelo con las iniciales CA. En la última columna valore el nivel de vergüenza que le ha quedado asociada con la situación entre 0 (“ninguna”) y 100 (“la experiencia más bochornosa y humillante de mi vida”).

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 9.2

Formulario de Estimación de la Situación Social

Nombre: _____ Fecha: desde _____ hasta _____

Instrucciones: Por favor, use este formulario para registrar sus estimaciones de la probabilidad y del grado de consecuencia negativa asociados con las experiencias sociales diarias que conllevan sentimientos de ansiedad o angustia. Es importante completar el formulario tan pronto como le sea posible después de ocurrido el evento a fin de aumentar la precisión de sus comentarios.

Fecha	Describa la situación social difícil o ansiosa (qué ocurrió, quién participaba, dónde y cuál era su función)	Anticipación del evento (valore la probabilidad y gravedad esperada de un resultado negativo de 0-100)	Exposición real al evento (valore la probabilidad y gravedad esperada de un resultado negativo de 0-100)	Recuerdo posterior al evento (valore la probabilidad y gravedad esperada de un resultado negativo de 0-100)
		Valoración de probabilidad = Valoración de resultado =	Valoración de probabilidad = Valoración de resultado =	Valoración de probabilidad = Valoración de resultado =
		Valoración de probabilidad = Valoración de resultado =	Valoración de probabilidad = Valoración de resultado =	Valoración de probabilidad = Valoración de resultado =
		Valoración de probabilidad = Valoración de resultado =	Valoración de probabilidad = Valoración de resultado =	Valoración de probabilidad = Valoración de resultado =
		Valoración de probabilidad = Valoración de resultado =	Valoración de probabilidad = Valoración de resultado =	Valoración de probabilidad = Valoración de resultado =

Nota: Para las valoraciones de probabilidad, 0 = “Creo que no es probable que se produzca la consecuencia negativa que temo en esta situación” a 100 = “Estoy seguro de que en esta situación va a producirse la consecuencia negativa”. Para las valoraciones de resultados, 0 = “No hay consecuencia negativa en esta situación” a 100 = “En esta situación se espera lo intolerable, el peor escenario posible”

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 9.3

Formulario de Valoración de la Auto-Conciencia

Nombre: _____ Fecha: desde _____ hasta _____

Instrucciones: Por favor, use este formulario para registrar sus estimaciones de la probabilidad y grado de consecuencia negativa asociados con las experiencias sociales diarias que conllevan sentimientos de ansiedad o angustia. Es importante completar el formulario tan pronto como le sea posible después de ocurrido el evento a fin de aumentar la precisión de sus comentarios.

Fecha	Describa la situación social difícil o ansiosa (qué ocurrió, quién participaba, dónde y cuál era su función)	<u>Amplitud de la atención sobre usted mismo</u> (valore el grado en que su atención se centra en usted mismo desde 0 = ninguna atención en mí mismo hasta 100 = completamente absorto en mí mismo)	<u>Objetivo de la atención centrada en usted mismo</u> (mencione sensaciones físicas, pensamientos, imágenes, expresiones verbales o acciones conductuales específicas de las que haya sido muy consciente durante la situación social)	<u>Consecuencia negativa</u> (describa cualquier impresión negativa que haya podido causar a los demás)

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

10

Terapia cognitiva del trastorno de ansiedad generalizada

Nada perjudica tanto al cuerpo como la preocupación...

MAHATMA GANDHI

(Filósofo, humanista y líder político Hindú, 1869-1948)

Rebeca es una mujer de 38 años de edad, madre de dos hijos y directora de unos grandes almacenes con 150 empleados y 15 directores de departamento bajo su responsabilidad. Es una exitosa mujer de negocios que ha sabido abrirse camino en el mundo de la empresa, ha superado multitud de evaluaciones laborales en las que han loado sus habilidades y ha sido promocionada multitud de veces por encima de sus compañeros, sin embargo, Rebeca sigue plagada de ansiedad, sentimientos de incertidumbre y preocupaciones por su efectividad personal tanto en su vida laboral como familiar. Aunque ella atribuye su ansiedad a la infancia y su tendencia a preocuparse de forma crónica a la adolescencia, durante los últimos 5 años su ansiedad se ha intensificado juntamente con su promoción laboral y las demandas añadidas de su puesto.

Son numerosas las cuestiones que preocupan a Rebeca, entre las que se encuentran los problemas de salud de sus ancianos progenitores, su propia salud, la seguridad y logros académicos de

sus hijos, la economía familiar y si su matrimonio va a ser capaz de sobrevivir a los estreses derivados de dos carreras profesionales muy exigentes. Sin embargo, gran parte de sus preocupaciones cotidianas se centran en el trabajo y en si será capaz o no de satisfacer las expectativas de la compañía. Le preocupa que la empresa no alcance los objetivos mensuales de productividad y le preocupa que sus superiores perciban que ella es menos competente que otros directores. Le preocupa que sus empleados no la respeten y que la vean como demasiado blanda e indecisa al afrontar cuestiones relativas a la disciplina laboral. Le preocupa que algún empleado recurra al servicio de recursos humanos formulando alguna queja contra ella y que se vea envuelta en algún litigio sobre sus prácticas directivas. Los informes regulares que envía a la dirección general de la compañía o las visitas a los almacenes de alguno de los directivos provocan un período de ansiedad particularmente intensa. La creencia central subyacente que acelera la ansiedad relacionada con el trabajo son las dudas sobre su propia competencia. Teme que los demás puedan percibirla como incompetente o que pueda fracasar y esto revele su vulnerabilidad ante los demás.

Rebeca experimenta ansiedad y preocupación diariamente, especialmente en el trabajo cuando las demandas son más exigentes. Durante los períodos laborales estresantes siente presión en el pecho, tensión muscular y palpitaciones. En tales momentos algunos pensamientos ansiosos intrusos invaden su mente, como “Este trabajo es demasiado estresante para mí”, “No estoy ‘preparada’ para ser directora de unos grandes almacenes”, “Mi incompetencia se hará visible a todos los demás” y “No tengo lo que se requiere para hacer este trabajo”.

Rebeca se siente tensa y al límite en gran parte de su jornada laboral, pero desafortunadamente los síntomas ansiosos la persiguen hasta la vida familiar porque, cuando llega a casa, se sienta y revisa todas las actividades realizadas en el trabajo a fin de evaluar su actuación (p. ej., “¿He adoptado la decisión correcta?”, “¿He gestionado bien la situación?”). Piensa también en su programa del día siguiente y le preocupa que surja alguna calamidad inesperada. La ansiedad y la preocupación también afectan al

sueño de Rebeca. Duerme una media de 5 horas por noche, y sobre todo “los pensamientos acelerados” le dificultan conciliar el sueño. Le cuesta relajarse, y presenta señales de declive en su salud física tal y como se observa en su alta presión sanguínea y en el síndrome de colon irritable. También experimenta períodos de profunda disforia que, en dos ocasiones como mínimo, satisfacían los criterios diagnósticos del episodio de depresión mayor, aunque ambos episodios transcurrieran sin ser detectados. Rebeca no abusa de alcohol ni recibe medicación ansiolítica prescrita. Sin embargo, su ansiedad y preocupación la han llevado a posponer y a evitar responsabilidades y a solicitar con mucha frecuencia la reafirmación de los demás en relación a sus actuaciones.

Este capítulo presenta un modelo y tratamiento cognitivo modificado del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) que se basa en una formulación cognitiva anterior del trastorno de ansiedad crónica (Beck et al., 1985). Comenzamos por considerar las cuestiones diagnósticas y fenomenológicas claves del TAG, después presentamos el modelo cognitivo y su estado empírico. Se comentan la evaluación diagnóstica y la conceptualización de un caso TAG, así como el enfoque de tratamiento específico del trastorno en base al modelo cognitivo. El capítulo concluye con una consideración relativa a la eficacia del tratamiento y a algunas propuestas de investigación futura.

Consideraciones diagnósticas

Diagnóstico DSM-IV

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) el TAG se considera como un trastorno de ansiedad caracterizado por una ansiedad y preocupación excesivas que se prolongan 6 meses como mínimo y que se refieren a una amplia gama de acontecimientos o actividades. El TAG fue inicialmente reconocido en el DSM-III como trastorno con entidad propia, y desde entonces se ha procedido con numerosos cambios diagnósticos para mejorar su fiabilidad y para modificar el foco de atención desde la “ansiedad que flota libremente” a la preocupación como característica central que define al trastorno (Mennin, Heimberg &

Turk, 2004). El DSM-IV-TR actual conceptualiza el TAG como la preocupación crónica, excesiva y generalizada (es decir, que está más días presente que ausente y se refiere a una amplia gama de acontecimientos o actividades y se prolonga más de 6 meses) cuyo control es difícil. La preocupación se asocia con tres o más síntomas de ansiedad y algunos de estos síntomas deben estar más días presentes que ausentes en los últimos seis meses. Además, la ansiedad y la preocupación deben causar angustia o deterioro clínicamente significativo y no pueden limitarse a las preocupaciones que caractericen a otro trastorno del Eje I. En la Tabla 10.1 se presentan los criterios para el TAG del DSM-IV-TR.

Tabla 10.1. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada

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

Pauta clínica 10.1

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un estado persistente de ansiedad generalizada que conlleva la preocupación crónica, excesiva y generalizada que va acompañada por síntomas físicos o mentales de ansiedad que originan una angustia o un deterioro significativo del funcionamiento diario. La preocupación y la ansiedad deben afectar a múltiples acontecimientos o actividades de la vida cotidiana y no pueden limitarse a las preocupaciones que caracterizan a otro trastorno del Eje I.

El TAG: un enigma diagnóstico

Los orígenes del TAG pueden remontarse hasta el concepto de neurosis de ansiedad, caracterizada como la ansiedad excesiva durante períodos prolongados sin evitación visible (Roemer, Orsillo & Barlow, 2002). El DSM-II (APA, 1968) retuvo el término “neurosis de ansiedad” pero el diagnóstico no diferenciaba entre la ansiedad crónica, generalizada y las crisis agudas de angustia (Mennin et al., 2004). El DSM-III (APA, 1980) rectificó parcialmente este problema ofreciendo criterios diagnósticos específicos para el TAG pero la imposición de criterios jerárquicos excluyentes conllevó que el TAG del DSM-III fuera, en gran medida, una categoría residual con escasa fiabilidad diagnóstica que era excluida si el paciente satisfacía los criterios de otro trastorno de ansiedad. En consecuencia, los profesionales no tenían certeza con respecto a si los individuos satisfacían o no los criterios para el TAG (Mennin et al., 2004; Roemer et al., 2002). Sin embargo, el DSM-III-R (APA, 1987) ofreció una revisión sustancial del TAG que suavizó las normas de exclusión jerárquica, el criterio de duración se prolongó a 6 meses y se atribuyó una función más central a la preocupación. Ahora el TAG puede ser diagnosticado en presencia de otro trastorno de ansiedad siempre que la ansiedad y la preocupación se centren en problemas adicionales que no se relacionen con el trastorno de ansiedad concomitante. La investigación derivada de los criterios del DSM-III-R respaldaba el papel central de la preocupación pero revelaba que la hiperactividad autónoma es el

síntoma del TAG menos fiable y más frecuentemente atribuido (Roemer et al., 2002). En consecuencia, el DSM-IV (APA, 1994) introdujo una revisión adicional, según la cual el número de síntomas físicos de ansiedad necesarios para satisfacer los criterios diagnósticos se redujo de 6 de 18, a 3 de 6. Aunque de esto se deriva una mejoría en la fiabilidad del diagnóstico TAG, muchos de estos síntomas físicos se superponen con la depresión, dificultando aún más el diagnóstico diferencial con la depresión mayor (véase Roemer et al., 2002, para comentarios adicionales). Por ejemplo, observamos que dos tercios de nuestra muestra con TAG habían sido erróneamente clasificados con depresión mayor o trastorno de angustia sobre la base del análisis funcional discriminante de los síntomas comunes y las medidas de cognición de ansiedad y de depresión (D. M. Clark, Beck & Beck, 1994). Desafortunadamente el TAG carece de especificidad de síntomas, lo que dificulta su diferenciación de los demás trastornos.

Ansiedad generaliza y depresión

Durante los últimos años ha sido abundante el debate entre investigadores, relativo a si el TAG es un trastorno de ansiedad o si se aproxima más a los trastornos afectivos, especialmente a la depresión mayor. Aunque también se ha defendido que el TAG puede ser el “trastorno de ansiedad” básico porque la preocupación, su característica central, es común a todos los trastornos de ansiedad (Roemer et al., 2002), muchos otros han cuestionado la distinción diagnóstica del TAG porque ninguna de sus características es exclusiva o específica del trastorno (Rachman, 2004). Además, el TAG parece mostrar una relación particularmente cercana a la depresión. En el NCS-R (Kessler, Chiu et al., 2005), así como en otros estudios a gran escala (Olfson et al., 2000) se han revelado altos índices de comorbilidad entre el TAG y la depresión. En la gran muestra de individuos que solicitan tratamiento, el 40% con TAG presentaban un trastorno secundario del estado de ánimo y el índice se elevaba al 74% de la concomitancia general (Brown, Campbell et al., 2001; véase también Moffitt et al., 2007). En este mismo sentido, no había prioridad temporal de un trastorno sobre el otro.

La investigación sobre la estructura de los síntomas indica que existe un elevado solapamiento entre el TAG y la depresión mayor, siendo el TAG el trastorno de ansiedad que mayores asociaciones presenta con la dimensión del afecto negativo (AN) inespecífico de orden superior y asociaciones mínimas o ausencia de asociación con la activación autónoma (Brown, Chorpita & Barlow, 1998; McGlinchey & Zimmerman, 2007; véase también Krueger, 1999). Mineka et al. (1998) proponían que el TAG y la depresión mayor son ambos trastornos basados en la angustia que contienen un importante componente de AN inespecífico. Posteriormente, Watson (2005) concluyó que el TAG se clasifica indebidamente entre los trastornos de ansiedad porque el TAG y la depresión mayor no se distinguen ni fenotípicamente ni genéticamente. Este autor recomendaba la reconceptualización de la ansiedad y depresión del DSM-IV en una organización jerárquica cuantitativa que categorizaría a la depresión mayor, a la distimia, al TAG y al TEPT juntamente como trastornos de angustia. Existen pruebas de que el trastorno de angustia puede distinguirse del TAG y de la depresión mayor por su estrecha asociación con la hiperactivación fisiológica (p. ej., Joiner et al., 1999), pruebas que respaldan el punto de vista anterior.

Por otra parte, disponemos de un amplio cuerpo de investigación cognitiva que muestra que el TAG se asocia con un sesgo atencional automático hacia la amenaza (véase Capítulo 3 y comentarios siguientes) y que la preocupación es diferente pero está estrechamente relacionada con la aprensión ansiosa y con el miedo (Barlow, 2002). En consecuencia, defendemos que existen argumentos firmes para mantener la clasificación del TAG entre los trastornos de ansiedad pero reconocemos también que presenta una relación mucho más próxima a la depresión que los restantes trastornos de ansiedad. De esta yuxtaposición del TAG con la depresión se derivan importantes implicaciones para el tratamiento. Por ejemplo, la terapia cognitiva para la ansiedad generalizada se aproxima más a la terapia cognitiva estándar para la depresión que a los protocolos de tratamiento de otros trastornos de ansiedad. Adicionalmente, los individuos con TAG y depresión mayor concomitantes presentan sesgos cognitivos más graves que los individuos con TAG pero sin depresión mayor comórbida (Dupuy & Ladouceur, 2008).

Pauta clínica 10.2

El TAG es un trastorno de ansiedad con un diagnóstico y una estructura de síntomas similar pero diferente a la depresión mayor. La evaluación clínica y el tratamiento del TAG debe incluir la alta probabilidad de trastorno afectivo en forma de trastorno o síntomas depresivos concomitantes.

Límites en el TAG

El TAG puede ser difícil de detectar debido a que la preocupación es una queja habitual en la población general así como en todos los trastornos de ansiedad y depresión. Para mejorar la diferenciación del TAG, el DSM-IV-TR requiere que la preocupación sea crónica, excesiva, generalizada y asociada con algunos síntomas ansiosos y que ocasione angustia o incapacitación clínicamente significativa. Pero, ¿es esto suficiente? Ruscio (2002) comparó a un grupo de individuos no-TAG con altos índices de preocupación y a individuos TAG con altos índices de preocupación en varios cuestionarios de síntomas. Comprobó que los preocupados TAG presentaban frecuencias de preocupación o angustia e incapacitación significativamente más altas que los preocupados no-TAG. Sin embargo, la diferencia entre ambos grupos era una cuestión de grado, donde los preocupados TAG mostraban mayor gravedad en la mayoría de las medidas de síntomas (véase también Ruscio, Chiu et al., 2007). Así pues, el TAG se adapta claramente al modelo dimensional de la psicopatología, dificultando la determinación de los criterios diagnósticos para diferenciar la ansiedad patológica de la ansiedad general normal.

¿Existen características sintomáticas que sean distintivas del TAG? Barlow y sus colaboradores han defendido que el TAG puede distinguirse por la mayor frecuencia y gravedad de las preocupaciones relativas a diversas circunstancias vitales, especialmente tareas menores o misceláneas, así como por la tensión muscular asociada a las mismas (Roemer et al., 2002). Se ha propuesto que diversos constructos son únicos del TAG, entre los que se encuentran (1) la búsqueda sin éxito de seguridad (Rachman, 2004), (2) la activación de creencias negativas (meta-cognitivas) sobre la preocupación y los esfuer-

zos contraproducentes de la supresión del pensamiento (Wells, 2006), (3) la intolerancia a la incertidumbre (Dugas, Gagnon et al., 1998) o (4) los déficits en la regulación de la experiencia emocional (Mennin, Turk, Heimberg & Carmin, 2004). Desafortunadamente, en la actualidad carecemos de la evidencia empírica que nos confirme que estos constructos propuestos se conviertan en señales específicas del TAG.

Pauta clínica 10.3

No existen características de síntomas cualitativos que sean específicos del TAG. En su lugar, el trastorno varía en términos de cronicidad, gravedad y generalización de la preocupación y de la ansiedad asociadas. Por esta razón al profesional clínico le costará diferenciar a los individuos TAG de los preocupados no-TAG.

La naturaleza de la preocupación

La preocupación es una condición humana ubicua. ¿Quién de nosotros no se ha preocupado sobre alguna tarea importante que afrontamos o sobre alguna situación futura amenazante o que anticipemos pueda ser negativa? Borkovec (1985) señalaba que como los seres humanos disponemos de la capacidad cognitiva para crear representaciones mentales de acontecimientos pasados así como de hechos futuros anticipados a fin de planificar o resolver un problema, somos capaces de generar representaciones internas de eventos aversivos futuros que causan ansiedad, en ausencia de una amenaza existente. Esta capacidad de representar simbólicamente la amenaza constituye la base de la preocupación. La experiencia de la preocupación se deriva de la producción de pensamientos e imágenes sobre la anticipación exagerada de posibles resultados negativos. Es un componente importante de la ansiedad rasgo o neuroticismo y puede considerarse como el componente cognitivo de la ansiedad (Eysenck, 1992), aunque la preocupación sea distinta de la ansiedad (es decir, Brown et al., 1998; Ruscio, 2002; Mathews, 1990; Zinbarg & Barlow, 1996). Con todo, desde la publicación del DSM-III-R (APA, 1987), la preocupación excesiva se considera como la característica cardinal del TAG.

Definición de la preocupación

Borkovec y sus colaboradores ofrecieron una de las primeras definiciones de la preocupación que fue ampliamente aceptada por la comunidad científica que estudiaba la ansiedad generalizada: “La preocupación es una cadena de pensamientos e imágenes, cargadas de afecto negativo y relativamente incontrolable. El proceso de la preocupación constituye un intento de iniciar la resolución mental de problemas sobre una cuestión cuyo resultado es incierto pero contiene la posibilidad de uno o más resultados negativos. Consecuentemente, la preocupación se relaciona estrechamente con los procesos del miedo” (Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983, p. 10). Sin embargo, durante los siguientes años ha surgido una imagen más compleja de la preocupación. La preocupación es predominantemente un fenómeno verbal-lingüístico que puede servir a una función de afrontamiento evitativa mediante la supresión de las respuestas somáticas y emocionales negativas ante señales de amenaza internamente representadas (Borkovec, 1994; Sibrava & Borkovec, 2006). Mathews (1990) definía la preocupación como la “conciencia persistente de un posible peligro futuro, que es repetidamente ensayado sin ser resuelto” (p. 456) y se mantiene mediante el sesgo automático de procesamiento de información hacia la amenaza que subyace a la alta ansiedad rasgo y a la vulnerabilidad al TAG. Wells (1999) defendía que la preocupación es un proceso ideacional intruso que es predominantemente ego-sintónico y es percibido como si estuviera al servicio de una función adaptativa.

Uno de los debates más importantes sobre la preocupación, en lo que respecta al TAG, es si ésta puede ser constructiva y adaptativa mientras que la preocupación excesiva del TAG es claramente maladaptativa y patológica. Algunos investigadores han defendido que la preocupación puede llevarnos al afrontamiento activo centrado en el problema, a la búsqueda de información y a la orientación a la tarea con, como mucho, un nivel mínimo de ansiedad asociada (p. ej., Davey, 1994; Wells, 1999; véase Watkins, 2008). Por otra parte, la preocupación patológica es (1) más generalizada, (2) consume tiempo, (3) es incontrolable, (4) se centra más en problemas menores y más remotos que en situaciones orientadas hacia el futuro, (5) está selectivamente sesgada por la amenaza y (6) está asociada con una varia-

bilidad autónoma más restringida (Craske et al., 1989; Dugas, Gagnon et al., 1998; Dupuy et al., 2001; véase también Ruscio et al., 2001). Sin embargo, los esfuerzos por diferenciar la preocupación adaptativa de la preocupación patológica no han sido fructíferos debido a la estrecha asociación entre la preocupación y la ansiedad elevada (Roemer et al., 2002) y la naturaleza dimensional de la preocupación normal y anormal (Ruscio et al., 2001). Una solución podría consistir en reservar el término “preocupación” para las formas maladaptativas del pensamiento repetitivo asociado con la ansiedad elevada o la angustia y que no sirva a ninguna función adaptativa particular para manejar el peligro futuro anticipado. El elemento central que distingue a la preocupación patológica es la anticipación exagerada de resultados futuros negativos (es decir, “que algo malo vaya a ocurrir”). Por su parte, la preocupación adaptativa es un pensamiento repetitivo más constructivo y orientado hacia la tarea que actúa como afrontamiento preparatorio o actividad de resolución de problemas (Mathews, 1990).

La función de la preocupación

Una de las consecuencias de la preocupación es su capacidad para generar o mantener la ansiedad en ausencia de una amenaza externa mediante pensamientos e imágenes perpetuas de amenazas y peligros inexistentes anticipados en el futuro (Borkovec, 1985). De este modo, la preocupación es un elemento contribuyente a la etiología y al mantenimiento de la ansiedad. La mayoría de los investigadores clínicos consideran en la actualidad que la preocupación es una estrategia cognitiva maladaptativa de afrontamiento evitativo. Mathews (1990) sugiere que la preocupación contribuye a la persistencia de la ansiedad elevada manteniendo altos niveles de vigilancia ante el peligro personal. M. W. Eysenck (1992) proponía que la preocupación cumple tres funciones: (1) alarma –introduce las señales de amenaza en el conocimiento consciente, (2) aviso –representa repetidamente en la conciencia pensamientos e imágenes relacionadas con la amenaza y (3) preparación –permite al individuo preocupado anticipar una situación futura generando una solución al problema o preparación emocional para las consecuencias negativas. Este autor defendía que la

preocupación puede ser constructiva (es decir, conducente a la resolución del problema) o puede convertirse en excesiva y maladaptativa si la amenaza percibida es considerada como altamente probable, inminente, aversiva e inmanejable (es decir, acceso limitado percibido a las estrategias de afrontamiento post-evento). La preocupación dispone de una cualidad auto-perpetuante porque funciona como refuerzo positivo creando la ilusión de certeza, previsión y control de la amenaza o peligro anticipado (Barlow, 2002).

Borkovec ha desarrollado la conceptualización más amplia de la preocupación como respuesta cognitiva maladaptativa de evitación ante la amenaza futura (Roemer & Borkovec, 1993). La preocupación es un proceso predominantemente conceptual, verbal-lingüístico que se auto-perpetúa mediante el refuerzo negativo a través de la no-ocurrencia del resultado o catástrofe negativa prevista. Además, se cree que la preocupación suprime (inhibe) la activación autónoma y otros procesos emocionales molestos (Borkovec, 1994). La preocupación, como intento de resolver un problema de posible amenaza o peligro futuro, es consecuentemente un esfuerzo por evitar peligros distales (Borkovec et al., 2004). Recientemente Borkovec sugería que el problema central en el TAG puede ser el miedo hacia la experiencia emocional en general, donde la preocupación sirve como estrategia de evitación cognitiva para la experiencia emocional (Borkovec et al., 2004; Sibrava & Borkovec, 2006).

Beck y Clark (1997) proponían que la preocupación es una estrategia de procesamiento elaborativo mediante la activación del procesamiento esquemático automático de la amenaza. Es un esfuerzo intencionado por revalorar las interpretaciones automáticas de la amenaza y establecer una sensación de seguridad a fin de desactivar los esquemas de amenaza hipervalente y vulnerabilidad que caracterizan a la ansiedad generalizada. En nuestro modelo cognitivo del TAG la preocupación patológica funciona como un proceso irónico (es decir, Wegner, 1994) que invariablemente aumenta y no reduce la ansiedad, porque magnifica los pensamientos automáticos congruentes con los esquemas de los resultados negativos anticipados. La pauta clínica 10.4 presenta nuestra definición de la preocupación y su función en el TAG.

Pauta clínica 10.4

La preocupación crónica y excesiva es una característica importante del TAG y su vulnerabilidad. Es una estrategia de evitación cognitiva, maladaptativa y auto-perpetuante que contribuye a la persistencia de la ansiedad (1) magnificando una interpretación sesgada de la amenaza anticipada; (2) generando una falsa sensación de control, previsión y certidumbre; (3) garantizando la atribución errónea de que no ocurra el resultado temido al proceso de preocupación y (4) culminando en los intentos frustrados de establecer una sensación de seguridad.

Epidemiología y características clínicas***Prevalencia***

En el estudio epidemiológico del NCS, el TAG DSM-III-R revelaba una prevalencia anual del 3,1% y una prevalencia global del 5,1% (Kessler et al., 1994). Cifras de prevalencia similares (3,1% anual y 5,7% global) han sido reveladas recientemente en el NCS-R que se basaba en los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TAG (Kessler, Berlund et al., 2005; Kessler, Chiu et al., 2005). Los índices de prevalencia del TAG varían considerablemente de unos países a otros (Holaway, Rodebaugh & Heimberg, 2006). Es difícil saber si esto refleja diferencias transnacionales en los índices de TAG o variaciones metodológicas en los criterios diagnósticos y medidas de entrevista. Algunos de los estudios más antiguos se basaban en los criterios diagnósticos del DSM-III mientras que los estudios más recientes se basan en el DSM-III-R o en el DSM-IV.

En los contextos de atención primaria se han encontrado índices de prevalencia superiores del TAG. Por ejemplo, Olfson et al. (2000) señalaban una prevalencia habitual del 14,8% en las consultas médicas de las grandes ciudades, convirtiendo al TAG en el trastorno de ansiedad más prevalente en este contexto. En los índices de prevalencia anuales del NCS-R, el TAG seguía al trastorno de angustia en lo que respecta al uso de los servicios médicos generales, y era similar a la fobia social en el uso de las especialidades de salud mental (Wang,

Lane et al., 2005; véase también Deacon et al., 2008). Sin embargo, a diferencia del trastorno de angustia o el TEPT, el TAG no presenta una fuerte asociación con otros trastornos físicos a excepción de los problemas gastrointestinales (Rogers et al., 1994; Sareen, Cox, Clara & Asmundson, 2005). Por lo tanto, el TAG podría ser casi tan frecuente como la depresión en los contextos de atención primaria (Olfson et al., 2000), un hallazgo que es coherente con nuestra discusión previa sobre el TAG como trastorno de angustia.

Síntomas dependientes del género y de la cultura

La diferencia relativa al género es importante en el TAG; el trastorno es doblemente más común en las mujeres que en los hombres. En el DSM-III-IV se revela una prevalencia anual del 4,3% para las mujeres y del 2% para los hombres, y una prevalencia global del 6,6% para las mujeres y del 3,6% para los hombres (Kessler et al., 1994). En algunos países las mujeres presentaban menores índices de TAG, aunque el patrón más sistemático es el de índices de prevalencia a favor de las mujeres (p. ej., Gater et al., 1998). Otros han observado que las mujeres con TAG pueden mostrar un mayor índice global de un trastorno de ansiedad adicional (Yonkers, Warchaw, Massion & Keller, 1996) y que el TAG comórbido se asocia con una mayor probabilidad de solicitud de ayuda personal (Wittchen, Zhao, Kessler & Eaton, 1994). No se han hallado diferencias de género significativas en lo que respecta a la gravedad de la presentación clínica, nivel de deterioro, presencia de depresión comórbida o respuesta a la farmacoterapia para el TAG (Steiner et al., 2005).

A pesar de la existencia de algunas evidencias de diferencias transnacionales en la prevalencia del TAG (p. ej., Gater et al., 1998), en el NCS no hallaron diferencias étnicas (Kessler et al., 1994). Sin embargo, en el NCS-R los participantes hispanos y negros no-hispanos presentaban índices significativamente menores que los blancos no-hispanos en todos los trastornos de ansiedad (Kessler, Berglund et al., 2005). Las diferencias culturales pueden observarse en el contenido de la preocupación; los asiático-americanos se muestran significativamente más preocupados por los objetivos futuros y los afro-americanos significativamente menos preocupados que los

asiático-americanos o americanos caucásicos por las relaciones, la auto-confianza, los objetivos futuros o la incompetencia laboral (Scout, Eng & Heimberg, 2002).

Aparición y diferencias de edad

En el NCS-R el 50% de los casos de TAG aparecía antes de los 31 años de edad y el 75% aparecía antes de los 47 años (Kessler, Berglund et al., 2005). Comparados con los restantes trastornos de ansiedad evaluados en el NCS-R, un porcentaje superior de casos de TAG presentaba una aparición tardía, con un 10% aproximadamente cuya primera aparición era posterior a los 60 años de edad. Sin embargo, en su revisión Holaway, Rodebaugh y Heimberg (2006) concluían que el intervalo entre la adolescencia tardía y el final de la veintena era el más común para la aparición del TAG.

Dada la amplitud del intervalo de edad para la aparición del TAG, existe considerable interés en los índices de TAG a lo largo del ciclo vital, especialmente entre los adultos de más edad. En el NCS-R, la prevalencia global más alta se observaba en el cohorte de edad 45-59 (Kessler, Berglund et al., 2005), pero Holaway, Rodebaugh y Heimberg (2006) concluían que el intervalo entre 25-54 años presentaba la prevalencia más alta del TAG. Para los individuos menores de 18 años, el trastorno de exceso de ansiedad se diagnostica como equivalente al TAG. El trastorno por exceso de ansiedad en la infancia y en la adolescencia se asocia con el aumento de riesgo de TAG y de depresión mayor en la etapa adulta (p. ej., Mofita et al., 2007).

En un estudio de la comunidad holandesa con 4.051 individuos de edades comprendidas entre los 65 y los 86 años, se encontró que el 3,2% satisfacía los criterios actuales del TAG y que el 60% de estos casos presentaba depresión concomitante (Schoevers, Beekman, Deeg, Jonker & van Tilburg, 2003). Aunque el TAG parezca tener la misma presentación clínica en los individuos mayores y en los más jóvenes (J.G. Beck, Stanley & Zebb, 1996), Mohlman (2004) señalaba que el trastorno podía ser más difícil de detectar en los adultos de más edad. Esta autora concluía que los adultos de más edad pueden preocuparse menos que los grupos de menos edad, y que el contenido

de su respuesta a la preocupación puede ser diferente. Los adultos de más edad se preocupan por la salud, la muerte, las lesiones y los problemas laborales, mientras que los individuos más jóvenes se preocupan por el trabajo y las relaciones y confían en diferentes estrategias para controlar su preocupación (Hunt, Wisocki & Yanko, 2003). Además, la TCC puede producir efectos de tratamiento modestos en los pacientes TAG de más edad (véase Mohlman, 2004). Las pruebas indicativas de que los adultos de más edad con depresión mayor y TAG presentan más ideación suicida subraya la importancia clínica de los síntomas del TAG en este segmento de la población (Lenze et al., 2000). Sin embargo, investigaciones más recientes indican que el TAG no se asocia con un índice de mortalidad superior en los ancianos (Holwerda et al., 2007).

Pauta clínica 10.5

El TAG es el tercer trastorno de ansiedad más común con una prevalencia global del 5,7%. Se encuentra en el doble de mujeres que de hombres y puede ser algo más prevalente entre los blancos. En los contextos de atención primaria se encuentran índices superiores. Aunque el TAG es más prevalente entre los adultos jóvenes y de mediana edad, el TAG y la preocupación son también comunes entre los ancianos quienes pueden mostrar una menor respuesta a las intervenciones cognitivo-conductuales.

Curso y deterioro

El TAG tiende a ser crónico y a no remitir. En el Programa Harvard-Brown de Investigación de la Ansiedad (HARP) que siguió a 558 pacientes durante 8 años, sólo el 46% de las mujeres y el 56% de los hombres experimentaron remisión del TAG, mientras que durante el mismo período el 36% de las mujeres y el 43% de los hombres experimentaron una recaída (Yonkers et al., 2003). El análisis adicional de los datos del HARP revelaba que el empeoramiento y la presencia del trastorno comórbido de angustia aumentaba significativamente el riesgo de reaparición del TAG (Rodríguez et al., 2005). Además, una edad de aparición temprana y un trastorno comórbido del Eje II eran

predictivos de cronicidad y de recaídas (Maisson et al., 2002; Yonkers, Dyck, Warchaw & Keller, 2000). Los individuos con TAG son propensos a solicitar tratamiento y presentan un período de retraso para la solicitud de ayuda menor que el de los individuos con fobia social (Wagner et al., 2006). En el NCS-R, el TAG se asociaba con un 86,1% de probabilidad global acumulativa de solicitud de contacto para tratamiento y un retraso medio de búsqueda de tratamiento de 9 años (Wang, Berglund et al., 2005). En general, los individuos con TAG presentan índices de solicitud de tratamiento que son similares a otros trastornos de ansiedad (p. ej., Wang, Lane et al., 2005).

El TAG se asocia con un deterioro significativo en el funcionamiento social y ocupacional así como en la calidad de vida. Varios estudios han revelado que los individuos con TAG pierden relaciones sociales y laborales así como su calidad de vida, pérdida que es aún mayor en las condiciones comórbidas (p. ej., Henning, Turk, Mennin, Fresco & Heimberg, 2007; Massion et al., 1993; véase Hoffman, Dukes & Wittchen, 2008). Además, el deterioro debido al TAG es de magnitud equivalente al observado en la depresión mayor y se asocia con una carga económica importante que, de hecho, puede ser superior a la de los restantes trastornos de ansiedad (Wittchen, 2002). En su meta-análisis sobre los estudios de calidad de vida, Olatunji et al. (2007) concluían que el TAG presentaba pérdidas similares a otros trastornos de ansiedad en la calidad de vida, a excepción del TEPT. Por consiguiente, el trastorno representa un coste significativo para la sociedad en términos de reducción de la productividad laboral, del elevado uso de los recursos sanitarios de atención primaria y de carga económica sustancial (Wittchen, 2002). El tratamiento del TAG es costoso en comparación con el del trastorno de angustia y aumenta notablemente cuando está presente una depresión comórbida (Marciniak et al., 2005).

Pauta clínica 10.6

El TAG tiende a adoptar un curso crónico que no remite y origina un deterioro social y ocupacional significativo, conduce al individuo a una reducción en la satisfacción vital y constituye una carga económica significativa para la sociedad.

Comorbilidad

Al igual que otros trastornos de ansiedad el TAG se asocia con un alto índice de comorbilidad del Eje I y Eje II, lo que origina un deterioro funcional aún mayor y peores resultados (véase Holaway, Rodebaugh & Heimberg, 2006; Rodríguez et al., 2005; Yonkers et al., 2000). En el NCS-R, el 85% de los individuos con TAG DSM-IV presentan una condición comórbida (Kessler, Chui et al., 2005; véase también Carter, Wittchen et al., 2001; Mofita et al., 2007). Índices similares de comorbilidad han sido hallados en estudios clínicos, siendo los más comunes la depresión mayor, la fobia social y el trastorno de angustia (p. ej., Brown, Campbell et al., 2001). Además, los individuos con TAG o trastorno de angustia con evitación agorafóbica son más propensos a presentar un trastorno de abuso de sustancias que los individuos con otros diagnósticos de ansiedad o trastornos anímicos (Grant et al., 2004). Por último, entre un tercio y dos tercios de los individuos con TAG presentarán un trastorno de personalidad del Eje II, siendo los más frecuente los trastornos de personalidad por evitación, obsesivo-compulsivo y posiblemente paranoide y dependiente (p. ej., Dyck et al., 2001; Massion et al., 2002; Grant et al., 2005; Sanderson et al., 1994). El TAG suele ser con frecuencia el trastorno temporal primario, especialmente en relación a los trastornos del estado de ánimo (Kessler, Walters & Wittchen, 2004).

Pauta clínica 10.7

La mayoría de los individuos con TAG presentarán un historial global o momentáneo de otros trastornos psiquiátricos que complicarán la respuesta al tratamiento. Los diagnósticos secundarios más comunes son la depresión mayor, la fobia social, el trastorno de angustia, el abuso de sustancias y el trastorno de personalidad por evitación. La planificación de la evaluación y del tratamiento debe tener en cuenta la presencia de estas condiciones concomitantes.

Personalidad y acontecimientos vitales

Como se señalaba en el Capítulo 4, se han propuesto modelos de diátesis-estrés para explicar la etiología y persistencia de la ansiedad en general que, evidentemente, son aplicables al TAG (p. ej., Barlow,

2002; Chorpita & Barlow, 1998). En su modelo cognitivo inicial de la ansiedad generalizada, Beck et al. (1985) proponían una perspectiva de diátesis-estrés en la que la baja auto-confianza y la inadecuación percibida en áreas específicas del funcionamiento son diátesis cognitivas-de personalidad que precipitan un estado de ansiedad crónica cuando son provocadas por un evento que represente una amenaza para la supervivencia física o psicológica del individuo.

En el Capítulo 4 comentamos diversas diátesis de personalidad que podrían estar implicadas en el desarrollo de la ansiedad y, por extensión, del TAG. La afectividad negativa (AN) se ha revelado sistemáticamente como el constructo latente más importante en los estudios de análisis factoriales del TAG. Aunque sólo unos pocos estudios se han centrado específicamente en el desarrollo del TAG (Hudson & Rapee, 2004), la investigación y los estudios retrospectivos sobre la ansiedad en su forma más general sugieren que una AN alta y el neuroticismo o emocionalidad negativa, son diátesis de personalidad en el TAG (L.A. Clark, Watson & Mineka, 1994). En defensa de esta afirmación, en un amplio estudio reciente se observó que el neuroticismo tenía un impacto significativamente mayor sobre el aumento de riesgo de TAG que cualquier otro trastorno psiquiátrico (Khan, Jacobson, Gardner, Prescott & Kendler, 2005). La ansiedad rasgo alta ha sido considerada, en la práctica, como sinónimo de TAG hasta el punto de que se ha sugerido que el TAG podría ser “una manifestación relativamente pura de la alta ansiedad rasgo” (Rapee, 1991, p. 422). Barlow (2002) ha defendido que la incapacidad crónica para afrontar acontecimientos imprevisibles e incontrolables es una vulnerabilidad psicológica en el TAG. La inhibición conductual es un constructo temperamental que se ha vinculado al desarrollo de la ansiedad y, sería de esperar que tuviera relevancia para el TAG (Hudson & Rapee, 2004). Recientemente Rapee proponía un modelo etiológico para el TAG en el que la vulnerabilidad ansiosa se definía en términos de un temperamento con emocionalidad, inhibición y activación fisiológica aumentadas, temperamento que origina la tendencia a malinterpretar situaciones como amenazantes y consecuentemente a evitarlas (Hudson & Rapee, 2004).

Al igual que en la investigación sobre la personalidad, no son abundantes los estudios que se han centrado específicamente en los

eventos vitales del TAG. En el ECA, los acontecimientos vitales estresantes se asociaron con la aparición del TAG DSM-III (Blazer, Hughes & George, 1987). Se observó que los sucesos vitales estresantes correlacionaban tanto con la depresión mayor como con el TAG en una amplia muestra comunitaria (Newman & Bland, 1994). Asimismo se sabe que, los individuos presentan grave riesgo de desarrollar una depresión mayor cuando experimentan un suceso vital severo en presencia de TAG (Tema, Kuhn, Prescott & Kendler, 2006). En otro estudio, Roemer, Molina, Litz y Borkovec (1996-1997) hallaron que los individuos con TAG revelaban significativamente acontecimientos potencialmente más traumáticos que los individuos no-ansiosos. Aunque no es abundante la investigación relativa a los sucesos vitales en el TAG, existen pruebas que confirman que los acontecimientos estresantes contribuyen a la aparición e impacto del trastorno.

La comunidad científica se ha cuestionado si las adversidades experimentadas durante la infancia desempeñan una función etiológica en el TAG. En un estudio se observó la asociación entre la psicopatología de los progenitores (es decir, depresión, TAG, abuso drogas/alcohol), la separación/divorcio de los progenitores, el abuso físico y sexual de la criatura y el hecho de haber presenciado un trauma con la aparición pero no con la persistencia del TAG (Kessler et al., 1997). Otros estudios, sin embargo, no han hallado que el TAG se asocie particularmente al abuso emocional, físico o sexual durante la infancia (Giba et al., 2007; Pribor & Dinwiddie, 1992). Aunque se requiere investigación adicional sobre muestras específicas de TAG, la investigación diátesis-estrés sobre los estados y síntomas de ansiedad sugiere en general que varios constructos de personalidad y acontecimientos vitales contribuyen probablemente al desarrollo de la ansiedad generalizada y de la preocupación (p. ej., Brozina & Abela, 2006).

Pauta clínica 10.8

La evaluación de la ansiedad generalizada debería incluir un estudio general sobre los acontecimientos y circunstancias vitales estresantes, así como ciertas dimensiones globales de la personalidad como el afecto negativo, la ansiedad rasgo y la emocionalidad negativa o neuroticismo.

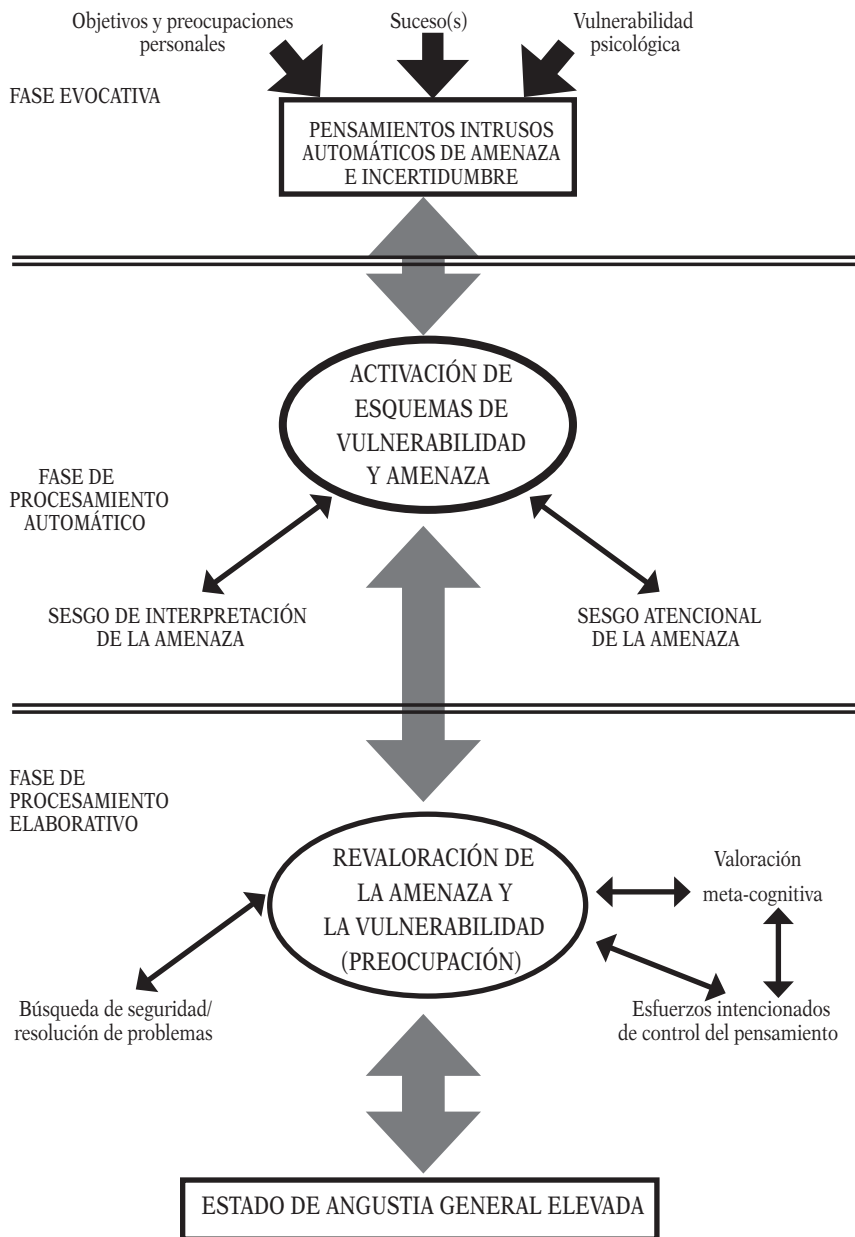
Modelo cognitivo del TAG

En la Figura 10.1 se presenta un modelo cognitivo elaborado del TAG basado en el modelo genérico comentado en el Capítulo 2 y en las consideraciones teóricas comentadas en Beck y D.A. Clark (1997). Hemos incluido también los resultados y avances de otros investigadores sobre la base cognitiva de la ansiedad generalizada y de la preocupación (p. ej., Borkovec, 1994; Borkovec et al., 1991; Dugas, Gagnon et al., 1998; M.W. Eysenck, 1992; Wells, 1995, 1999; Woody & Rachman, 1994).

Fase evocativa

El modelo cognitivo del TAG comienza aseverando que la preocupación TAG no se produce en el vacío sino que refleja las circunstancias vitales, objetivos y preocupaciones personales del individuo. La perspectiva cognitiva sobre la personalidad ha reconocido hace ya mucho tiempo que la conducta individual está determinada por la interacción entre las experiencias o situaciones vitales cotidianas, el contenido esquemático y los objetivos personales (Cantor, 1990). Estos objetivos auto-articulados son las cosas sobre las que trabajan y cuidan las personas en sus vidas cotidianas (Cantor et al., 1991). Cantor (1990) se refiere a ellos como *tareas vitales* o proyectos personales sobre los que trabajan las personas y les destinan energía durante un período específico de tiempo a fin de conferir sentido a las búsquedas humanas básicas de amor, trabajo y poder. Por ejemplo, los estudiantes universitarios podrían compartir intereses vitales normativos sobre “éxito académico”, “hacer nuevos amigos” o “compromiso romántico”, pero diferirían en las actividades reales y en su evaluación relevante al nivel de logro de tales intereses vitales. Klinger (1975) introdujo el término *intereses actuales* como los que persiguen el logro de ciertos objetivos particulares (p. ej., evitar amenazas para la seguridad personal o desprenderse de una pérdida), mientras que Emmons (1986) se refiere a los *esfuerzos personales* como “lo que los individuos generalmente tratan de lograr mediante su conducta o la finalidad o finalidades que una persona trata de llevar a cabo” (p. 1095). Todos estos constructos se refieren a la influencia de los esfuerzos dirigidos a objetivos de la conducta y de la cognición humanas, especialmente en períodos de transición vital (Cantor, 1990).

Figura 10.1. Modelo cognitivo del trastorno de ansiedad generalizada.



En el presente modelo proponemos que los objetivos, valores o intereses personales de los individuos, así como el contexto de su experiencia cotidiana desempeñarán un papel importante en la provocación de la preocupación. Por ejemplo, una importante transición vital para los adultos jóvenes podría ser el hecho de aceptar el primer empleo permanente tras su graduación. Un objetivo personal sería “ser reconocido como alguien que alcanza el éxito y la productividad” y la persona, a fin de satisfacer este objetivo, podría iniciar diversas actividades como trabajar horas extras en proyectos, hacer más para producir un trabajo de mayor calidad, obtener *feedback* y reconfirmación de sus compañeros de trabajo y equivalentes. En este contexto un individuo vulnerable podría comenzar a preocuparse por la calidad de su trabajo, por cómo es percibido por los demás y si realmente está obteniendo el éxito laboral o no en su nuevo empleo. De modo similar, una persona que acaba de jubilarse y para quien generar riqueza haya sido una tarea vital importante podría ser vulnerable a la preocupación relativa a la pérdida e inseguridad económica. De este modo, nuestras tareas vitales, intereses presentes o esfuerzos personales pueden convertirse en un catalizador importante de la preocupación en el individuo vulnerable. Como se ha comentado previamente, el individuo con AN o neuroticismo sería particularmente propenso a preocuparse en el contexto de estos importantes objetivos vitales. Adicionalmente, proponemos que los esquemas persistentes de baja auto-confianza (es decir, indefensión) y amenaza constituirían la base de la predisposición a la ansiedad generalizada y a la preocupación crónica.

La interacción de estos esquemas prepotentes o vulnerabilidad de personalidad con tareas vitales particulares de ese momento puede provocar pensamientos o imágenes intrusas relevantes para la amenaza. Los *pensamientos intrusos* son “cualquier evento cognitivo identificable y distinto que sea indeseado, no-intencionado y recurrente. Interrumpe el flujo del pensamiento, interfiere con la ejecución de la tarea, se asocia con el afecto negativo y es difícil de controlar” (D.A. Clark & Rhyno, 2005, p. 4). En el presente contexto, los pensamientos intrusos orientados al futuro que conllevan algo de amenaza incierta sobre el logro de los objetivos o tareas vitales que uno persigue (es decir, pensamientos ansiosos automáticos), pueden

provocar ansiedad y, en algún momento, originar un proceso de preocupación. La intolerancia a la incertidumbre se hace inmediatamente aparente en el TAG (Koerner & Dugas, 2006), y por consiguiente esperaríamos que la incertidumbre se refleje en los pensamientos intrusos ansiosos automáticos del TAG. Esto se aprecia durante la conciliación del sueño, que comúnmente se asocia con una oleada de pensamientos intrusos ansiosos y preocupación, tal y como describen el problema los individuos con insomnio y TAG (Harvey, 2005). Obviamente, el individuo propenso a la preocupación no trata de generar intencionada y voluntariamente pensamientos indeseados de amenaza o incertidumbre cuando trata de dormir. Este pensamiento se experimenta de un modo espontáneo, no-intencionado y automático. Los pensamientos literalmente se inmiscuyen en el conocimiento consciente en contra de la voluntad de la persona y, entonces, son difíciles de controlar o rechazar (Rachman, 1981). Presentan cierta calidad adhesiva y se asocian con un sentimiento de aprensión o ansiedad. Wells (2005a) señalaba que los pensamientos intrusos negativos ocurrían con frecuencia en el TAG y que pueden verse exacerbados por el proceso de preocupación. En el modelo presente, nosotros proponemos que los pensamientos intrusos ansiosos automáticos que conllevan amenaza incierta desempeñan un rol crítico en el origen del proceso de preocupación activando los esquemas maladaptativos de amenaza y vulnerabilidad que caracterizan al TAG.

Fase de procesamiento automático

En la actualidad disponemos de suficientes pruebas relativas a que el procesamiento automático de la información de amenaza ocurre en la patogénesis del TAG. En su revisión MacLeod y Rutherford (2004) concluían que existen pruebas determinantes de que los individuos con TAG atendían selectivamente a estímulos amenazantes durante la fase de codificación y extraían interpretaciones sesgadas de amenaza cuando se les presentaba información ambigua (véase comentario más adelante). Por consiguiente, existe un respaldo empírico considerable sobre la fase de procesamiento automático en el TAG.

Activación esquemática

En la Figura 10.1 se proponen tres elementos críticos para el procesamiento automático de la amenaza. El primero es la activación de un agrupamiento de esquemas relevantes para el TAG. En el modelo cognitivo, los pensamientos intrusos de incertidumbre son tanto la causa como la consecuencia de la activación de los esquemas de amenaza. Sería de esperar que estos pensamientos sean más frecuentes y sobresalientes con la activación sostenida de los esquemas relevantes al TAG. El modelo cognitivo propone cuatro tipos de esquemas que caracterizan al TAG, esquemas que se presentan en la Tabla 10.2.

Como el TAG y la depresión están estrechamente vinculados en la presentación clínica y comorbilidad diagnóstica, no debería sorprendernos que la organización esquemática subyacente sea similar en ambos trastornos (Beck et al., 1985, 2005). Los esquemas de amenaza general y vulnerabilidad, de menor auto-confianza y mayor sensación de indefensión comparten muchas similitudes con los esquemas auto-referentes negativos de la depresión. Sin embargo, los esquemas del TAG presentan una mayor especificidad para los objetivos e intereses vitales personales importantes y, evidentemente, se refieren a creencias sobre amenazas futuras, los “¿Qué... si?”. Por ejemplo, en nuestro caso ilustrativo Rebeca creía que sería criticada en cualquier momento por no actuar debidamente como directora del establecimiento y estaba convencida de que le costaba gestionar problemas con sus empleados. No creía que las personas fueran críticas en general fuera del contexto laboral, ni tampoco creía que ella careciera de habilidades sociales. Más bien sus esquemas de amenaza y vulnerabilidad eran específicos para el contexto laboral y, por ello, se preocupaba excesivamente sobre su ejecución laboral y de que la percibieran como incompetente.

Las dos últimas categorías de esquemas, las creencias de incertidumbre y la meta-cognición, pueden ser consideradas como singulares del TAG pero incluso estas creencias pueden hallarse en otros trastornos de ansiedad como el TOC. Dugas y sus colaboradores han propuesto un modelo de preocupación patológica y TAG en el que la intolerancia a la incertidumbre es un factor causal (Dugas, Buhr &

Tabla 10.2. Esquemas que caracterizan a los trastornos de ansiedad generalizada

Categorías de esquemas	Ejemplos ilustrativos
<i>Amenaza general</i> (creencias sobre la probabilidad y consecuencias de amenazas a la propia seguridad física o psicológica)	• Es muy probable que me encuentre con resultados (acontecimientos) negativos que amenacen objetivos vitales importantes. • Si experimento un acontecimiento negativo que amenace un objetivo vital importante, tendrá sobre mí un efecto grave a largo plazo. • La angustia y la ansiedad serán intensas si este evento llega a ocurrir.
<i>Vulnerabilidad personal</i> (creencias sobre la incapacidad, inadecuación, falta de recursos personales para afrontar la situación)	• Si ocurriera, sería incapaz de afrontar el acontecimiento negativo. • No puedo controlar que este acontecimiento se produzca o no, ni sus efectos sobre mí. • Soy débil e inútil ante este acontecimiento.
<i>Intolerancia a la incertidumbre^a</i> (creencias sobre la frecuencia, consecuencia, evitación e inaceptabilidad de eventos negativos inciertos o ambiguos)	• La incertidumbre aumentará el estrés y los efectos adversos de los acontecimientos negativos. • Es importante estar preparado para cualquier cosa inesperada negativa que pueda ocurrirme. • Si logro reducir la duda y la ambigüedad de una situación potencialmente negativa, seré más capaz de afrontarla.
<i>Meta-cognición de la preocupación^b</i> (creencias relativas a los efectos positivos y negativos de la preocupación y su controlabilidad)	• La preocupación me ayuda a resolver problemas y a prepararme para lo peor. • Si me preocupa, eso significa que me tomo con seriedad la situación. • Si fuera una persona más fuerte, sería capaz de controlar mis preocupaciones. • Experimento mucha ansiedad y angustia a consecuencia de la preocupación incontrolable.

a Véase Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur (1994).

b Véase Cartwright-Harton y Wells (1997).

Ladouceur, 2004). El constructo se define como “la tendencia a reaccionar negativamente, a un nivel emocional, cognitivo y conductual, ante situaciones y acontecimientos inciertos” (Dugas et al., 2004, p. 143). Asimismo, la intolerancia a la incertidumbre se asocia con la dificultad para responder a situaciones ambiguas o inciertas y con creencias de que la incertidumbre es negativa y debería ser evitada. Aunque los estudios iniciales observaron que la intolerancia a la incertidumbre era más elevada en individuos con TAG que en controles no-ansiosos o en individuos con otros trastornos de angustia

(Dugas, Gagnon et al., 1998; Dugas et al., 2005), era igualmente visible en el TOC análogo y el TAG (Holaway, Heimberg & Coles, 2006). Así, el modelo cognitivo no incluye que las creencias de incertidumbre sean necesariamente exclusivas del TAG, pero cuando se activan juntamente con esquemas de amenaza personal y vulnerabilidad sobre objetivos e intereses vitales importantes, la constelación de creencias propulsará la preocupación excesiva. Rebecca creía que en cualquier momento podía aparecer un jefe zonal dispuesto a evaluar su establecimiento. Esta incertidumbre le causaba muchos problemas porque confiaba en la importancia de estar bien organizada y preparada para lo inesperado. Esto la llevaba a preocuparse excesivamente porque “su incompetencia” podría ser descubierta en cualquier momento.

Wells (1995, 1999) propuso un modelo cognitivo para el TAG en el que las creencias maladaptativas positivas y negativas sobre la preocupación desempeñan una función clave en un proceso meta-cognitivo disfuncional que lleva al individuo a la preocupación excesiva y al TAG. Según Wells (1999), la “meta-cognición” se refiere a las valoraciones y creencias sobre la naturaleza de la cognición y a nuestra habilidad para monitorear y regular nuestros pensamientos. Las creencias meta-cognitivas en el TAG representan auto-conocimiento sobre la importancia de atender a los propios pensamientos, una tendencia a valorar negativamente el pensamiento auto-referente y la necesidad de iniciar esfuerzos de control del pensamiento que, a la postre, se demuestran inútiles (Wells & Matthews, 2006). En el TAG estas creencias meta-cognitivas generarán “meta-preocupaciones” o preocupación sobre la preocupación, así como esfuerzos inefectivos de controlar el pensamiento y la preocupación ansiosa, los sesgos atencionales para el monitoreo de la amenaza y las estrategias maladaptativas de afrontamiento como el afrontamiento centrado en la emoción (Wells & Matthews, 2006). Wells (1999, 2004) defiende que las creencias meta-cognitivas positivas sobre la preocupación (p. ej., “La preocupación me ayuda a afrontar la situación”) se activan al comienzo del proceso de preocupación y son centrales para iniciar la preocupación como estrategia de afrontamiento. Esto genera una preocupación del Tipo I en la que el individuo se centra en la poten-

cial amenaza de una situación (p. ej., “¿Qué ocurriría si pierdo el trabajo?”). La amenaza e incertidumbre contenida en la preocupación del Tipo I activará creencias meta-cognitivas negativas sobre la preocupación. Las creencias sobre la incontrolabilidad y las consecuencias negativas de la preocupación llevan al individuo a la preocupación de Tipo II, o meta-preocupación, en la que el individuo se concentra en tratar de suprimir o controlar la preocupación por el aumento asociado de ansiedad que conlleva.

En base a los nuevos insights de Wells sobre la naturaleza del TAG y la preocupación, el presente modelo propone que las creencias sostenidas sobre la naturaleza de la preocupación, sus consecuencias y su control son claves para la organización esquemática del TAG. Estas creencias explican por qué la persona con TAG parece abocada, por una parte, a la preocupación como estrategia de afrontamiento, pero por otra, parece estar haciendo un esfuerzo frenético por controlar el proceso de la preocupación.

Sesgo atencional de amenaza

Existen abundantes evidencias empíricas relativas a que la ansiedad generalizada y la preocupación se asocian con sesgos atencionales automáticos para la amenaza (véanse MacLeod & Rutherford, 2004; Mathews & MacLeod, 1994; Matthews & Funke, 2006). Hemos comentado este tema en el Capítulo 3 y en el próximo apartado sobre el estado empírico del modelo se revisarán brevemente los estudios seleccionados sobre el procesamiento atencional en el TAG. Mientras tanto, una cuestión importante es si el sesgo atencional en el TAG es o no específico para la amenaza o es un sesgo más general para la información emocional negativa. Esta última posición sería enteramente coherente con la naturaleza de la angustia más general, propia del TAG.

Sesgo de interpretación de la amenaza

Un último proceso automático propuesto por el modelo cognitivo es el sesgo selectivo, no-intencionado y rápido para interpretar la información ambigua personalmente relevante de una manera ame-

nazante. En su revisión MacLeod y Rutherford (2004) concluían que los individuos con TAG presentan la tendencia a interpretar la ambigüedad de un modo amenazante. Dada la prioridad del procesamiento de la información congruente con los esquemas, sería de esperar que la activación esquemática en el TAG nos condujera a las interpretaciones de amenaza. En este mismo orden, teniendo en cuenta las complejidades de la abundante información que recogemos en la experiencia cotidiana, no es de sorprender que la interpretación automática de la amenaza se genere rápidamente en individuos con intolerancia a la ambigüedad o a la incertidumbre. Evidentemente, los sesgos de procesamiento automático asociados con la activación de esquemas del TAG provocarán una respuesta de procesamiento más elaborativa y más lenta que pretenda amortiguar el modo hipervalente de amenaza.

Fase elaborativa de procesamiento

El procesamiento elaborativo se encuentra en el núcleo de la base cognitiva del TAG y constituye el nivel en el que intervenimos en terapia cognitiva. La preocupación es un proceso cognitivo elaborativo, altamente consciente, considerado en el presente modelo como un esfuerzo deliberado por revalorar las posibilidades negativas de un modo menos amenazante. La preocupación es una respuesta intencionada, costosa para suprimir o contrarrestar la activación esquemática de la amenaza y la ansiedad asociada con ella, mediante la revaloración de la amenaza y el propio nivel de vulnerabilidad (Beck & Clark, 1997). En este sentido la preocupación funciona como una respuesta de evitación cognitiva dirigida a inhibir la activación emocional (Borkovec, 1994; Sibrava & Borkovec, 2006). En los estados no-patológicos, la preocupación es adaptativa porque el individuo es capaz de revalorar la potencial amenaza de una manera más positiva. El proceso de preocupación o revaloración capacita a los individuos para procesar aspectos positivos o benignos de la situación así como sus recursos de afrontamiento y, por consiguiente, se reduce el nivel de amenaza de la situación inminente.

En el TAG la revaloración de la amenaza o la preocupación conduce a un resultado muy diferente porque se asocia con una serie de

procesos cognitivos erróneos. Como se ilustraba en la Figura 10.1, la preocupación en el TAG se caracteriza por una falsa valoración meta-cognitiva. A consecuencia de las creencias activadas en el TAG, la persona vulnerable evalúa la preocupación misma como angustiada, inefectiva, incontrolable y perjudicial. Como comentaba Wells (2006), esta evaluación negativa de la preocupación da origen a la “meta-preocupación” o a preocuparse por preocuparse. Es muy habitual que los individuos con TAG reconozcan los efectos perjudiciales de su preocupación y comiencen a preocuparse por preocuparse. A Frank, por ejemplo, le preocupaba la bolsa y la seguridad de sus fondos de inversión para la jubilación. A menudo permanecía despierto por la noche rumiando sobre las inversiones que había realizado y sus resultados. Llegó a temer la hora de acostarse porque le preocupaba entrar en otro delirio de preocupación. Esto, por supuesto, le llevó a esfuerzos denodados por controlar o suprimir sus preocupaciones, pero con poco éxito.

Una evaluación negativa de la preocupación generará esfuerzos por controlar o suprimir la preocupación mediante la supresión directa del pensamiento, la racionalización, la distracción o la evitación cognitiva (Wells, 1999). Los esfuerzos por deshacerse de la preocupación rara vez suelen tener éxito, especialmente a largo plazo, y de hecho pueden producir un rebote de preocupación una vez que cesen los esfuerzos de supresión (Wenzlaff & Wegner, 2000). Aunque exista un debate considerable sobre los efectos de la supresión del pensamiento (Purdon, 1999), como mínimo los esfuerzos intencionados por controlar la preocupación rara vez son satisfactorios en el TAG. De hecho, el efecto no-buscado que producen es el aumento de la saliencia y naturaleza amenazante de la preocupación, la magnificación de las cogniciones anticipadas de la amenaza y el aumento de la percepción de incontrolabilidad.

Por último, Woody y Rachman (1994) han defendido que el TAG se caracteriza por el fracaso en el logro de la sensación de seguridad debido al uso insuficiente o inefectivo de las señales de seguridad. Incluso aunque traten de maximizar la seguridad y evitar el mínimo riesgo cuestionando y buscando la confirmación ajena, rara vez tienen éxito. En consecuencia siguen manteniéndose vigilantes a la

amenaza, aprensivos y en una búsqueda persistente de seguridad. Aunque Woody y Rachman (1994) no involucraban directamente a la preocupación, su formulación es relevante para comprender la preocupación patológica en el TAG. Los esfuerzos fútiles por generar soluciones a resultados amenazantes anticipados pueden verse como el esfuerzo por encontrar la seguridad a través de la preocupación. Por ejemplo, a Rebecca le preocupaba el modo de confrontar a un empleado que siempre llegaba tarde al trabajo, imaginaba escenarios varios sobre el modo de gestionar este problema. Estaba buscando la “solución” que la aliviara de la ansiedad, un modo de manejar este problema y que le aportara alivio, sensación de seguridad. Sin embargo, cada escenario que generaba era imperfecto y, por consiguiente sólo la llevaba a sentir más ansiedad e incertidumbre en lugar de la tranquilidad que desesperadamente deseaba. En definitiva, el hecho de no encontrar una solución aceptable, para alcanzar la sensación de alivio y seguridad, contribuía a perpetuar el ciclo de la preocupación.

El resultado de los procesos cognitivos ilustrados en el Figura 10.1 es el aumento de la angustia general. Como el contenido esquemático del TAG se refiere a la amenaza general y a la indefensión, cabe esperar que el estado emocional resultante sea más complejo y generalizado de lo que se observa en el trastorno de angustia o en la fobia social. Naturalmente esta ansiedad o angustia elevadas retroalimentarán el aparato cognitivo contribuyendo a una activación aún mayor de los esquemas del TAG. De esta manera, la base cognitiva del TAG es un círculo vicioso auto-perpetuante que sólo puede finalizarse mediante la intervención en los niveles de revaloración automáticos y elaborativos.

Estado empírico del modelo cognitivo

Se han propuesto diversas hipótesis que constituyen los cimientos de la perspectiva cognitiva para el TAG. En el siguiente apartado revisaremos seis hipótesis básicas para la reformulación cognitiva presentada en este capítulo.

Hipótesis 1

Los pensamientos intrusos de incertidumbre sobre los objetivos significativos y tareas vitales importantes elicitarán más preocupación en los individuos vulnerables que en los no-vulnerables.

A lo largo de los años numerosos estudios han señalado que tanto los pensamientos intrusos como la preocupación son provocados por las situaciones inmediatas, por acontecimientos estresantes y por otros intereses momentáneos del individuo. En una revisión de la investigación existente sobre la preocupación, Borkovec y sus colaboradores (Borkovec et al., 1991) concluían que las diferencias en el contenido de la preocupación de los niños, estudiantes y ancianos reflejan las circunstancias vitales y los intereses del momento de los individuos (véase también Mathews, 1990). Asimismo, la preocupación puede derivarse de una situación problemática de la que no se obtenga la sensación de seguridad, de ausencia de riesgo o de certeza (Dugas, Freeston & Ladouceur, 1997; Segerstrom et al., 2000; Woody & Rachman, 1994). En un estudio que comparaba la preocupación en pacientes TAG y pacientes no-TAG, los resultados indicaban que la preocupación sobre los problemas inmediatos puede ser más adaptable, mientras que la preocupación sobre acontecimientos muy remotos era más patológica, distinguiendo la muestra TAG de la no-TAG (Dugas, Freeston et al., 1998).

En términos de pensamientos intrusos, los estudios naturalistas y experimentales indican que la exposición a una situación estresante aumentará la cifra de pensamientos intrusos negativos relevantes al estrés, especialmente si los individuos comienzan a preocuparse por el estresor (p. ej., Butler et al., 1995; Parkinson & Rachman, 1981b; Wells & Papageorgiou, 1995). En uno de los estudios originales sobre las intrusiones cognitivas, Parkinson y Rachman (1981a) hallaron que dos tercios de los pensamientos intrusos estaban provocados por un estímulo externo identificable. Por lo tanto, se reconoce ampliamente que los pensamientos intrusos negativos e indeseados y la preocupación suelen estar provocados por objetivos, tareas e intereses personales del individuo. Además, existe una estrecha relación entre los pensamientos intrusos y la preocupación porque, como indican

los estudios experimentales, los períodos breves de inducción de preocupación generan el subsiguiente aumento de los pensamientos intrusos negativos (Borkovec, Robinson et al., 1983; Pruzinsky & Borkovec, 1990; York et al., 1987; véase también Ruscio & Borkovec, 2004; Wells, 2005). Sin embargo, no disponemos de ningún estudio que haya examinado directamente si la preocupación puede surgir a partir de los pensamientos intrusos indeseados, por consiguiente el respaldo empírico de que dispone la Hipótesis 1 es, por el momento, sólo parcial.

Pauta clínica 10.9

Los objetivos personales, las tareas vitales prominentes y los intereses presentes significativos del individuo determinarán los principales temas del contenido de su preocupación. Se necesitará un análisis contextual que contemple la presencia de pensamientos e imágenes intrusas para determinar los factores que provocan la preocupación excesiva.

Hipótesis 2

Las creencias maladaptativas sobre amenaza general, vulnerabilidad personal, intolerancia a la incertidumbre y la naturaleza de la preocupación relevante para los objetivos personales e intereses vitales importantes serán más características de los individuos TAG que de los individuos no-TAG.

Muchas teorías cognitivas del TAG consideran las creencias maladaptativas sobre amenaza personal, vulnerabilidad, riesgo e incertidumbre como algo central en la patogénesis de la preocupación crónica (p. ej., Beck et al., 1982, 2005; Dugas, Gagnon et al., 1998; Freeston et al., 1994; Wells, 1995, 1999). Sin embargo, desafortunadamente carecemos de instrumentos de auto-informe específicos para el TAG que midan los contenidos de los esquemas de amenaza y vulnerabilidad personal descritos en la Tabla 10.2. Con todo, existen pruebas firmes de que los esquemas de amenaza desempeñan un papel crítico en el TAG. Los estudios mencionados en el Capítulo 3, que han encontrado un índice superior de cogniciones automáticas

de amenaza en la ansiedad, muchas veces incluyen pacientes TAG en sus muestras (véase Hipótesis 6) y muchos estudios que han demostrado el sesgo de interpretación elaborativa de la amenaza en la ansiedad se basaban en pacientes TAG (véase Hipótesis 8). En su revisión MacLeod y Rutherford (2004) concluían que el TAG se caracteriza por un sesgo atencional automático para la amenaza durante la codificación de la información y un sesgo de interpretación selectivo de la amenaza ante situaciones ambiguas. Por otra parte, Coles y Heimberg (2002) concluían que el sesgo de memoria explícita para la amenaza no era evidente en el TAG, una conclusión que, a primera vista, parecería contradecir la presente hipótesis. Estos autores sugieren que la ausencia de resultados puede deberse a la dificultad para elaborar una serie de estímulos de amenaza que sean específicos para los dominios idiosincrásicos de preocupación de los pacientes TAG.

La investigación sobre el TAG se ha centrado en la intolerancia a la incertidumbre y en las creencias meta-cognitivas porque estos constructos pueden ser más específicos del trastorno. Koerner y Dugas (2006) han defendido que la intolerancia a la incertidumbre y a la ambigüedad puede constituir la “amenaza” que es exclusiva del TAG. Para evaluar este importante constructo de esquemas se elaboró la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS, *Intolerance of Uncertainty Scale*; Freeston et al., 1994), una medida de 17 ítems que evalúa las creencias relativas a las consecuencias negativas e inaceptabilidad de la incertidumbre. Varios estudios han revelado una relación específica entre la IUS y las medidas de auto-informe de preocupación en el TAG y en muestras no clínicas, y los individuos con TAG presentaban puntuaciones significativamente mayores que los controles no-clínicos (Dugas et al., 1997; Dugas, Gagnon et al., 1998; Dugas, Gosselin & Ladouceur, 2001; Freeston et al., 1994). Además, los pacientes TAG presentaban puntuaciones significativamente mayores en la IUS que los individuos con trastorno de angustia (Dugas et al., 2005), aunque Holaway, Heimberg y Coles (2006) hallaron que la intolerancia a la incertidumbre era igualmente relevante para el TOC en un estudio análogo no-clínico. Con todo, es amplio el respaldo empírico sobre la importancia de la intolerancia a las creencias de incertidumbre en la preocupación patológica del TAG (véase

revisión de Koerner & Dugas, 2006), pero se duda de que el constructo sea exclusivo del TAG (p. ej., OCCWG, 2003; Tolin, Abramowitz, Brigidi & Foa, 2003).

Varios estudios han investigado si las creencias meta-cognitivas positivas y negativas sobre la preocupación son rasgos cognitivos exclusivos del TAG. Las creencias positivas sobre la preocupación han atraído un interés especial porque estos esquemas podrían ser particularmente instrumentales en el inicio de la preocupación como respuesta de afrontamiento evitativa a la amenaza percibida (Koerner & Dugas, 2006; Sibrana & Borkovec, 2006; Wells, 2004). Wells (2006) considera que las creencias negativas sobre la preocupación son un rasgo exclusivo de la preocupación patológica del TAG porque la atención centrada en la naturaleza incontrolable y peligrosa de la preocupación lleva a la meta-preocupación o “a preocuparse por preocuparse”, un proceso que es exclusivo del TAG. Wells y sus colaboradores desarrollaron el Cuestionario de Meta-Cogniciones (MCQ, *Meta-Cognitions Questionnaire*) de 65 ítems para evaluar las creencias relativas a la preocupación y a los pensamientos intrusos indeseados, con una subescala que evalúa las creencias positivas sobre la preocupación y otra subescala para las creencias negativas sobre los pensamientos de incontrolabilidad y peligro (Cartwright-Hatton & Wells, 1997). Las puntuaciones en las subescalas positiva y negativa presentan una relación significativa con las medidas de preocupación, síntomas obsesivos y ansiedad rasgo, aunque las creencias negativas presentan una asociación mucho más intensa que las creencias positivas con la preocupación (Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Wells & Cartwright-Hatton, 2004; Wells & Papageorgiou, 1998a). En este mismo orden, las muestras TAG presentan puntuaciones significativamente superiores que los controles no-clínicos y que otros grupos de trastornos de ansiedad en la subescala de creencias negativas (es decir, MCQ, Cuestionario de Meta-Cogniciones) pero no así en la subescala de creencias positivas (Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Wells & Carter, 2001).

También se han elaborado otros instrumentos de medida para evaluar las creencias sobre la preocupación. Las creencias positivas sobre la preocupación, como estrategia de afrontamiento para manejar las situaciones difíciles, distinguían a las poblaciones clínicas y a los indi-

viduos TAG análogos de los controles no-TAG y correlacionaban con medidas de ansiedad y preocupación (Dugas, Gagnon et al., 1998; Freeston et al., 1994). Borkovec y Roemer (1995) hallaron que estudiantes análogos TAG y no-TAG creían que la preocupación (1) los motivaba (2) era efectiva para la resolución de problemas, (3) los preparaba para los acontecimientos negativos, (4) les ayudaba a evitar o prevenir resultados malos y (5) supersticiosamente lograba que algo malo fuera menos probable. Sin embargo, una creencia, que la preocupación les ayudaba a distraerse de los temas emocionales, fue significativamente más aceptada por los estudiantes TAG. Davey, Tallis y Capuzzo (1996), que evaluaron las creencias sobre las consecuencias positivas y negativas de la preocupación con su propia Escala de Consecuencias de la Preocupación, hallaron que las creencias negativas, pero no las positivas, correlacionaban con las medidas de preocupación, ansiedad rasgo y escasa confianza en la resolución de problemas. Estos autores concluían que las creencias positivas sobre la preocupación podrían participar en la preocupación constructiva orientada a la tarea así como en la preocupación patológica crónica. Por último, las creencias negativas sobre la preocupación, pero no las positivas, predicaban la gravedad del TAG en una muestra comunitaria española de adultos de más edad (Montorio, Wetherell & Nuevo, 2006).

En síntesis, hay abundantes evidencias empíricas que confirman que la amenaza, vulnerabilidad personal, intolerancia a la incertidumbre y creencias meta-cognitivas sobre la preocupación se activan en el TAG. Sin embargo, parece más difícil para los investigadores captar el contenido nuclear del miedo que sea exclusivo del TAG. Carecemos de instrumentos de medida específicos de las creencias de amenaza y vulnerabilidad en el TAG que contemplen los intereses y las tareas vitales presentes del individuo. Las creencias negativas sobre la ambigüedad e incertidumbre pesan de manera considerable en el TAG pero es poco probable que sean específicas del trastorno. Y es obvio que las creencias negativas sobre la preocupación son más patognomónicas que las creencias positivas para el TAG. Con todo, la investigación sobre estos constructos sigue siendo preliminar y se requiere investigación adicional para determinar el modo en que tales creencias interactúan con otros procesos cognitivos que contribuyen a la persistencia de la preocupación.

Pauta clínica 10.10

La terapia cognitiva para el TAG debe contemplar las creencias personales sobre la amenaza percibida y sobre las consecuencias negativas asociadas con resultados futuros negativos ambiguos e inciertos, así como las creencias negativas sobre la naturaleza incontrolable y peligrosa de la preocupación.

Hipótesis 3

Los individuos con TAG mostrarán un sesgo automático de atención e interpretación de la amenaza al procesar la información relevante para los objetivos deseados y los intereses vitales personales.

La propuesta de que el sesgo automático preferencial de codificación, interpretación y recuperación para la amenaza sea un contribuyente causal en el desarrollo y mantenimiento del TAG es un aspecto central de la mayoría de las teorías cognitivas del TAG (MacLeod & Rutherford, 2004). Se han dirigido numerosos experimentos sobre el procesamiento de información que respaldan esta hipótesis; la mayor parte de este material se ha revisado en el Capítulo 3. En este apartado nos limitaremos a mencionar los estudios relativos a la codificación e interpretación de la ambigüedad que han usado muestras TAG.

Existe un amplio respaldo empírico sobre el sesgo de codificación de la amenaza en pacientes TAG y en individuos con ansiedad rasgo alta que se produce tanto en los niveles de procesamiento automático como elaborativo. Varios estudios que han recurrido a las tareas Stroop han observado que las latencias en las denominaciones del color ante estímulos de amenaza eran significativamente más prolongadas para los individuos TAG o individuos con alta ansiedad rasgo que para los grupos no-ansiosos (p. ej., Bradley, Mogg et al., 1995; Edwards, Burt & Lipp, 2006; Martin et al., 1991; Mogg, Bradley et al., 1995; Mogg et al., 1993; Richards et al., 1992; Rutherford, MacLeod & Campbell, 2004). Además, el sesgo de amenaza es visible tanto a nivel subliminal como supraliminal, pero la exposición a un estresor simultáneo puede fortalecer el sesgo de amenaza automático pero no el elaborativo para los individuos con ansiedad rasgo alta (Edwards

et al., 2006). Además, existen pruebas de que el sesgo de codificación en el TAG puede no ser específico para la amenaza sino para la información negativa en general (Martin et al., 1991; Mogg, Bradley et al., 1995; Mogg et al., 1993; Rutherford et al., 2004).

Varios experimentos *dot probe* visuales y semánticos han hallado una vigilancia atencional automática para la amenaza en pacientes TAG (p. ej., MacLeod et al., 1986; Mogg, Bradley & Williams, 1995; Mogg et al., 1992) así como en individuos con alta ansiedad rasgo (p. ej., Koster et al., 2006; Mogg et al., 2000; Wilson & MacLeod, 2003). Sin embargo con índices de presentación más lentos los individuos con ansiedad rasgo alta pueden mostrar evitación atencional para la amenaza (Koster et al., 2006) y los hallazgos de Wilson y MacLeod (2003) sugieren que los individuos con ansiedad rasgo alta pueden mostrar una vigilancia desproporcionada hacia la amenaza sólo con niveles moderados de intensidad de la amenaza (véase Capítulo 3, Figura 3.3, para más información). En este mismo orden, se ha sugerido que los efectos de la *dot probe* pueden explicarse parcialmente por la dificultad de librarse de la amenaza más que por la hipervigilancia para la amenaza, como mínimo en los individuos no-ansiosos (Koster, Crombez, Verschuere & De Houwer, 2004). Recientemente, individuos con TAG entrenados para prestar atención a palabras neutrales y no-amenazantes mostraron una reducción significativa de los síntomas ansiosos (Amir et al., 2009). Debería señalarse también que al igual que la tarea Stroop emocional, el sesgo en la tarea *dot probe* del TAG no es específico de los estímulos de amenaza sino de la información negativa en general (Mogg, Bradley & Williams, 1995).

A fin de determinar si los individuos con TAG presentan la tendencia a imponer interpretaciones amenazantes a situaciones ambiguas, los investigadores han recurrido a muy diferentes estímulos ambiguos. Los estudios que han empleado homófonos (para más detalles, véase Capítulo 3, Hipótesis 8) han hallado que los pacientes con TAG y los individuos con ansiedad rasgo producían más respuestas amenazantes que los individuos no-ansiosos (Mathews, Richards & Eysenck, 1989; Mogg et al., 1994). De manera similar, se ha detectado un sesgo de interpretación de la amenaza cuando a los

individuos con TAG se les presentan frases ambiguas (Eysenck et al., 1991) o cuando se mide la velocidad de comprensión de frases ambiguas en individuos que presentan ansiedad rasgo alta (MacLeod & Cohen, 1993). Existen pruebas que confirman que los individuos con TAG muestran un sesgo negativo de interpretación (es decir, efecto facilitación) en una tarea de impronta emocional donde las frases descriptivas de acontecimientos vitales positivos o negativos precedían a adjetivos de rasgo auto-referentes positivos y negativos (Daghighi et al., 1995). En este mismo orden, Ken, Paller y Zinbarg (2008) hallaron que sólo la ejecución al completar la raíz de las palabras, en individuos con ansiedad rasgo alta, se veía afectada por una impronta inconsciente de amenaza; una vez más, un hallazgo coherente con la presencia de la hipervigilancia hacia la amenaza y la consiguiente interpretación facilitativa de los estímulos de amenaza. Aunque otros estudios también hayan obtenido resultados negativos (p. ej., Hazlett-Stevens & Borkovec, 2004), las pruebas más recientes sugieren que el entrenamiento en la producción de interpretaciones benignas para la amenaza puede reducir la reactividad ansiosa al estresor (Hirsch et al., 2009).

En síntesis, existen pruebas firmes y coherentes que confirman que el TAG y su precursor, la ansiedad rasgo alta, se caracterizan por un sesgo atencional automático para la amenaza, tal y como se prevé en la tercera hipótesis. Las pruebas empíricas favorables al sesgo de interpretación de la amenaza para la ambigüedad son también moderadamente firmes, especialmente a la luz de los recientes informes relativos al efecto causal del entrenamiento en el sesgo de interpretación de la amenaza (véase comentario en el Capítulo 4, Hipótesis 12; véase también MacLeod & Rutherford, 2004). Sin embargo, podría parecer que el sesgo de interpretación en el TAG no es específico para la amenaza pero es sensible a los estímulos negativos en general. Además el sesgo no es visible en los individuos que se han recuperado del TAG y pueden estar influenciados por estresores que elevan la ansiedad estado. Tampoco se sabe con certeza si la hipervigilancia hacia la amenaza o la dificultad para librarse de la amenaza es el rasgo principal del sesgo atencional. Por último, aunque el presente modelo, al igual que la mayoría de las teorías cognitivas del TAG, defiende que la presencia de sesgos de codificación e interpretación

de la amenaza es un proceso crítico que caracteriza a la preocupación, se sabe poco aún sobre los sesgos de procesamiento de información que subyacen a la preocupación per se. En este sentido sería útil recurrir a estímulos experimentales que se aproximen todo lo posible a los intereses vitales idiosincrásicos de los individuos TAG que tanto se preocupan.

Pauta clínica 10.11

Las intervenciones cognitivas deben contemplar la tendencia automática de la persona ansiosa a asumir una interpretación más negativa y amenazante ante las situaciones vitales ambiguas o inciertas.

Hipótesis 4

La preocupación patológica se caracteriza por la valoración negativa de la preocupación y la presencia de “meta-preocupación” (es decir, preocuparse por preocuparse)

Como se describía en la Figura 10.1, el modelo cognitivo propone que los procesos meta-cognitivos desempeñan un rol crítico en la persistencia de la ansiedad. Diversos investigadores han comparado cómo valoran los preocupados patológicos y los no-preocupados sus pensamientos inquietantes en un esfuerzo por especificar el procesamiento meta-cognitivo erróneo en el TAG. Vasey y Borkovec (1992) hallaron que los preocupados crónicos tienden a catastrofizar más durante el proceso de preocupación que los no-preocupados y, en general, creían que era más probable que ocurriera la catástrofe. Otros han comprobado también que el sesgo de riesgo subjetivo aumentado (es decir, probabilidad estimada de que ocurra el resultado temido) o la tendencia a catastrofizar se asocia con la propensión a la preocupación (p. ej., Constans, 2001; Molina et al., 1998). Además, los TAG preocupados experimentan más intrusiones negativas por efecto de la preocupación, presentan menos control percibido sobre sus preocupaciones y creen que la incapacidad para controlar la preocupación les llevará a un mayor daño o peligro (Ruscio & Borkovec, 2004).

Algunos investigadores han comparado la valoración subjetiva de la preocupación con otros pensamientos negativos como las obsesiones o la rumiación. Langlois, Freeston y Ladouceur (2000a) emplearon el Cuestionario de Intrusiones Cognitivas para comparar las valoraciones que hacían los individuos de su preocupación más frecuente frente al pensamiento intruso obsesivo. Los individuos consideraban que la preocupación era significativamente más difícil de controlar, consumía mucha más atención, era más molesta, más ego-sintónica y se consideraba que era más probable que ocurriera (véase también Wells & Morrison, 1994, para resultados similares). En otro estudio de este mismo tipo, D. A. Clark y Claybourn (1997) hallaron que la preocupación fue valorada como mucho más molesta y más estrechamente vinculada a las consecuencias percibidas de los eventos negativos de la vida real. Los estudios que comparan la valoración de la preocupación con la rumiación depresiva hallaron que la mayoría de las valoraciones son similares en los dos tipos de cognición (p. ej., valoraciones de control reducido, desaprobación aumentada y consecuencias negativas) pero la preocupación se caracterizaba de manera exclusiva por centrarse más en las consecuencias del tema de la preocupación, por estar orientada al futuro y por ser más perturbadora que la rumiación (Watkins, 2004; Watkins, Moulds & Mackintosh, 2005).

Otro proceso meta-cognitivo importante en el mantenimiento de la preocupación patológica es el concepto de Wells de meta-preocupación, o preocuparse por preocuparse. Wells y sus colaboradores elaboraron el Inventario de Pensamientos Ansiosos (AnTi, *Anxious Thoughts Inventory*) para evaluar varios procesos característicos de la preocupación (Wells, 1994a). El análisis factorial reveló que siete ítems del AnTi constituían una dimensión coherente de la meta-preocupación. La investigación subsiguiente revela que las puntuaciones en la meta-preocupación correlacionan con la ansiedad rasgo y las medidas de preocupación, y muestras análogas de TAG presentan puntuaciones superiores en meta-preocupación que los controles no-ansiosos (Wells, 1994a, 2005b; Wells & Carter, 1999).

La valoración errónea y distorsionada evidente en la preocupación patológica comparte más similitudes que diferencias con el modo en que los individuos valoran otros tipos de pensamientos repetitivos indeseados como las obsesiones o la rumiación depresiva.

Sin embargo, han comenzado a aparecer ciertas pruebas que apuntan a que ciertos procesos meta-cognitivos pueden ser especialmente críticos para la persistencia de la preocupación. La tendencia a catastrofizar, pensar que es probable que los resultados negativos se produzcan y que darán lugar a efectos negativos significativos sobre la propia vida y a percibir la preocupación misma como un proceso muy incontrolable, perturbador y peligroso son valoraciones meta-cognitivas que tienden a contribuir a una escalada del proceso de preocupación. Aunque la investigación empírica relevante a la Hipótesis 4 es aún preliminar, los hallazgos de que disponemos hasta el momento nos animan a seguir examinando la función que desempeña el procesamiento meta-cognitivo en el TAG.

Pauta clínica 10.12

Los individuos con TAG tienden a la catastrofización excesiva y a considerar que sus pensamientos de preocupación son peligrosos e incontrolables. El terapeuta cognitivo debe considerar este proceso de valoración erróneo a fin de alcanzar los objetivos terapéuticos deseados superando la preocupación.

Hipótesis 5

Los individuos con TAG (1) destinarán un mayor esfuerzo a desengancharse o suprimir la preocupación, (2) son más propensos a recurrir a estrategias erróneas de control y (3) experimentarán menos éxito en el control de su preocupación que los preocupados no-ansiosos.

Dado que los individuos con TAG tienden a valorar sus pensamientos preocupantes como molestos y asociados con una mayor probabilidad de los resultados negativos, la Hipótesis 5 es una ampliación natural de la hipótesis previa. A tenor del modelo cognitivo presentado en el Figura 10.1, nosotros prevemos que los esfuerzos insatisfactorios y fútiles para controlar o suprimir la preocupación contribuirán paradójicamente a su persistencia, de acuerdo con la teoría del proceso irónico de Wegner sobre la supresión (Wegner, 1994; Wenzlaff & Wegner, 2000). Como se prevé en la Hipótesis 5, los investigadores han hallado de manera sistemática que el TAG se

caracteriza por una experiencia subjetiva aumentada de la preocupación como proceso incontrolable y cualquier esfuerzo por controlarla se demostrará fútil e improductivo (Craske et al., 1989; Hoyer et al., 2001; Wells & Morrison, 1994). A pesar de su reconocida incapacidad para controlar la preocupación, es interesante que los individuos con TAG se empeñen en seguir con sus esfuerzos de obtención del control sobre la preocupación (Hoyer et al., 2001).

En la actualidad existen algunas pruebas que parecen indicar que los esfuerzos deliberados por suprimir los pensamientos preocupantes pueden tener efectos adversos sobre el proceso de preocupación. Por ejemplo, hemos observado que los estudiantes universitarios instruidos para que supriman los pensamientos relativos a suspender un examen experimentaban un rebote de la preocupación una vez que cesaban los esfuerzos de supresión (Wang & Clark, 2008). Becker, Rinck, Roth y Margraf (1998) encontraron pruebas del deterioro del control mental en pacientes TAG que tenían menos éxito en la supresión de su principal preocupación que los individuos con fobia a hablar en público y los controles no-ansiosos. Sin embargo, otros estudios no han logrado observar efectos adversos derivados de los esfuerzos por suprimir la preocupación (p. ej., Mathews & Milroy, 1994; Malean & Broomfield, 2007).

Es posible que la supresión del pensamiento no influya directamente sobre la frecuencia de la preocupación pero, en su lugar, puede tener otros efectos indeseados sobre la experiencia de la preocupación. Harvey (2003) señalaba que los individuos con insomnio trataban de suprimir y controlar sus pensamientos intrusos y preocupaciones durante el período de conciliación del sueño con mucha más frecuencia que los buenos dormidores. Además, los individuos a quienes se les instruía para que suprimieran sus pensamientos anteriores al sueño experimentaban latencias de conciliación del sueño mucho más prolongadas y peor calidad de sueño pero no relevaban más intrusiones de pensamiento preocupantes e indeseadas. En un estudio reciente, los estudiantes con ansiedad rasgo alta eran asignados al azar a suprimir palabras amenazantes o neutrales, a concentrarse en las palabras o a permitir que los pensamientos fluyan (Kircanski, Craske & Bjork, 2008). Los análisis revelaban que la supresión de las palabras amenazantes

generaba un sesgo aumentado de la memoria explícita para la amenaza pero no el aumento de la activación fisiológica. Por lo tanto, es posible que la supresión de la preocupación influya negativamente sobre el modo en que son valorados o emocionalmente experimentados los pensamientos indeseados (véase Purdon, 1999, para más detalles). Los estudios de cuestionarios han revelado de forma sistemática que el aumento de esfuerzo por controlar el pensamiento se asocia con puntuaciones elevadas en una amplia diversidad de medidas psicopatológicas incluidas varias medidas de preocupación (p. ej., Bruin, Muris & Rassin, 2007; Sexton & Dugas, 2008).

Algunos estudios han investigado si los individuos con altos índices de preocupación emplean estrategias de control del pensamiento menos efectivas. Langlois et al. (2000b) comprobaron que los estudiantes revelaban estrategias de afrontamiento similares para la preocupación y para los pensamientos intrusos obsesivos, y las estrategias de huida/evitación y focalización en el problema se asociaban con ambos tipos de pensamiento repetitivo. Wells y Davies (1994) desarrollaron el Cuestionario de Control del Pensamiento (TCQ, *Thought Control Questionnaire*) para evaluar varias estrategias de control mental asociadas con la preocupación como la distracción, el castigo, la revaloración, la preocupación (p. ej., pensar en cuestiones de menor importancia) y el control social (p. ej., hablar con un amigo). Coles y Heimberg (2005) hallaron que los pacientes TAG revelaban niveles significativamente superiores de castigo y preocupación TCQ y un uso significativamente menor del control social y de la distracción que los controles no-ansiosos. Tanto la preocupación como el castigo TCQ se correlacionaban significativamente con el PSWQ, indicando que estas estrategias de control presentan la asociación más próxima a la psicopatología (véase también Fehm & Hoyer, 2004). Aunque los esfuerzos por controlar la preocupación, el preocuparse por otras cuestiones de la propia vida o el ser excesivamente auto-crítico puede conducir a la preocupación patológica o al TAG, tales estrategias maladaptativas pueden evidenciarse también en otros trastornos de ansiedad (Coles & Heimberg, 2005; Fehm & Hoyer, 2004).

La percepción de que la preocupación es incontrolable es tan generalizada en el TAG que en la actualidad se reconoce como criterio diagnóstico básico para el trastorno. Adicionalmente, existen

pruebas de que los individuos TAG pueden tratar de controlar su pensamiento preocupante con más ahínco. Sin embargo, la investigación experimental sobre la supresión del pensamiento no ofrece una respuesta definitiva a si los preocupados crónicos tienen, de hecho, menos éxito en el control de la preocupación que los individuos no-ansiosos. En este mismo orden, no se sabe con certeza el modo en que los esfuerzos excesivos por suprimir las propias preocupaciones influyen sobre su curso. Por ejemplo, la supresión del pensamiento puede tener menos influencia directa sobre la frecuencia de la preocupación y más efectos sobre el procesamiento sesgado de la información (Kircanski et al., 2008), la valoración errónea o la respuesta emocional (D.A. Clark, 2004; Purdon, 1999). Es también probable que los individuos con TAG confíen en estrategias menos efectivas de control del pensamiento pero es poco probable que esto sea exclusivo del trastorno. En este punto debemos considerar que las pruebas empíricas que respaldan la Hipótesis 5 son, en el mejor de los casos, provisionales. Se requieren más estudios sobre el control mental, especialmente con muestras clínicas TAG, a fin de examinar este importante aspecto del proceso de preocupación.

Pauta clínica 10.13

Incluso aunque los resultados de la investigación sean provisionales aún, los terapeutas cognitivos deben animar a los individuos con TAG a abandonar sus esfuerzos por suprimir la preocupación. En el mejor de los casos, se ha comprobado que las estrategias de control mental empleadas en el TAG no son efectivas y probablemente son contraproducentes a largo plazo.

Hipótesis 6

En el TAG la preocupación se asocia con una mayor pérdida de la seguridad percibida y una peor resolución de problemas en comparación con la preocupación no-TAG.

Rachman (2004) defendía que el TAG es una búsqueda insatisfactoria de seguridad (véanse también Lohr et al., 2007; Woody & Rach-

man, 1994). Los individuos con TAG perciben una amplia gama de amenazas que conllevan posibilidades futuras inciertas. Buscan señales de seguridad que delimitarán el intervalo y la duración de la amenaza. Las estrategias de seguridad como la búsqueda de reconfirmación ajena, la comprobación repetida, la evitación de riesgos y la ejecución general de conductas sobreprotectoras podrían reducir potencialmente la ansiedad general inmediata y la evitación si se alcanzara la sensación de seguridad (Rachman, 2004). Pero puede ser más difícil detectar las señales de seguridad que las señales de peligro, incluso en los mejores momentos, y dada la amenaza abstracta orientada al futuro en la preocupación, es posible que no sean particularmente idóneas para este tipo de amenaza (Lohr et al., 2007; Woody & Rachman, 1994). Si la seguridad se mantiene inalcanzable, entonces aumentan la ansiedad general y la preocupación. Por ello, los esfuerzos insatisfactorios por alcanzar la sensación de seguridad deben ser considerados como factor que pudiera contribuir a la persistencia de la preocupación. Desafortunadamente es muy escasa la investigación que ha examinado la búsqueda de seguridad en la preocupación o en el TAG. Una excepción es el estudio experimental que requería la detección simple de estímulos de amenaza y de seguridad, en la que los estudiantes con ansiedad rasgo alta y con un buen control de la atención eran más capaces de desengancharse de los estímulos de amenaza y redirigir la atención a las señales de seguridad en un estado posterior más estratégico del procesamiento de información (Derryberry & Reed, 2002).

La resolución de problemas podría ser considerada como un tipo de estrategia de búsqueda de seguridad cuando los individuos preocupados buscan algún modo de paliar o, como mínimo, prepararse ante la posibilidad de una amenaza futura negativa. No es de sorprender que los investigadores hayan mostrado un interés particular en la relación existente entre la capacidad para resolver problemas y la preocupación, dado que la resolución fallida de problemas está incrustada en la noción misma de la preocupación (p. ej., Borkovec, Robinson et al., 1983). Se han estudiado dos aspectos de la resolución de problemas. El primero es si la preocupación patológica refleja deficiencias en las capacidades para resolver problemas, como por ejemplo la formulación del problema, la generación de soluciones alterna-

tivas, la toma de decisiones, la implementación de una solución y la evaluación. La segunda posibilidad es que los preocupados crónicos adoptan una orientación negativa del problema que, emparejada con la intolerancia a la incertidumbre, debilita su capacidad para resolver problemas y mantiene el proceso de la preocupación (Koerner & Dugas, 2006). Davey y sus colaboradores sugerían que la preocupación patológica podría derivarse de que los individuos con ansiedad rasgo alta no aceptan ninguna solución generada por su preocupación constructiva orientada a la tarea debido a su baja confianza en la resolución de problemas, a la falta de control percibido sobre el proceso de resolución de problemas y a la tendencia a buscar información adicional por causa de su pensamiento catastrófico (Davey, 1994; Davey et al., 1992). Aunque Davey (1994) se centró sobre todo en la confianza en la resolución de problemas, Koerner y Dugas (2006) defendieron el constructo más amplio de *orientación negativa del problema* que incluye (1) la tendencia a considerar los problemas como amenazas, (2) una falta de auto-confianza en la propia capacidad para resolver problemas, (3) la tendencia a frustrarse fácilmente durante el proceso de resolución de problemas y (4) la expectativa negativa sobre el resultado de la resolución de problemas.

Numerosos estudios no han logrado hallar ninguna prueba relativa a la deficiencia en la resolución de problemas del TAG ni que la resolución pobre de problemas se asocie con la preocupación (p. ej., Davey, 1994; Dugas et al., 1995; Ladouceur et al., 1999). Sin embargo, existen pruebas suficientes que confirman que la orientación negativa del problema y la baja confianza en la resolución de problemas en particular, pueden ser específicas del TAG y de la preocupación patológica (p. ej., Dugas et al., 1995; Dugas et al., 2005; Ladouceur et al., 1999; Robichaud & Dugas, 2005). Además, la orientación negativa del problema puede interactuar con la intolerancia a la incertidumbre (Dugas et al., 1997) o la catastrofización (Davey, Jubb & Cameron, 1996) aumentando el riesgo de dar rienda suelta a la preocupación patológica.

La Hipótesis 6 dispone de confirmación cualificada. Es evidente que los individuos con TAG no sufren déficits de resolución de problemas pero muestran menos confianza en sus capacidades para la

resolución de los mismos. Esta orientación negativa del problema se debe fundamentalmente a las creencias negativas sobre la resolución de problemas más que a expectativas negativas más generalizadas (Robichaud & Dugas, 2005). En este mismo orden, la orientación negativa del problema combinada con la tendencia a catastrofizar y a buscar soluciones más ciertas para una situación futura negativa conducirá a la búsqueda sin final y, posteriormente, al rechazo de soluciones para la situación amenazante anticipada. De este modo el preocupado crónico experimenta fracaso una y otra vez al tratar de establecer una sensación de seguridad. Aunque mucho de lo señalado hasta el momento siga siendo sólo una conjetura mientras no dispongamos de investigación adicional, algunos aspectos de la Hipótesis 6 (es decir, baja confianza en la resolución de problemas) han sido parcialmente respaldados por la literatura empírica.

Pauta clínica 10.14

Conviene considerar las creencias disfuncionales sobre la resolución efectiva de problemas y el logro de la seguridad sobre los resultados futuros imaginados para que se produzca el cambio en la terapia cognitiva del TAG.

Evaluación cognitiva y formulación del caso***Medidas diagnósticas y de síntomas***

Al igual que con el resto de los trastornos de ansiedad, nosotros recomendamos el ADIS-IV (Brown et al., 1994) como la mejor entrevista diagnóstica para el TAG. El módulo del TAG ofrece valoraciones dimensionales sobre lo que es o no una preocupación excesiva (es decir, frecuencia e intensidad) y lo que es o no una preocupación controlable en ocho dominios de la vida cotidiana, interpersonal, laboral y de salud. Además de las cuestiones relativas a las características diagnósticas, el ADIS-IV evalúa el contexto de la preocupación, la presencia de respuestas de búsqueda de seguridad y el grado de interferencia en la vida cotidiana. El ADIS-IV (versión global) ofrece una

buena fiabilidad inter-evaluadores con un kappa de 0,67 para un diagnóstico básico del TAG (Brown, DiNardo et al., 2001). La principal fuente de desacuerdo se hallaba entre el TAG y el trastorno depresivo (60% de desacuerdo). El SCID-I/NP (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 2002) es una alternativa al ADIS-IV pero la fiabilidad de la última versión de la entrevista no ha sido evaluada aún mediante un estudio a gran escala (Turk et al., 2004).

Cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada –IV

El Cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada –IV (GAD-Q-IV, *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV*; Newman et al., 2002) es un cuestionario de 9 ítems desarrollado como instrumento de detección del TAG. El GAD-Q-IV es una versión revisada del GAD-Q original (Roemer, Borkovec, Posa & Borkovec, 1995) que trata de ser más compatible con los criterios del DSM-IV. El GAD-Q y el GAD-Q-IV han sido ampliamente usados en la investigación análoga para identificar a individuos que puedan satisfacer los criterios diagnósticos del TAG. Newman et al. (2002) hallaron que la puntuación de corte de 5,7 era óptima para identificar el TAG y distinguirlo de los restantes grupos de trastornos de ansiedad y que el GAD-Q-IV correlacionaba positivamente con las medidas de preocupación. En su revisión Turk y Wolanin (2006) concluyeron que el GAD-IV-Q es sensible al TAG pero podría sobrediagnosticar el trastorno, especialmente en las poblaciones más urbanas, étnicamente diversas. En la práctica clínica el GAD-Q-IV es innecesario si se administra el ADIS-IV o el SCID-IV. Una copia del GAD-Q-IV puede encontrarse en Newman et al., (2002).

Mediciones de la preocupación

Cuestionario de Preocupación de Pensilvania

El Cuestionario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ, *Penn State Worry Questionnaire*; Meyer et al., 1990) es el instrumento más usado para medir la preocupación con una puntuación de corte de 45 recomendada para distinguir la preocupación patológica entre la

población que solicita tratamiento (véase Capítulo 5 para más información). El PSWQ debería incluirse en la evaluación estándar del TAG y debería readministrarse en el postratamiento dada su sensibilidad a los efectos del tratamiento.

Cuestionario sobre los Dominios de la Preocupación

El Cuestionario sobre los Dominios de la Preocupación (WDQ, *Worry Domains Questionnaire*; Tallis et al., 1992) es un instrumento que consta de 25 ítems que evalúan el grado de preocupación con respecto a cinco dominios: relaciones, falta de confianza, falta de objetivos de futuro, cuestiones laborales y económicas. Los ítems se valoran sobre una escala de 0 (“nada”) a 4 (“extremadamente”), con una puntuación total y puntuaciones por subescalas para cada dominio que se calculan sumando los respectivos ítems. El cuestionario muestra una buena fiabilidad temporal y validez convergente con el PDWQ y la ansiedad rasgo, y las muestras TAG presentan puntuaciones sustancialmente superiores a los controles no-clínicos (Tallis, Davey & Bond, 1994; Stöber, 1998). Además la estructura de cinco factores del WDQ ha sido replicada (Joorman & Stöber, 1997) y el WDQ correlaciona significativamente con las auto-valoraciones y las valoraciones entre iguales de la preocupación cotidiana (Stöber, 1998; Verkuil, Brosschot & Thayer, 2007). Sin embargo, el WDQ presenta algunas limitaciones para la práctica clínica. El cuestionario refleja algunos aspectos de preocupación constructiva o adaptativa y, por consiguiente, no debería ser considerado como medida “pura” de la preocupación patológica como el PSWQ (Tallis et al., 1994; Turk et al., 2004). En este mismo orden, sólo ciertas subescalas pueden ser específicas para el TAG (Diefenbach et al., 2001) y las respuestas pueden verse influidas por la edad y la cultura (Ladouceur, Freeston, Fournier, Dugas & Doucet, 2002; Scout et al., 2002). Se ha publicado un formato breve de 10 ítems del WDQ (Stöber & Joorman, 2001) y la copia del WDQ original de 25 ítems puede encontrarse en Tallis et al. (1994). El WDQ es fundamentalmente un instrumento de investigación pero puede usarse en la práctica clínica como herramienta complementaria para la evaluación del contenido de la preocupación.

Mediciones cognitivas de la preocupación

Inventario de pensamientos ansiosos

El Inventario de Pensamientos Ansiosos (AnTi, *Anxious Thoughts Inventory*; Wells, 1994a) es un cuestionario de 22 ítems diseñado para evaluar tanto el contenido como la valoración negativa de la preocupación (es decir, meta-preocupación). El AnTi dispone de tres subescalas: preocupación social, preocupación sobre la salud y meta-preocupación. Aunque las tres subescalas correlacionen con el PSWQ, sólo la subescala AnTi de Meta-Preocupación muestra una relación exclusiva con la preocupación patológica y discrimina significativamente el TAG de los restantes trastornos de ansiedad (Wells & Carter, 1999, 2001). Así pues, la subescala AnTi de Meta-Preocupación es la única que aporta información clínicamente útil porque se centra en las valoraciones negativas de la preocupación. Más recientemente Wells (2005b) publicaba un instrumento breve para medir la meta-cognición, el Cuestionario de Meta-Preocupación, que parece prometededor.

Cuestionario de Meta-cogniciones

El Cuestionario de Meta-cogniciones (MCQ, *Meta-cognitions Questionnaire*; Cartwright-Hatton & Wells, 1997) es una medida de auto-informe de 65 ítems que evalúa las creencias y valoraciones positivas y negativas sobre la preocupación, las creencias negativas sobre el peligro y el carácter incontrolable de la preocupación, la seguridad cognitiva, el control de los pensamientos intrusos y la auto-conciencia cognitiva. La subescala de Peligro y Carácter Incontrolable del MCQ es muy relevante para la preocupación patológica (Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Wells & Carter, 2001; véase comentario del Capítulo 3, Hipótesis 2) y, en consecuencia, puede ser útil para elaborar la formulación del caso. Wells y Cartwright-Hatton (2004) publicaron una versión breve de 30 ítems del MCQ que parece tener propiedades psicométricas razonables.

Escala de Intolerancia a la Incertidumbre

La Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS, *Intolerance of Uncertainty Scale*; Freeston, Rhéaume et al., 1994) es un cuestionario de 27 ítems que evalúa las creencias maladaptativas relativas a que la incertidumbre es inaceptable, ofrece un reflejo negativo de la persona, genera frustración y estrés y origina la inacción (Dugas et al., 2004). Aunque la medida es multidimensional, la puntuación total se ha demostrado muy útil en los estudios de investigación (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas & Ladouceur, 1994; Dugas et al., 2004). Numerosos estudios han mostrado que el IUS presenta una asociación específica con la preocupación patológica y discrimina el TAG (p. ej., Dugas, Gagnon et al., 1998; Dugas et al., 2001; Dugas et al., 2005). Dada su importante validez discriminativa, el IUS es útil para evaluar las creencias patológicas claves del TAG.

Cuestionario de Control del Pensamiento

El Cuestionario de Control del Pensamiento (TCQ, *Thought Control Questionnaire*; Wells & Davies, 1994) es un cuestionario de 30 ítems que evalúa el grado en que los individuos recurren a las siguientes cinco estrategias de control del pensamiento: distracción, castigo, revaloración, control social y preocupación. La investigación sugiere que los individuos con TAG puntúan significativamente más alto que los controles no-ansiosos sólo en las subescalas de castigo y preocupación del TCQ (Coles & Heimberg, 2005; Fehm & Hoyer, 2004) y sólo estas dos subescalas correlacionan con el PSWQ (Wells & Davies, 1994).

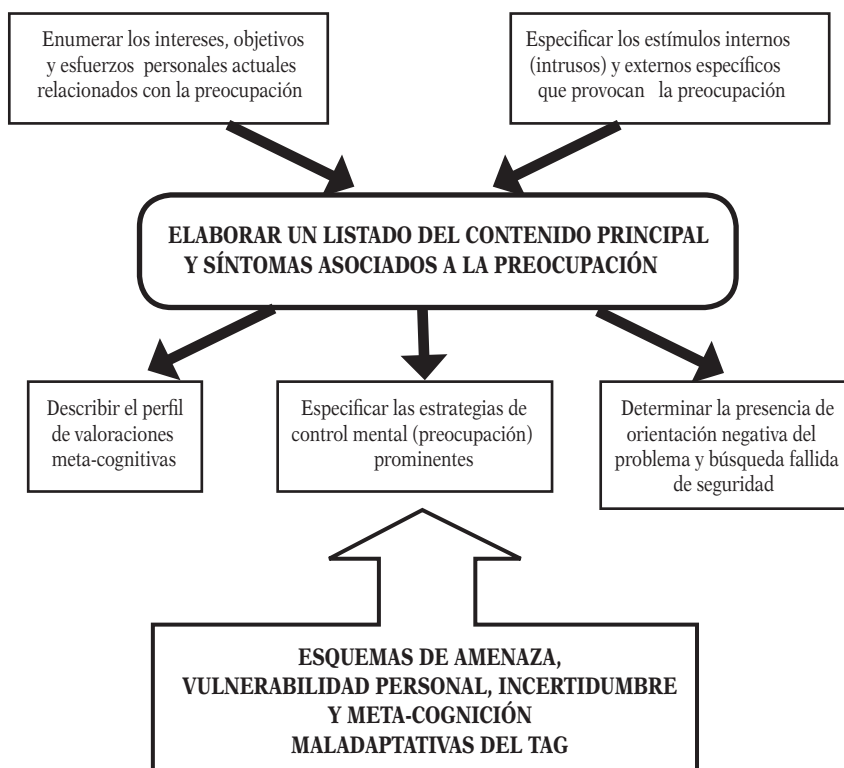
Pauta clínica 10.15

La evaluación cognitiva del TAG debería incluir el ADIS-IV, el PSWQ y posiblemente alguna medida del contenido de la preocupación como el Cuestionario sobre los Dominios de la Preocupación. Además, el IUS y ciertas subescalas del MCQ también pueden ser útiles para evaluar las creencias maladaptativas que caracterizan al TAG.

Formulación del caso

La terapia cognitiva para el TAG se centra en el procesamiento elaborativo erróneo que contribuye a la persistencia del pensamiento ansioso y de la preocupación patológica (véase Figura 10.1) así como en los esquemas disfuncionales responsables del estado de ansiedad generalizada. Por lo tanto, la formulación cognitiva del caso incluye la especificación clara de los esquemas idiosincrásicos y los falsos procesos meta-cognitivos de la preocupación. En la Figura 10.2 se ilustran los principales componentes de una conceptualización cognitiva de un caso TAG.

Figura 10.2. Conceptualización cognitiva de caso para el trastorno de ansiedad generalizada



Contenido primario de la preocupación

Aunque los intereses del momento y los estímulos provocadores internos/externos sean los antecedentes de la preocupación, es más práctico comenzar por evaluar las preocupaciones primarias de los clientes y los síntomas ansiosos asociados a las mismas. La información del ADIS-IV así como los cuestionarios sobre los contenidos de la preocupación que se administren, como el WDO, nos proporcionarán las primeras claves sobre las preocupaciones del cliente. Sin embargo, serán necesarios el monitoreo cotidiano de la actividad de la preocupación y una entrevista clínica más detallada para obtener una perspectiva más global y completa de los contenidos de la preocupación del cliente.

En el Apéndice 10.1 se presenta el Formulario B para el Auto-Monitoreo de la Preocupación, que puede usarse para recoger información crítica sobre el contenido primario de la preocupación del individuo. En el Capítulo 5 (Apéndice 5.8) se presenta un formulario alternativo de preocupación que podría usarse si se requiriera una información menos detallada. Nosotros proponemos que se use el Apéndice 5.8 para la preocupación no-TAG y que el Apéndice 10.1 se emplee con clientes TAG. De la información obtenida a través de la entrevista clínica y del formulario de auto-monitoreo deberían valorarse diversos aspectos relativos al contenido de la preocupación.

1. ¿Cuál es el intervalo o amplitud de las preocupaciones del cliente?
2. ¿Cuál es la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de preocupación?
3. ¿Cuál es el nivel de ansiedad o angustia asociado con cada tema de preocupación? ¿Qué síntomas de ansiedad se experimentan durante la preocupación?
4. ¿Cuál es el peor resultado o catástrofe que subyace a cada tema de preocupación? ¿Cuál es la estimación de probabilidad del resultado catastrófico que hace el cliente?
5. Si el peor resultado posible se valora como altamente improbable, ¿cuál cree el cliente que será el peor resultado negativo posible?
6. Si hay presentes varios contenidos primarios de preocupación, conviene ordenarlos de más importantes/molestos a menos importantes/molestos. Procede determinar qué tema de preocupación seleccionaría el cliente como foco de la terapia.

En nuestro caso ilustrativo Rebecca expresaba varias áreas de preocupación: inquietud por la salud de sus progenitores, su propia salud, la seguridad de sus hijos, la economía familiar y su ejecución laboral. La evaluación de la frecuencia, duración y angustia asociadas con la preocupación indicaban que su ejecución laboral y su propia salud eran las preocupaciones más angustiosas. La cliente seleccionó su ejecución laboral como el tema más importante para la terapia. Cuando examinamos más profundamente estas preocupaciones, Rebecca señalaba que la catástrofe asociada con esta preocupación era la de ser reprendida por sus supervisores por haber gestionado indebidamente un problema del personal. Esto podría derivar en un proceso judicial contra ella, pero la consecuencia más grave sería que ella perdiera el respeto de sus empleados y fuera considerada dentro de la empresa como una líder inapropiada. Curiosamente, su preocupación tenía un foco más social que es el que guió la reestructuración cognitiva de este problema. Siempre es necesario determinar el proceso de catastrofización asociado a cada preocupación.

Objetivos personales e intereses del momento

A fin de comprender el contexto de la preocupación, el terapeuta cognitivo debe apreciar los objetivos, esfuerzos y ambiciones personales inmediatos y a largo plazo del cliente. Esta información debería hacerse visible en la entrevista clínica, pero también pueden ser necesarias algunas pocas preguntas directas. El terapeuta podría pedir al cliente que señale su objetivo inmediato en áreas claves como trabajo/estudios, familia, salud, relaciones íntimas, economía, ocio, amistades y similares. Por ejemplo, en el área de la intimidad el terapeuta podría preguntar “¿Dónde le gustaría estar dentro de 3 años en lo que a las relaciones íntimas se refiere?”, “¿Cuál considera que es su principal barrera para alcanzar este objetivo en lo que a la intimidad respecta?”, “¿Qué probabilidad de alcanzar este objetivo percibe?” y “¿Cuál sería el peor resultado posible dentro de 3 años?”. Este tipo de cuestionamiento proporciona al terapeuta una comprensión más completa de las características motivacionales de la preocupación.

Una de las principales preocupaciones de Rebecca era mantener entre sus trabajadores la reputación de jefa justa, competente y com-

prensiva. Su problema radicaba en que consideraba que cualquier crítica constituía una amenaza para este objetivo y provocaba un aumento del estado de ansiedad y le preocupaba que los demás la vieran como líder débil e incompetente. Es fácil ver como el deseo de Rebecca de ser admirada por los demás (es decir, su principal preocupación del momento) alimenta el círculo vicioso de la preocupación sobre el modo en que sus empleados perciben o valoran su estilo de liderazgo.

Estímulos que provocan la preocupación

El Formulario B para el Auto-Monitoreo de la Preocupación (Apéndice 10.1) aporta algunas informaciones sobre los tipos de estímulos que provocan los episodios de preocupación. Una vez más, esta información es crítica para completar el análisis contextual de los episodios de preocupación. Son múltiples los factores externos que pueden provocar inquietud, como cuando Rebecca escuchaba el más leve comentario negativo de un trabajador. Otro cliente con preocupación patológica sobre su economía familiar se enfascaba en estos episodios cada vez que se producía cualquier descenso mensual leve en sus inversiones (¡algo que ocurre con demasiada frecuencia como bien sabe cualquier inversor!). Martin, un cliente adulto con TAG, comenzaba a preocuparse por cortar el césped cada vez que miraba hacia fuera por la ventana. La mayoría de los clientes producen un listado de señales que provocan su preocupación. Algunas veces este listado de estímulos provocadores es muy extenso y otras veces es mucho más conciso.

Las señales internas como los pensamientos, las imágenes o, incluso, las sensaciones físicas intrusas y automáticas pueden ser estímulos muy importantes para provocar un episodio de preocupación. Martin solía tener un pensamiento intruso según el cual el día siguiente sería el día de recogida de la basura y le preocupaba el hecho de carecer de la energía suficiente para transportar la basura hasta el punto de recogida. Sarah solía sentir una leve náusea que ella interpretaba como posible señal de gripe, y después le preocupaba que pudiera estar cogiendo alguna enfermedad. Rebecca recordaba que no había visitado a sus progenitores, se preguntaba si seguirían estando bien y después comenzaba a preocuparle que estuvieran muy enfermos o que

podrían morir antes de que ella tuviera el tiempo suficiente para estar con ellos. Los clientes pueden no ser conscientes de todos los estímulos internos y externos que provocan su preocupación pero durante las primeras sesiones pueden ser identificados tales estímulos.

Valoraciones meta-cognitivas de la preocupación

El modo en que los individuos valoran o evalúan sus preocupaciones es otro componente clave de la conceptualización del caso. Esta parte del diagnóstico se centra en cómo evalúan los clientes el proceso asociado con cada una de las principales áreas de preocupación. Aquí subrayamos las valoraciones “en línea” de los episodios de preocupación más que las creencias nucleares relativas a la misma que subyacen a las valoraciones erróneas de la preocupación. En la formulación del caso deberían especificarse las siguientes valoraciones meta-cognitivas:

- Tendencia a catastrofizar
- Estimaciones de probabilidad de la amenaza o catástrofe
- Percepción de no controlar la preocupación
- Grado de la meta-preocupación (es decir, preocuparse por preocuparse)
- Consecuencias negativas esperadas de la preocupación
- Aspectos positivos esperados de la preocupación

El cliente ya habrá articulado el resultado catastrófico cuando ha evaluado las áreas primarias de preocupación. Un estudiante con TAG, por ejemplo, podría preocuparse frecuentemente por su ejecución en una prueba. El terapeuta le preguntaría, “¿Cuándo se preocupa por un examen, con qué frecuencia acaba convenciéndose de que suspenderá el curso y le expulsarán del centro?” (es decir, resultado catastrófico del estudiante). “¿Piensa con más frecuencia en algún otro resultado negativo cuando se preocupa por los exámenes?”. “En una escala de 0% (ninguna probabilidad de ser expulsado) a 100% (absolutamente probable que sea expulsado), ¿en qué medida es probable que ocurra esta catástrofe?”. “¿Qué probabilidad presentan los resultados menos extremos, como el de suspender la prueba o no superar el curso?”. “Cuando vuelve a pensar en esto, ¿cree que ha

exagerado la probabilidad de un resultado negativo?”. “¿Cuál cree que es el resultado más probable?”. “¿Cuánto le cuesta pensar en el resultado más probable cuando se preocupa por los exámenes?”.

El terapeuta cognitivo también obtiene valoraciones sobre la controlabilidad percibida asociada con cada área primaria de preocupación. En el ejemplo previo el terapeuta preguntaría “¿Cuánto le cuesta dejar de pensar en el examen una vez que haya empezado a preocuparse?”. “En una escala de 0 (ningún control) a 100 (control total), ¿cuál es la cantidad media de control que tiene sobre la preocupación relativa a los exámenes?”. “¿Varía este control de alguna manera?”. “¿Hay momentos en los que dispone de un buen grado de control sobre la preocupación y, sin embargo, en otros momentos es terrible?”. “¿Ha advertido qué aspectos parecen favorecer el control de la preocupación y qué cosas parecen interferir con su nivel de control?”.

Es importante determinar el grado en que la meta-preocupación se asocia con cada una de las áreas primarias de preocupación (Wells, 1999, 2006). Por ejemplo, Rebecca señalaba que a ella le costaba conciliar el sueño cada noche por los pensamientos relativos a cómo había respondido ese día ante los problemas con un empleado y también a qué es lo que le esperaría al día siguiente. Sin embargo, cambiaba rápidamente de estas “preocupaciones primarias” a la preocupación relativa a las consecuencias de ser incapaz de acallar sus pensamientos intrusos y dormirse. Cada vez que Rebecca se preocupaba por su actuación ejecutiva con los empleados, registraba una valoración entre 0 (“ninguna preocupación por la preocupación”) y 100 (“extremadamente inquieta por estar preocupada”). Lo curioso era que la meta-preocupación era muy intensa en algunas ocasiones (p. ej., cuando trataba de conciliar el sueño) pero era menos prominente en otros casos (p. ej., preocuparse por cómo manejaría un asunto de personal justo antes de la entrevista). Por consiguiente, en la formulación del caso es importante especificar el grado en que la meta-preocupación se asocia con cada contenido primario de la preocupación y con las situaciones en las que la meta-preocupación es intensa y cuando es más débil.

Las consecuencias percibidas positivas y negativas de la preocupación son un aspecto de la meta-preocupación. Una vez más es importante determinar las consecuencias percibidas asociadas con

cada área de preocupación cuando el individuo está inmerso en el proceso mismo de la preocupación. Se espera que las consecuencias percibidas sean muy idiosincrásicas y varíen ampliamente entre las diferentes áreas de preocupación. Rebecca, por ejemplo, percibía consecuencias negativas sobre todo de sus preocupaciones laborales, revelando que la misma preocupación probablemente la llevaba a perder la confianza en sí misma y a ser menos asertiva con los trabajadores y a mostrarse más angustiada e irritable en casa. Sin embargo, valoraba más positivamente sus preocupaciones relativas a la seguridad de su hija preescolar; pensaba que esta preocupación la llevaba a ser una madre más cauta y, por ende, a reducir el riesgo de daño de su hija. Como se comentará más adelante, las consecuencias percibidas de la preocupación constituyen uno de los primeros objetivos de cambio de la terapia cognitiva para el TAG.

Estrategias de control de las preocupaciones

Como se ha indicado anteriormente, en el modelo cognitivo del TAG (Figura 10.1), los esfuerzos por suprimir o controlar la preocupación contribuirán a su persistencia debido a que la ineffectividad de estas estrategias confirma la creencia del individuo de que la preocupación es peligrosa e incontrolable. Por consiguiente, es crítico evaluar la frecuencia, tipo y efectividad percibida de las distintas estrategias de control de pensamiento empleadas con cada una de las áreas primarias de preocupación. En la Tabla 10.3 se presenta un listado de estrategias positivas y negativas de control de la preocupación extraídas de la literatura empírica.

Si el terapeuta desea formular cuestiones adicionales sobre las estrategias de control de la preocupación, puede recurrir al Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad del Capítulo 5 (Apéndice 5.9) para evaluar el uso que hace el cliente de las estrategias de control del pensamiento. En los titulares del Apéndice 5.9 debería sustituirse “pensamiento ansioso” por “pensamientos de preocupación”. En este mismo orden, el terapeuta querrá determinar las estrategias positivas y negativas usadas con cada área primaria de preocupación y obtener información sobre la frecuencia con que se emplea así como de su efectividad percibida.

Tabla 10.3. Estrategias de control de la preocupación en el trastorno de ansiedad generaliza

Estrategias negativas de control

- *Supresión dirigida* (es decir, “Decirme a mí mismo que no me preocupe”)
- *Auto-confirmación* (es decir, “Decirme a mí mismo que todo irá bien”)
- *Búsqueda de reconfirmación ajena* (es decir, preguntar a familiares/amigos si todo saldrá bien)
- *Comprobación* (es decir, iniciar algún acto repetitivo para aliviar la duda)
- *Castigo* (es decir, criticarse a uno mismo por preocuparse)
- *Supresión de la emoción* (es decir, tratar de suprimir la angustia, la ansiedad asociada a la preocupación)

Estrategias positivas de control

- *Expresión dirigida* (es decir, permitirme intencionadamente seguir preocupándome, dejar que la preocupación siga su curso)
 - *Distracción* (es decir, participar en una actividad que distraiga o sustituir la preocupación por un pensamiento más positivo)
 - *Revaloración de la amenaza* (es decir, revalorar la amenaza percibida del área de preocupación)
 - *Relajación* (es decir, proceder con meditación o relajación)
-

Guiones de seguridad y orientación del problema

Sería recomendable pedir a los individuos con TAG que describan qué es lo que les conferiría la sensación de paz o seguridad en un dominio particular –es decir, que elaboren el guión de cómo alcanzar la sensación de seguridad teniendo en cuenta la preocupación. En otras palabras, ¿qué debería ocurrir para que cese la preocupación? Louise era una mujer soltera en su treintena que había tenido mucho éxito profesional y recientemente había iniciado una relación romántica a través de Internet. Sin embargo, le preocupaba muchísimo si él estaba interesado por ella o si realmente la abandonaría en cualquier momento. Su pensamiento catastrófico era “Ésta es mi última oportunidad de ser feliz. Si esta relación no funciona, me quedaré sola durante el resto de mi vida”. Cuando se le preguntó qué debería ocurrir para que ella se sintiera segura o tranquila con respecto a la relación, Louise respondió que ella necesitaba alguna señal de su impedido compromiso hacia ella. Pero cuanto más pensaba en ello,

más consciente era de que no había nada que pudiera erradicar su incertidumbre con respecto a la relación. Es propio de la naturaleza misma de las relaciones íntimas que el cónyuge o la pareja pueda abandonarla en cualquier momento. Es importante que el terapeuta determine qué es lo que significa o implica la seguridad en cada una de las áreas primarias de preocupación, qué señales reflejarían el logro de la seguridad y si los individuos pueden recordar algún momento de su vida en el que lograron tal paz o seguridad. Es posible que, como Louise, un cliente descubra que la búsqueda de seguridad es fútil, incluso imposible de alcanzar.

La preocupación conlleva siempre esfuerzos destinados a resolver problemas, a menudo con el objetivo de alcanzar la sensación de seguridad y confianza en el resultado. Es importante determinar la gama de soluciones del problema que genera el cliente con respecto a un tema particular de preocupación. “¿Qué soluciones ha encontrado para este problema particular (es decir, lo que le preocupa)?”. “¿Es capaz de generar alguna solución buena para este problema?”. “En una escala de 0 (ninguna seguridad) a 100 (completamente seguro), ¿qué grado de confianza tiene en hallar una buena solución para este problema?”. “¿Qué grado de frustración siente en relación a sus esfuerzos por resolver el problema?”. “¿Espera resolver este problema algún día o permanecerá indefinidamente sin solución?”.

Pierre era un funcionario jubilado a quien le preocupaban excesivamente sus ingresos de jubilación y si había ahorrado suficiente como para vivir holgadamente durante su vejez. Decidió que la mejor solución para su ansiedad y preocupación era abrir un pequeño negocio a tiempo parcial para complementar sus ingresos mensuales. Desafortunadamente, esto sirvió poco para aliviar su ansiedad porque ahora le preocupaban las incertidumbres del negocio y si podría sostener unos ingresos fijos durante muchos años. Cuando optó por solicitar tratamiento, se desanimó y se convenció de que su preocupación no tendría solución. Había procedido de la forma más lógica posible, que era ganar más dinero, y sin embargo esto sólo había intensificado su preocupación por la economía personal.

Pierre adoptó la orientación negativa más extrema para el problema, creer que no había solución para sus preocupaciones económicas crónicas.

Esquemas TAG disfuncionales

Una evaluación cognitiva debería culminar con la identificación de los esquemas maladaptativos nucleares de la amenaza, vulnerabilidad personal, intolerancia a la incertidumbre y creencias meta-cognitivas sobre la preocupación que son responsables de la preocupación crónica del individuo. En la Tabla 10.2 se presenta una síntesis de los tipos de creencias más prominentes en el TAG. Las diferentes creencias se asocian con diferentes áreas primarias de preocupación, de manera que, para la formulación del caso, es importante identificar las creencias maladaptativas nucleares que subyacen a cada área de preocupación.

La preocupación primaria de Rebecca se relacionaba con sus habilidades de liderazgo al relacionarse con sus empleados. La evaluación cognitiva revelaba que una creencia nuclear de amenaza era que “sus empleados pensarán que era una directora débil, pasiva – fácil de convencer”. Creía que esto era parte de su personalidad y algo que no podía cambiar: “Siempre había sido una mujer vergonzosa, una introvertida” (creencia de vulnerabilidad). Cuando no recibía *feedback* en relación a cómo había gestionado un problema de personal difícil, solía solicitar la confirmación de sus directores asistentes, creyendo que sería incapaz de aguantar la incertidumbre por no saber si era demasiado asertiva o demasiado pasiva (creencia de intolerancia a la incertidumbre). Por otra parte, creía que la preocupación era perjudicial para su ejecución profesional porque siempre estaba tratando de “volver a cuestionarse”, pero por otra parte, sentía que el exceso de vigilancia era útil para evitar entrar en discusiones desagradables con los empleados (creencias meta-cognitivas). Obviamente el objetivo primario de la terapia cognitiva para el TAG es modificar estas creencias nucleares disfuncionales que subyacen al proceso de preocupación patológica.

Pauta clínica 10.16

Una conceptualización cognitiva de un caso TAG incluirá los siguientes elementos: (1) la descripción de las áreas primarias de preocupación, (2) la especificación de los objetivos e intereses personales del momento, (3) un listado de los estímulos internos y externos que provocan la preocupación, (4) la identificación de las valoraciones meta-cognitivas de cada área de preocupación, (5) la descripción del perfil idiosincrásico de control de la preocupación, (6) el grado de búsqueda de seguridad y orientación negativa del problema y (7) la formulación de la organización esquemática subyacente responsable de la preocupación crónica y ansiedad generalizada.

Descripción de la terapia cognitiva para el TAG

El objetivo general de la terapia cognitiva para el TAG es la reducción de la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de preocupación que generarán una reducción asociada de los pensamientos intrusos ansiosos automáticos y de la ansiedad generalizada. Esto se logrará mediante la modificación de las valoraciones y creencias generalizadas así como de las estrategias maladaptativas de control que son responsables de la preocupación crónica. Una prueba de terapia cognitiva satisfactoria transformaría la preocupación de ser una estrategia patológica de evitación a convertirse en un proceso constructivo más controlado, orientado al problema en el que la persona ansiosa sea más tolerante y esté más dispuesta a aceptar el riesgo y la incertidumbre. La perspectiva cognitiva se expresa mediante una serie de objetivos específicos de tratamiento que se presentan en la Tabla 10.4.

Para alcanzar los objetivos especificados de la terapia cognitiva para el TAG, un curso típico de terapia incluirá diferentes estrategias de intervención que serán utilizadas de diferente forma dependiendo del caso individual. En la Tabla 10.5 se sintetizan los componentes de tratamiento de la terapia cognitiva.

Tabla 10.4. Objetivos de tratamiento de la terapia cognitiva para el trastorno de ansiedad generalizada

-
- Normalizar la preocupación
 - Corregir las creencias e interpretaciones sesgadas de amenaza sobre las áreas de preocupación
 - Modificar las creencias meta-cognitivas positivas y negativas sobre la preocupación
 - Eliminar la meta-preocupación
 - Reducir la confianza en las estrategias disfuncionales de control de la preocupación y promover respuestas de control de la preocupación que sean más adaptativas
 - Mejorar la confianza en la capacidad para resolver problemas
 - Aumentar el control percibido sobre la preocupación
 - Fortalecer la sensación de seguridad y auto-confianza para manejar los retos futuros
 - Aceptar el riesgo y la tolerancia a los resultados inciertos de situaciones y eventos futuros
 - Aumentar la tolerancia a la emoción negativa
-

Fase de formación

El objetivo de la primera sesión es presentar a los clientes el modelo cognitivo del TAG así como una justificación del tratamiento. La mayoría de los individuos TAG han padecido durante años el exceso de preocupación. En consecuencia acudirán a terapia con sus propias creencias sobre los motivos por los que sufren preocupación patológica y posiblemente con algunas ideas de cómo debería ser tratada. El terapeuta cognitivo debería comenzar por preguntar, “¿Por qué cree usted que ha luchado tanto con la preocupación?”. Los individuos con TAG podrían responder de diferente manera como “Es mi personalidad, siempre he sido propenso a preocuparme”, “La preocupación es el motor de mi familia”, “Tengo una vida muy exigente, tengo mucho de qué preocuparme”, “Soy una persona muy ansiosa y esto me lleva a preocuparme”, “Tengo algún desequilibrio químico que hace que me preocupe tanto”, etc. El terapeuta debería también preguntar si “¿Ha fluctuado su ansiedad o preocupación con el paso de los años? En tal caso, ¿qué hace que su preocupación mejore o empeore?”.

Tras evaluar la teoría personal del cliente relativa a su ansiedad y preocupación, el terapeuta se halla en una mejor posición para determinar si éste será más o menos receptivo a la socialización en

Tabla 10.5. Componentes de tratamiento de la terapia cognitiva para el trastorno de ansiedad generalizada

-
- Formación sobre la perspectiva cognitiva de la preocupación
 - Distinguir entre preocupación productiva e improductiva (véase Leahy, 2005)
 - Reestructuración cognitiva y puesta a prueba de hipótesis empíricas de las valoraciones y creencias sesgadas de la preocupación
 - Inducción de la preocupación y decatastrofización (Craske & Barlow, 2006)
 - Expresión repetida de la preocupación con prevención de respuesta de las estrategias de control inefectivo de la preocupación (Borkovec et al., 2004)
 - Procesamiento intencionado auto-dirigido de las señales de seguridad
 - Inoculación al riesgo y a la incertidumbre
 - Entrenamiento en resolución constructiva de problemas
 - Procesamiento elaborativo del presente (Borkovec et al., 2004)
 - Entrenamiento (opcional) en relajación
-

el modelo cognitivo de la preocupación. Si el cliente defiende con firmeza posturas incompatibles con la perspectiva cognitiva, estas creencias deben ser contempladas para su cambio antes de proceder con el tratamiento cognitivo de la preocupación. Son cinco los elementos principales del modelo cognitivo que deberían ser comunicados al cliente:

1. La preocupación es una parte normal de la vida pero hay dos tipos de preocupación: la preocupación productiva y la improductiva o patológica. La preocupación patológica está asociada con altos índices de ansiedad y angustia.
2. La preocupación patológica está causada por nuestra actitud y por el modo en que tratamos de manejar la preocupación. La investigación ha demostrado que ciertos tipos de pensamientos y creencias negativas sobre el riesgo, la incertidumbre y la preocupación misma caracterizan a la preocupación excesiva o improductiva. Se puede pensar en ellos como en las causas psicológicas de una tendencia a la preocupación.
3. Esta actitud negativa hacia la preocupación lleva a los individuos a adoptar formas para controlarla que, a la larga, logran que la preocupación sea más persistente y difícil de controlar.

4. El objetivo de la terapia cognitiva es identificar los pensamientos y las creencias subyacentes que causan la preocupación crónica así como cualquier respuesta contraproducente que convierta la preocupación en persistente, y después ayudar al individuo a adoptar una actitud y una respuesta más constructiva para la preocupación.
5. El objetivo final de la teoría cognitiva es convertir la preocupación improductiva en productiva modificando las causas psicológicas subyacentes de la preocupación crónica. La eliminación de la preocupación patológica generará también una reducción del nivel general de ansiedad.

Wells (1997) señalaba que el terapeuta cognitivo debe trasladar el foco del cliente desde el contenido de la preocupación como problema (p. ej., “No tengo mucha seguridad en el trabajo por ello me preocupa perder mi puesto”) hacia los factores que subyacen a la tendencia a preocuparse. Para ayudarlo en este proceso se puede preguntar al cliente, por ejemplo, “Incluso si tuviera mucha seguridad laboral, ¿cree que eso le llevaría a no preocuparse?”. A continuación el terapeuta cognitivo puede preguntarle por qué algunas personas se preocupan pero no les afecta el tema y, sin embargo, a otras personas les afecta mucho y sienten ansiedad por sus preocupaciones. También se podría determinar si en la vida de la persona existen algunas incertidumbres que no estén asociadas con la preocupación (p. ej., una persona joven a la que no preocupe tener un accidente de tráfico), mientras que otras incertidumbres provocan una gran preocupación (p. ej., ¿Seré capaz de aprobar el curso y obtener la graduación?). Se pueden comparar las diferentes “series cognitivas” asociadas con cada una de estas situaciones y el modo en que las diferentes maneras de pensar generan o no preocupación. Una posible tarea para casa podría ser preguntar a familiares o amigos cercanos que afrontan cuestiones similares a las áreas de preocupación del cliente, qué opinan sobre el particular y cómo manejan la cuestión (p. ej., inseguridad laboral, prueba médica incierta, compromiso cuestionable con la pareja). Al fin los clientes deben observar y aprender que el problema no es la *preocupación per se* sino *cómo se preocupan*.

Pauta clínica 10.17

Procede comenzar por la fase de formación determinando la teoría personal de cada cliente en relación a la preocupación y después recurriendo al cuestionamiento socrático y al descubrimiento guiado para enseñar a los individuos que la reducción en la preocupación crónica es posible modificando las valoraciones y creencias maladaptativas así como las estrategias de control mental y conductual inefectivas responsables de la persistencia de su preocupación patológica.

Diferenciar la preocupación productiva y la improductiva

En su manual de auto-ayuda para la preocupación Leahy (2005) señalaba que enseñar a los individuos con preocupación crónica el modo de distinguir la preocupación productiva de la improductiva es un ingrediente crítico del tratamiento (véase también Davey, 1994; Davey et al., 1992). En la Tabla 10.6 se presentan los principales elementos de la preocupación productiva e improductiva en base a las propuestas de Leahy.

Tabla 10.6. Características de la preocupación patológica y de la preocupación productiva

Preocupación patológica	Preocupación productiva
• Centrada en problemas más distantes y abstractos. • La persona dispone de escaso control real o influencia sobre la situación. • Mayor foco en la emoción negativa asociada con la situación objeto de preocupación. • No puede aceptar cualquier solución porque no garantiza el éxito. • Búsqueda implacable de seguridad y de certeza de resultados. • Procesamiento exagerado y limitado de las amenazas potenciales en la situación con tendencia a catastrofizar. • Indefensión percibida para afrontar la situación objeto de la preocupación. • Asociada a altos niveles de ansiedad o angustia.	• Centrada en problemas más inmediatos y realistas. • La persona puede ejercer cierto control real o influencia sobre la situación. • Mayor foco en la resolución de problemas de la situación. • Puede probar y evaluar soluciones imperfectas. • Voluntad de tolerar un riesgo e incertidumbre razonables. • Procesamiento más amplio y equilibrado de los potenciales resultados positivos y negativos de la situación. • Mayor nivel de auto-eficacia para afrontar la situación objeto de la preocupación. • Asociada a niveles menores de ansiedad o angustia.

Nota. Basado en Davey, Hampton, Farell y Davidson (1992) y Leahy (2005).

Los clientes deberían aprender a distinguir la preocupación productiva de la improductiva (patológica) desde el inicio de la terapia cognitiva. Dada la intensa evaluación de la preocupación, los clientes deberían ser conscientes de la naturaleza patológica de su preocupación durante las dos primeras sesiones, por ello el reto consiste en lograr que los clientes sean más conscientes de su preocupación productiva. Es probable que ni siquiera hayan contemplado la posibilidad de que en algunos momentos hagan uso de la preocupación positiva. Mediante el descubrimiento guiado, el terapeuta cognitivo puede pedir al cliente que describa cómo ha afrontado diversas cuestiones de la vida cotidiana o intereses personales que no produjeran preocupación excesiva. Se podría elaborar un listado de experiencias de preocupaciones productivas y preocupaciones patológicas juntamente con una breve descripción de cómo gestionó el cliente el problema de un modo productivo e improductivo. El hecho de aprender que uno recurre tanto a la preocupación productiva como a la improductiva reforzará lo aprendido en la fase de formación: que la preocupación crónica, patológica, está causada por el *cómo nos preocupamos* y no por el hecho mismo de preocuparnos. En este mismo orden, las preocupaciones más realistas implican un enfoque de tratamiento diferente del adoptado en la preocupación patológica. Si las principales preocupaciones del cliente se aproximan al perfil de la preocupación productiva, entonces el principal enfoque de tratamiento sería el de la resolución de problemas y elaboración de un plan de acción. Las preocupaciones que son más patológicas requerirán el paquete completo de tratamiento cognitivo descrito en este capítulo.

En nuestro caso ilustrativo Rebecca mostraba predominantemente preocupación patológica, y ocasionalmente algunos momentos de preocupación más realista y productiva. A pesar de su preocupación relativa a la ejecución laboral, rara vez le preocupaban demasiado sus proyecciones de ventas. Ella dirigía unos almacenes de mucho éxito y sistemáticamente alcanzaba sus objetivos de ventas. Sin embargo, esto podría cambiar fácilmente con las fluctuaciones de la economía, pero con todo, a Rebecca rara vez le preocupaban las cifras de ventas. Por el contrario, le preocupaba excesivamente que sus empleados la consideraran una directora competente y con recursos o una persona débil y fácilmente manipulable. Ésta última preocupación satisfacía los criterios de la preocupación patológica y por ello se convirtió en el objeto de las sesiones de terapia.

Pauta clínica 10.18

Durante las primeras sesiones conviene enseñar a los individuos con TAG a distinguir la preocupación realista o productiva de la preocupación crónica, excesiva y patológica.

Reestructuración cognitiva de las valoraciones de amenaza

La reestructuración cognitiva es un elemento terapéutico importante de la terapia cognitiva para el TAG. El terapeuta cognitivo comienza por identificar los pensamientos y las creencias relacionados con la amenaza y que estén representados en el área de preocupación primaria. Se valora la probabilidad percibida de que ocurra la amenaza (es decir, peor resultado posible) en la vida real. El terapeuta recurre a la recogida de pruebas para determinar si la estimación de amenaza del cliente es realista o exagerada (véase Capítulo 6). Se puede utilizar el Apéndice 6.2, Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias, para facilitar el ejercicio de recogida de evidencias. Es más importante recoger muestras en las que se evidencie que el cliente está exagerando la amenaza cuando se preocupa, que tratar de demostrarle que la amenaza por la que se preocupa nunca ocurrirá. Esto último equivale a centrarse en el contenido de la preocupación, lo que sólo nos alejaría del logro de los efectos terapéuticos. Tras completar la fase de recogida de pruebas, se pide al cliente que genere un punto de vista alternativo sobre el tema objeto de la preocupación que represente un resultado más probable y realista. El terapeuta podría dar seguimiento a esto con un análisis de costes-beneficios (véase Apéndice 6.3) para reforzar las ventajas de la interpretación alternativa.

Naturalmente es importante que tras la reestructuración cognitiva se ofrezcan asignaciones para casa. Por ejemplo, cada vez que el cliente comience a preocuparse, podría registrar su estimación del peor resultado posible y del resultado alternativo más realista. A continuación podría elaborar un listado de las razones por las que piensa que el peor resultado equivale a una estimación exagerada e irreal de la amenaza y las razones que indican que el resultado alter-

nativo es más probable. También se le podría asignar un ejercicio de puesta en prueba de hipótesis empíricas para determinar si “ponerse en lo peor” es una exageración de la amenaza. Se le podría pedir que busque intencionadamente las evidencias que desmienten su estimación automática de la amenaza relacionada con la preocupación. Al tratar la preocupación, el foco de la reestructuración cognitiva debe dirigirse a la valoración de la amenaza y no al contenido de la preocupación. El objetivo es enseñar al individuo con TAG a “pillar-se” exagerando la amenaza (“pensando que le va a ocurrir lo peor”) y sustituir esto por un resultado negativo menos exagerado que sea más realista.

La reestructuración cognitiva de la estimación de la amenaza relacionada con la preocupación también se empleó en el caso de Rebecca. El resultado catastrófico asociado con su preocupación primaria relacionada con el trabajo era “No he sido suficientemente asertiva con el personal cuando ha surgido el problema. Dejarán de respetarme y después de eso fracasaré como directora”. Rebecca valoraba la probabilidad de este resultado con 85/100. Eran escasas las pruebas relativas al resultado temido, con la única excepción de que un director asistente de más edad se había quejado de que ella era demasiado blanda con los empleados. La otra evidencia era que, cada vez que tenía que confrontar un problema de recursos humanos, solía experimentar incertidumbre, dudas sobre sí misma y ansiedad, lo que llevaba a Rebecca a pensar que la hacían parecer indecisa. Por otra parte, había multitud de pruebas de que estaba exagerando la probabilidad del peor resultado posible. Recientemente había gestionado muy bien una cuestión de personal y había logrado un buen resultado. Irónicamente, tuvo que manejar otra situación en la que algunos empleados se quejaban de que el director asistente de mayor edad, el que creía que ella era demasiado blanda, se comportaba de manera agresiva e irracional con los empleados a quienes supervisaba. Adicionalmente, ella había recibido evaluaciones positivas del jefe de distrito en relación a sus habilidades para los recursos humanos. Se desarrolló una interpretación alternativa, “Uno nunca puede llegar a estar seguro de lo que las personas piensan de uno. Por consiguiente, debo juzgar la efectividad de mis habilidades de recur-

so humanos en términos de resultados más objetivos como por ejemplo si los empleados modifican su conducta tras mi intervención. Mi tendencia natural a mostrarme simpática y menos intimidante al confrontar a los empleados puede llevarlos a respetarme más que si procedo de un modo verbalmente agresivo”. Una tarea de seguimiento en casa conllevó que Rebecca recogiera pruebas relativas a que su estilo menos confrontativo, de hecho, puede producir más respeto y no menos como había creído por parte de los empleados. De esto aprendió que cuando se preocupaba por los problemas de recursos humanos, exageraba la probabilidad del peor resultado y olvidaba la alternativa más probable y realista. Se le animó a que practicara repetidas veces el ejercicio de reestructuración cognitiva de la amenaza cada vez que comenzara a preocuparse por los problemas con los empleados.

Pauta clínica 10.19

En la terapia cognitiva para el TAG la reestructuración cognitiva se emplea para modificar la tendencia de los individuos a iniciar las interpretaciones automáticas exageradas de amenaza de los acontecimientos futuros negativos durante los episodios de preocupación.

Inducción de la preocupación y decatastrofización

Hacia la tercera o cuarta sesión el terapeuta cognitivo debería presentar el concepto de inducción de la preocupación. Esto conlleva instruir al cliente para que se preocupe intencionadamente por un área particular durante 5-10 minutos de la sesión. Se anima al individuo a verbalizar en alto el proceso de preocupación de modo que el terapeuta pueda evaluar la calidad de la preocupación. Antes de comenzar por la inducción de la preocupación, se pide al cliente que valore en una escala de 0 a 100: “Si le pido ahora mismo que se preocupe de X [un área de preocupación primaria], ¿qué nivel de ansiedad le hace sentir? ¿Qué grado de incontrolabilidad tendrá la preocupación?”. Después se instruye al cliente para que comience y trate de preocuparse tan profundamente como pueda. Esto es, el ejercicio de preocupación debería continuar hasta que el cliente se encuentre

completamente sumido en los pensamientos y creencias del peor resultado posible representado en el área de preocupación. Si al cliente le cuesta iniciar el episodio de la preocupación, el terapeuta puede facilitar el comienzo de la inducción preguntando al cliente “¿En relación a esto [la situación o área de preocupación], qué es lo que le preocupa?”. Si al cliente le cuesta llegar al resultado catastrófico, el terapeuta cognitivo puede ayudarlo recurriendo a la técnica de la flecha descendente: “¿Qué es lo que sería tan malo o preocupante en relación a ese resultado?”. Este ejercicio de inducción de preocupación debería practicarse tres o cuatro veces en terapia antes de ser asignado como tarea de exposición entre sesiones (véase más adelante). La finalidad del ejercicio de inducción de la preocupación durante la sesión terapéutica es (1) enseñar a los clientes el modo de iniciar la exposición a la preocupación, (2) proporcionar pruebas empíricas de que la preocupación es más controlable de lo que suponía el cliente y (3) ayudar al cliente a aprender que la preocupación provoca menos ansiedad y es menos incontrolable cuando cesan los esfuerzos por suprimirla.

Antes de iniciar la inducción de la preocupación es necesario que se articule plenamente el resultado catastrófico o “peor escenario posible” asociado con el área primaria de preocupación. Como fenómeno verbal-lingüístico, la preocupación puede funcionar como evitación del procesamiento emocional de la imaginación temida (Borkovec, 1994). Por esta razón el resultado catastrófico puede adoptar la forma de una imagen. Para determinar el resultado catastrófico, el terapeuta cognitivo puede emplear alguna variante de la entrevista de catastrofización (Davey, 2006; Vasey & Borkovec, 1992) en la que el terapeuta sigue preguntando, “¿Qué le preocupa tanto en relación a [un resultado previamente mencionado]?” hasta que el cliente ya no pueda responder. Debería obtenerse una descripción completa del peor resultado, de modo que los clientes dispongan del *guión de la catástrofe de la preocupación* al que puedan referirse durante sus sesiones de exposición a la preocupación.

Tras generar el guión de la catastrofización, el terapeuta cognitivo y el cliente trabajan colaboradoramente durante la sesión elaborando un *plan de decatastrofización* (Craske & Barlow, 2006; Rygh &

Sanderson, 2004). Esto conlleva definir una respuesta hipotética por si se produjera realmente el peor escenario posible. El terapeuta podría decir, “Generemos algunas ideas, un plan sobre cómo afrontaría usted este resultado catastrófico si realmente llegara a ocurrir”. El plan de decatastrofización se escribe a continuación del guión de catastrofización y el cliente lo recibe para futuras referencias. Se debería preguntar al cliente, “¿Qué grado de malestar le parece que le produce el peor escenario a la luz de su plan potencial de afrontamiento?”. Para más detalles sobre la decatastrofización véase Capítulo 6.

En el caso de Clara se ilustran la inducción de la preocupación y la decatastrofización. Clara era una mujer de mediana edad con TAG a quien preocupaba su salud. Recientemente había acudido a su médico de cabecera porque le preocupaba la posibilidad de sufrir cáncer de mama. Su médico le pidió una mamografía lo que sólo intensificó la preocupación de Clara en relación al cáncer de mama. Para determinar su “resultado más temido”, el terapeuta desarrolló la siguiente entrevista de decatastrofización:

TERAPEUTA: Clara, ¿qué es lo que le preocupa en relación a hacerse una mamografía?

CLARA: Temo que el resultado sea positivo.

TERAPEUTA: ¿Y, qué es lo que teme del posible resultado positivo de la mamografía?

CLARA: Determinará que tengo cáncer de mama.

TERAPEUTA: ¿Y qué es lo que más le preocupa de tener cáncer de mama?

CLARA: Que necesitaré quimioterapia y posiblemente una mastectomía.

TERAPEUTA: ¿Qué es lo que más le inquieta en relación a estos tratamientos contra el cáncer?

CLARA: Que me maree con la quimioterapia, que pierda el pelo y que acabe con un cuerpo que produzca asco.

TERAPEUTA: ¿Qué es lo que más le preocupa sobre los efectos del tratamiento sobre su cuerpo?

CLARA: Que mi marido se divorcie de mí porque esté fea, que yo me odie a mí misma y que me deprima gravemente.

TERAPEUTA: Eso parece terrible, pero ¿hay algo más de todo esto que le preocupe?

CLARA: No, eso ya es suficiente, ¿verdad?

TERAPEUTA: ¡Evidentemente! Por lo tanto, Clara, la peor catástrofe que puede imaginar sobre el cáncer es que usted acabe sola, deprimida y con un cuerpo que produzca asco. ¿Puede imaginarse a sí misma en este estado, puede crearse una imagen mental?

CLARA: Sí, de hecho ya tengo una imagen del aspecto que tendría y de cómo me sentiría como superviviente del cáncer.

El terapeuta cognitivo registró los detalles de la imagen que tenía Clara de sí misma como superviviente del cáncer. A continuación elaboraron juntamente un guión de decatastrofización: cómo podría afrontar de un modo más realista el cáncer de mama. Esto se basó en experiencias de dos mujeres con cáncer de mama que conocía Clara. Después de esto, el terapeuta hacía que Clara dedicara 10 minutos a la inducción de la preocupación sobre el cáncer, asegurando que la mitad del tiempo de inducción fuera destinado a imaginar que recibía tratamiento para el cáncer de mama y que estuviera mirándose en un espejo. Esto incluía también la reacción negativa de su marido ante los efectos del tratamiento y sus propios sentimientos de desesperación. Para finalizar, imaginaba cómo afrontaría de un modo más realista su estado de superviviente de cáncer, usando para ello el guión de decatastrofización como referencia.

Pauta clínica 10.20

A fin de fortalecer el control de la preocupación y de decatastrofizar la amenaza de la preocupación, se emplea un ejercicio de inducción de la preocupación que elabore guiones de catastrofización y de decatastrofización para fomentar la exposición a los resultados más temidos del individuo.

Expresión repetida de la preocupación

La exposición (o expresión) a la preocupación se ha convertido en un componente importante de los tratamientos cognitivo-conductuales para el TAG (p. ej., Borkovec et al., 2004; Craske & Barlow, 2006; Rygh & Sanderson, 2004; Wells, 1997). El concepto se basa en un procedimiento de tratamiento de control de estímulos originalmente descrito por Borkovec, Wilkinson, Folenshire y Lerman (1983). Los individuos identificaban inicialmente sus pensamientos preocupantes y después establecían un período determinado de 30 minutos cada día destinados a preocuparse. Si los individuos se “pillaban” preocupándose en otro momento del día, debían posponer su preocupación hasta el período establecido atendiendo a su experiencia del momento en que estaban. Durante el período de preocupación, debían iniciar la resolución de problemas a fin de eliminar sus áreas de preocupación. Borkovec et al. (2004) consideraban el tratamiento de control de estímulos como un tipo de prevención de respuesta mediante la cual los individuos preocupados restringen gradualmente su preocupación a una gama más limitada de señales discriminativas (es decir, preocuparse sólo durante un tiempo y en un lugar específico).

Con el paso de los años se han introducido diversas modificaciones y ajustes en la exposición a la preocupación. En terapia cognitiva, la repetida exposición a la preocupación es un experimento conductual que (1) desafía las creencias meta-cognitivas relativas a que la preocupación es peligrosa e incontrolable, (2) contrarresta la evitación de la catástrofe, (3) previene la supresión y otras estrategias inefectivas de control de la preocupación y (4) aumenta la confianza de los clientes en su capacidad para manejar las áreas de preocupación. El objetivo de la exposición a la preocupación es que el cliente experimente la preocupación y sus imágenes como posibilidades hipotéticas en lugar de cómo representaciones realistas de amenazas reales para el bienestar (Rygh & Sanderson, 2004). En el Apéndice 10.2 se presenta un Formulario de Exposición a la Preocupación que puede usarse cuando a los individuos se les asigna como tarea para casa la exposición a la preocupación.

Antes de recibir la asignación como tarea para casa, se instruye a los individuos sobre la expresión de la preocupación. Se instruye a los clientes para que diariamente dediquen el mismo período de 30 minutos en un lugar específico de su casa y que durante ese intervalo destinen una parte prolongada a imaginar el peor resultado posible (es decir, catástrofe) de un único tema de preocupación. Deberían mantenerse concentrados en la catástrofe “y pensar en ella o imaginarla con tanto detalle y realismo como les sea posible”. No deberían tratar de resolver problemas o decatastrofizar la preocupación sino concentrarse simplemente en ella tanto como puedan. Si la mente vaga y se aleja del tema de la preocupación, tratarán de redirigir la concentración al tema de la preocupación tan pronto como puedan. Se anima a los clientes a usar el guión de la catástrofe para ayudarles a restablecer el foco de atención. Tras cada exposición a la preocupación, deberían completar el Formulario de Exposición a la Preocupación (Apéndice 10.2). Deberán prestar atención particular a registrar la calidad de la exposición a la catástrofe y cualquier pensamiento ansioso relativo a ejecutar el ejercicio de preocupación. El cliente debería anotar los desafíos a los pensamientos ansiosos que le animarán a la repetición de las sesiones de preocupación. Si la preocupación brota en algún otro momento del día, el cliente deberá posponerla hasta la sesión de exposición a la preocupación. Esto se logra anotando el contenido de la preocupación en el Formulario B de Auto-Monitoreo de la Preocupación (Apéndice 10.1) como recordatorio para la sesión de exposición y, después, volver a prestar atención a algún aspecto de la experiencia que vive en ese momento. A los individuos con TAG se les recomienda que efectúen sesiones prácticas de exposición a la preocupación diariamente durante 2 o 3 semanas para poder apreciar los beneficios de esta intervención.

Pauta clínica 10.21

La exposición repetida al resultado catastrófico temido es un experimento conductual importante de la terapia cognitiva del TAG. Desafía las creencias maladaptativas del individuo sobre los peligros y dificultades de control de la preocupación y previene el uso de estrategias inefectivas de control de la preocupación.

Procesamiento de señales de seguridad

Los preocupados crónicos suelen centrarse tanto en la amenaza y en la incertidumbre durante el proceso de la preocupación que, a menudo, no procesan los aspectos positivos, seguros o benignos de la situación de preocupación. En consecuencia, el terapeuta cognitivo aprovechará cualquier oportunidad mientras evalúa los aspectos de la preocupación o empleará la reestructuración cognitiva para examinar los aspectos positivos o seguros de las situaciones. Se anima a los individuos a anotar los aspectos de la situación que sean positivos o seguros para contrarrestar sus interpretaciones automáticas de peligro o amenaza. La finalidad de esta intervención es ayudar a los individuos a desarrollar una perspectiva más equilibrada y realista de la preocupación. Algunas veces puede haber una o varias señales primarias de seguridad asociadas con la preocupación, mientras que en otras ocasiones puede haber múltiples indicadores de seguridad que sean evidentes a lo largo de todo el proceso de preocupación.

En nuestro ejemplo anterior Clara ha sufrido de preocupación crónica relativa al cáncer. Tras generar el escenario catastrófico, el terapeuta cognitivo le ayudó a pensar en los posibles aspectos positivos o de seguridad de su preocupación sobre el cáncer.

TERAPEUTA: Clara, usted ha sugerido que un resultado posible de la mamografía es que sea positiva, indicando que sufre cáncer. ¿Qué probabilidad cree que existe para que el resultado de la prueba sea positivo?

CLARA: Creo que la probabilidad es del 50/50.

TERAPEUTA: Eso parece ser muy alto, pero suena como que usted dice que existe un 50% de probabilidad de que el resultado sea negativo.

CLARA: Bueno, supongo que sí, pero sólo puedo pensar en el 50% de probabilidad de que sea positivo.

TERAPEUTA: Le comprendo. Pero, ¿qué ocurriría si está sobrestimando la probabilidad de un resultado positivo y subestimara la probabilidad de un resultado negativo? ¿Qué efecto tendría?

CLARA: Supongo que eso me lleva a sentirme más ansiosa y preocupada.

TERAPEUTA: Eso es. Este tipo de pensamiento aumentará su preocupación y sin embargo no cambiará el resultado de la prueba. Realmente es un modo muy improductivo de pensar, por lo tanto, veamos si podemos cambiarlo.

CLARA: ¿Cómo puedo hacerlo?

TERAPEUTA: Bien, una cosa sería entrenarse voluntariamente para prestar más atención a los aspectos positivos o seguros de esta situación. Podría comenzar por obtener información sobre la probabilidad real de que el resultado de la mamografía sea positivo. También podría preguntar a familiares o amigos cuántas veces han obtenido resultados negativos o falsos resultados positivos y nunca han padecido cáncer. A continuación podría practicar recordando esta información cada vez que comienza a preocuparse sobre el cáncer. No le estoy diciendo que esto reduzca mágicamente sus preocupaciones, pero gradualmente con el paso del tiempo logrará pensar de un modo más equilibrado sobre la enfermedad. Usted no puede modificar el hecho de que todos estamos expuestos a la incertidumbre de sufrir cáncer, pero usted podrá corregir su manera de pensar sobre tal incertidumbre. ¿Le gustaría probarlo?

CLARA: Seguro, parece una buena idea.

Antes de concluir la cuestión del procesamiento de señales de seguridad, debe subrayarse que el objetivo de esta intervención es contrarrestar la tendencia del cliente a centrarse excesivamente en el procesamiento de los aspectos amenazantes de las situaciones. El terapeuta no trata de persuadir al cliente en relación a que el peor resultado posible sea muy improbable. Por ejemplo, el terapeuta no ha intentado persuadir a Clara de que los resultados de su mamografía serán negativos. En lugar de esto Clara aprende a procesar intencionalmente las señales de seguridad a fin de contrarrestar su excesivo énfasis en el pensamiento de que la prueba le indique que tiene cáncer. Obviamente el procesamiento de las señales de seguridad no cambia la probabilidad de que el resultado de una prueba sea positivo.

Pauta clínica 10.22

En terapia cognitiva se enseña a los individuos preocupados a procesar intencionadamente las señales positivas o de seguridad que existan en la situación para corregir su tendencia a pasar por alto los aspectos positivos del tema que les preocupe.

Reestructuración cognitiva de las creencias meta-cognitivas

Otro importante componente terapéutico de la terapia cognitiva para el TAG es la identificación y modificación de las creencias meta-cognitivas positivas y negativas sobre la preocupación. Wells (1997, 2006, 2009) ha comentado cómo pueden usarse la reestructuración cognitiva y los experimentos conductuales para desafiar las creencias nucleares TAG del cliente sobre los peligros y falta de control de la preocupación así como cualquier creencia errónea relativa a los beneficios potenciales de la preocupación. El terapeuta puede identificar las principales creencias meta-cognitivas del individuo a partir del ejercicio de inducción de la preocupación y de la reestructuración cognitiva de las interpretaciones sesgadas de la amenaza. Además, el Formulario de Auto-Monitoreo de la Preocupación sobre la Preocupación (Apéndice 10.3) puede usarse para recoger información adicional sobre las creencias meta-cognitivas centrales del cliente.

Wells (2006) señala que la reestructuración cognitiva de las creencias meta-cognitivas negativas conlleva cuestionar las pruebas relativas a que la preocupación es dañina, cuestionar de qué manera puede ser peligrosa la preocupación, revisar las contra-evidencias y aprender información nueva. Por ejemplo, los individuos con TAG creen muchas veces que la preocupación es estresante y, por lo tanto, puede ser causa de daño físico como un ataque al corazón. Wells (2006) sugiere que puede ofrecerse al cliente información relativa a que la preocupación no es estresante sino que, por el contrario, es una estrategia de afrontamiento en respuesta al estrés. El cliente recibirá como tareas para casa la búsqueda de información que confirme que la pre-

ocupación puede causar directamente ataques al corazón. Podría elaborar dos listados, uno de todos los individuos con preocupación crónica que conozca y el otro con todos los individuos que hayan sufrido un ataque al corazón. ¿Cuántas personas aparecen en ambas listas? Los estudiantes con preocupación crónica suelen estar convencidos de que la preocupación será la causa de un declive significativo en su ejecución académica. Una vez más se podría dirigir una pequeña encuesta para determinar cuántos estudiantes buenos y cuántos no tan buenos tienden a preocuparse. Una explicación alternativa es que muchos factores determinan el nivel de ejecución académica de los estudiantes y la preocupación puede desempeñar una función pequeña, incluso insignificante, en ella. Las creencias relativas a la imposibilidad de controlar la preocupación pueden desafiarse haciendo que los clientes participen en ejercicios de inducción de preocupación, aumentar paradójicamente su nivel de preocupación durante los momentos estresantes, o tratar de controlar completamente la preocupación (Wells, 2006). La finalidad de estos experimentos conductuales es proporcionar pruebas de que, de hecho, la preocupación es una estrategia de afrontamiento maladaptativa controlada (es decir, estratégica) y de que el peligro de perder completamente el control de la preocupación son creencias más imaginarias que reales.

La reestructuración cognitiva de las creencias positivas sobre la preocupación seguiría el mismo formato que el de las creencias negativas. Por ejemplo, creer que las preocupaciones conducen a la resolución de problemas puede ponerse a prueba examinando con qué frecuencia los individuos con excesiva preocupación han resuelto el problema. Wells (2006) sugiere una intervención combinada en la que se pide al cliente que compare su guión de preocupación catastrófica con un guión basado en la realidad. ¿Cómo puede ser adaptativa la preocupación si se opone a la realidad? Otro experimento conductual para el individuo que crea que la preocupación mejora su ejecución laboral consiste en pedirle que aumente intencionadamente su nivel de preocupación antes de acudir al trabajo ciertos días de la semana y, después, que monitoree su nivel de mejoría en la productividad laboral.

Pauta clínica 10.23

La reestructuración cognitiva y los experimentos conductuales que se dirigen directamente a la modificación de las creencias meta-cognitivas positivas y negativas relativas a la preocupación son un importante ingrediente del tratamiento para el TAG que se introducen hacia la mitad del curso de la terapia.

Inoculación del riesgo e incertidumbre

Otro componente de la terapia cognitiva para el TAG, relacionado con las creencias meta-cognitivas, se dirige a tratar la alta sensibilidad o intolerancia al riesgo e incertidumbre que presentan los preocupados crónicos. En su programa cognitivo-conductual para el tratamiento del TAG, Robichaud y Dugas (2006) en primer lugar forman al cliente en la función que tiene la intolerancia a la incertidumbre en la persistencia de la preocupación patológica. Estos autores explican que los preocupados crónicos reaccionan intensamente incluso ante pequeñas cantidades de incertidumbre, lo que les lleva a formular las preguntas de “qué si...”. Estas preguntas de “qué si...” provocan a continuación un ciclo de excesiva preocupación. Robichaud y Dugas señalan que sólo existen dos maneras de reducir la función de la incertidumbre en la preocupación: reducir la incertidumbre misma o aumentar la propia tolerancia a la incertidumbre. Se explica a los clientes que la primera opción es irreal porque la incertidumbre es una parte inevitable de la vida.

En nuestro enfoque de terapia cognitiva para la preocupación, la modificación de las creencias de riesgo e incertidumbre comienza con una explicación de la intolerancia a la incertidumbre basada en Robichaud y Dugas (2006). A continuación el terapeuta recoge datos sobre las creencias idiosincrásicas de la incertidumbre asociadas con las áreas de preocupación primarias del cliente. Se suele asignar como tarea para casa el Formulario de Registro de Riesgo e Incertidumbre (Apéndice 10.4) para recabar la información necesaria. Las preguntas de “qué si...” generadas durante el episodio de preocupa-

ción aportan insight sobre la aversión al riesgo e intolerancia a la incertidumbre del cliente. La columna “Respuestas a la Incertidumbre” evalúa directamente las creencias de intolerancia a la incertidumbre y los esfuerzos del cliente para reducirla o evitarla.

La reestructuración cognitiva de las creencias de intolerancia a la incertidumbre examina las pruebas relativas a que la incertidumbre puede reducirse o eliminarse, que vivir con incertidumbre es intolerable y que uno dispone de suficiente control sobre los acontecimientos futuros como para garantizar los resultados deseados. Leahy (2005) pide a los clientes que examinen los costes y beneficios derivados de aceptar la incertidumbre frente a eliminar la incertidumbre asociada a las áreas de preocupación. El objetivo de la reestructuración cognitiva es enseñar a los individuos con TAG que la incertidumbre es una parte natural de la vida y que la tolerancia a la incertidumbre es la única opción porque los humanos tenemos limitada la capacidad de determinar el devenir futuro.

Una de las intervenciones más útiles para la intolerancia a la incertidumbre conlleva una forma de “inoculación de incertidumbre” mediante la cual se expone a los clientes a cantidades cada vez mayores de incertidumbre en sus experiencias cotidianas (Robichaud & Dugas, 2006). Por ejemplo, a una estudiante le preocupaba el hecho de no entender lo que leía en su manual de anatomía. Su pregunta de “qué si...” era “¿Qué pasaría si no lo entiendo todo?”, “¿Qué ocurriría si olvido lo que estudio?”, “¿Qué ocurriría si equivoqué los hechos?” y “¿Qué pasaría si en el examen final me pongo tan ansiosa que me quedo en blanco?”. Su resultado catastrófico era “Olvidaré todo y suspenderé el examen final y el curso completo”. La estudiante creía que la incertidumbre sobre el resultado del examen era intolerable porque interfería con su capacidad para estudiar y para concentrarse. Creía también que la única solución era releer y estudiar repetidas veces el mismo material, una y otra vez, hasta estar segura de que no lo olvidaría. Tras efectuar el ejercicio de reestructuración cognitiva mediante el cual el terapeuta desafiaba la creencia de la cliente de poder lograr la certeza de su conocimiento en el tema, se introdujeron varios ejercicios mediante los cuales la cliente redujo su grado de comprobación y respuestas de relectura y

se trabajó sobre la tolerancia a cantidades crecientes de incertidumbre relativas al material de anatomía que ella acababa de estudiar. Se estableció como objetivo una estrategia de estudio razonable que no se basaba en la erradicación de toda la sensación de incertidumbre sobre el resultado del examen final de anatomía. De esto se derivó la reducción del nivel de ansiedad y preocupación y la nota que obtuvo en anatomía también mejoró significativamente.

Pauta clínica 10.24

Mejorar la tolerancia al riesgo y a la incertidumbre es un objetivo importante de la terapia cognitiva del TAG. La reestructuración cognitiva y la exposición a cantidades crecientes de incertidumbre producirán una mejor aceptación de la incertidumbre asociada con las áreas primarias de preocupación.

Entrenamiento en resolución constructiva de problemas

Como se señalaba previamente, una orientación negativa, una baja confianza en la capacidad para resolver el problema y la insatisfacción con el resultado de la resolución del problema son características comunes al TAG. En consecuencia, en los protocolos de tratamiento para el TAG suele incluirse el entrenamiento en resolución de problemas (p. ej., Craske & Barlow, 2006). Robichaud y Dugas (2006), sin embargo, han descrito una intervención más amplia para la escasa resolución de problemas propia del TAG. En primer lugar contemplan la orientación negativa hacia el problema usando la reestructuración cognitiva para modificar las creencias disfuncionales que conllevan dudas sobre la propia capacidad para resolver problemas, una tendencia a ver los problemas como amenazantes y el pesimismo relativo al resultado del proceso de resolución del problema. El objetivo es modificar la perspectiva del cliente de considerar el problema como amenaza a verlo como una “oportunidad” o reto.

La segunda parte de su intervención conlleva el entrenamiento en el uso efectivo de los pasos para la resolución de problemas: (1) definición del problema y establecimiento de objetivos, (2) generación de

soluciones alternativas, (3) toma de decisiones y (4) implementación de la solución y verificación (D’Zurilla & Nezu, 2007). La intervención cognitiva para la orientación negativa del problema y para la escasez de habilidades de resolución de problemas puede ser especialmente útil cuando el área de preocupación es más realista. Por ejemplo, la estudiante previamente mencionada a quien preocupaba suspender el examen de anatomía tenía una preocupación realista. Sus hábitos disfuncionales de estudio probablemente la hubieran llevado a hacer un mal examen. Por ello, parte del tratamiento conllevó el entrenamiento en resolución de problemas para desarrollar una rutina de estudio más práctica y realista. De esto también se derivó el manejo de su duda y pesimismo de que los cambios fueran inútiles porque ella se aferraba a la creencia errónea de que si se mantenía en su régimen irreal y rígido de estudio lograría, en algún momento, eliminar sus sentimientos de incertidumbre.

Pauta clínica 10.25

La mejoría en la orientación negativa del problema y el entrenamiento en las habilidades para la resolución de problemas se incluyen en la terapia cognitiva para el TAG cuando la preocupación primaria se refiere a un resultado negativo más realista.

Procesamiento elaborativo del presente

Durante las últimas sesiones de la terapia cognitiva, a los individuos con TAG se les anima a modificar su atención de los pensamientos amenazantes orientados hacia el futuro a centrarse más plenamente en sus pensamientos, sentimientos y sensaciones del momento presente. Borkovec et al. (2004) defienden que el *foco de atención en el momento-presente* es un antídoto efectivo contra la preocupación. Como la ansiedad siempre es anticipatoria, en el momento presente nunca puede haber ansiedad.

Aprender a vivir en el momento presente es una tarea ardua para los individuos que están crónicamente instaurados en el futuro amenazante, hipotético (es decir, “qué si...”). Borkovec et al. (2004) proponen un enfoque de tres estadios. En primer lugar se explica a los

clientes que sus predicciones negativas sobre el futuro suelen ser inexactas la mayoría de las veces y practican la sustitución de estas predicciones por alternativas más realistas. A continuación, se enseña a los individuos que no hay predicción futura que pueda prever con certeza el futuro y se anima a los individuos a vivir una “vida libre de expectativas”. Una vez logrado que los clientes estén más centrados en el presente, la fase final conlleva enseñarles el modo de dar sentido al momento presente. Esto implica centrarse en los rasgos especiales del momento con énfasis particular en cómo se conecta con los valores y la felicidad del cliente en el momento. Este procesamiento elaborativo del presente es similar a los avances de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (*mindfulness*), que subrayan el foco meditativo en una actividad presente como la de la respiración, la observación de los propios pensamientos negativos de una manera pasiva, no enjuiciadora y el desarrollo de la aceptación de todos los pensamientos como “sólo pensamientos” y no hechos o algún aspecto de la realidad (Segal et al., 2002; Williams, Teasdale, Segal & Rabat-Zinn, 2007). Tanto si las intervenciones para la preocupación crónica hacen más hincapié en la reestructuración cognitiva de las creencias y valoraciones de amenaza o en la terapia cognitiva basada en la conciencia plena, el objetivo de todo tratamiento debería ser redirigir la atención del individuo con TAG de la preocupación relativa al control de unas hipotéticas amenazas futuras hacia el mayor interés y aprecio por la propia experiencia presente.

Pauta clínica 10.26

Un resultado esencial de la terapia cognitiva para el TAG es sustituir la preocupación del cliente por las posibles amenazas orientadas hacia el futuro por un mayor aprecio del momento presente de su vida cotidiana.

Entrenamiento (opcional) en relajación

Muchos programas cognitivo-conductuales para el TAG siguen subrayando que el entrenamiento en relajación aplicada es una intervención idónea para el TAG (p. ej., Borkovec et al., 1994; Cras-

ke & Barlow, 2006; Rygh & Sanderson, 2004). Sin embargo, el entrenamiento en relajación sólo se usa ocasionalmente en terapia cognitiva para el TAG. Puede ser ofrecido a los individuos que experimentan una intensa ansiedad somática o a quienes les cueste mucho centrarse en sus cogniciones a consecuencia de la elevada ansiedad. En este caso se les puede ofrecer un curso de relajación aplicada antes de iniciar las intervenciones directas para la preocupación patológica. En el Capítulo 7 se ha presentado una descripción detallada y la implementación de la relajación muscular progresiva (véase Tabla 7.5) y el protocolo de tratamiento de relajación aplicada (véase Tabla 7.6). Adicionalmente, se ha comprobado que la relajación aplicada es, en sí misma, un tratamiento efectivo para el TAG (p. ej., Arntz, 2003; Borkovec et al., 2002; Öst & Breitholz, 2000), aunque los resultados de diferentes estudios sean variables (Fisher, 2006). Además, son escasas las pruebas relativas a que la terapia de relajación sea efectiva por el hecho de reducir la tensión muscular (Conrad & Roth, 2007). En cualquier caso, la relajación aplicada es una opción de tratamiento con credibilidad disponible para el terapeuta cognitivo.

Pauta clínica 10.27

El entrenamiento en relajación muscular es una opción de tratamiento que puede emplearse cuando la ansiedad somática es tan intensa que el individuo con TAG sea incapaz de colaborar en las intervenciones cognitivas para la preocupación patológica.

Eficacia de la terapia cognitiva para el TAG

La efectividad del tratamiento para el TAG puede ser menor que los índices revelados para otros trastornos de ansiedad. En su revisión Fisher (2006) concluía que la terapia cognitivo-conductual que combina la relajación aplicada y la terapia cognitiva producen un índice de recuperación del 50% basado en el PSWQ y un índice de recuperación del 60% en la Escala de Rasgo del Inventario de Ansie-

dad Estado-Rasgo. Gould et al. (2004), en su meta-análisis de la TCC, hallaron que la TCC para el TAG producía efectos de gran tamaño (es decir, 0.73) pero sólo unos pocos individuos lograban un “buen estatus”. De manera similar Hollon et al. (2006) señalaban que los logros del tratamiento para la TCC son significativos y se mantienen en el tiempo pero “existe una sensación general de que se puede hacer aún más para tratar el TAG” (p. 300).

¿Qué efectividad tiene la terapia cognitiva para el TAG? Multitud de estudios de resultados bien diseñados han contemplado esta cuestión. En uno de los primeros estudios de resultados dirigido con una pequeña muestra TAG, la TCC grupal y el manejo de la ansiedad mostraron una mejoría más sistemática y significativa en la ansiedad que un grupo control con benzodiacepina y lista de espera (Lindsay, Gamsu, McLaughlin, Hood & Espie, 1987). Dirham y Turvey (1987) hallaron que la terapia cognitiva y la terapia conductual producían mejorías postratamiento similares en entre un 50-60% de los pacientes, pero en el seguimiento realizado 6 meses después eran significativamente más los individuos de la condición de terapia cognitiva que habían mejorado (62%). En un estudio posterior 57 individuos con TAG DSM-III-R fueron asignados al azar a TCC, terapia conductual (relajación muscular progresiva y exposición gradual) o a una condición de control en lista de espera (Butler et al., 1991). La TCC se demostró superior a la terapia conductual; el 32% de los individuos lograban un cambio clínicamente significativo en el postratamiento y el 58% en el seguimiento realizado 18 meses después, en comparación con el 5% y el 21% respectivamente del grupo de terapia conductual. Fisher y Dirham (1999) revisaron los índices de recuperación sobre la base de las puntuaciones de cambio del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo– Escala Rasgo en seis ensayos controlados y concluyeron que la TCC individual es uno de los tratamientos más eficaces para la preocupación crónica y para el TAG, con índices de mejoría del 75% durante el seguimiento realizado a los 6 meses e índices de recuperación del 51%.

Estos resultados positivos para la TCC también han sido hallados en estudios más recientes. En una versión de terapia cognitiva que se centraba especialmente en las características cognitivas de la preocu-

pación, como por ejemplo la corrección de creencias erróneas, la modificación de la intolerancia a las creencias de incertidumbre y la corrección de la orientación negativa del problema, la terapia cognitiva producía estadística y clínicamente cambios significativos en comparación con la condición de control en lista de espera; en el pos-tratamiento y en el seguimiento realizado 12 meses después el 77% de los pacientes ya no satisfacía los criterios del TAG (Ladouceur, Dugas et al., 2000). Este hallazgo fue replicado posteriormente con una versión grupal de terapia cognitiva y en el seguimiento realizado 2 años después el 95% del grupo de terapia cognitiva ya no satisfacía los criterios del TAG (Dugas et al., 2003). Sin embargo, existen pruebas de que los individuos de más edad con TAG no muestran una respuesta tan buena como los pacientes más jóvenes a la terapia cognitiva o a la TCC para el TAG (Covin, Ouimet, Seeds & Dozois, 2008; Mohlman, 2004); entre el 45 y el 54% no satisfacían los criterios diagnósticos del TAG en el postratamiento (Wetherell, Gatz & Craske, 2003; Stanley et al., 2003).

En un amplio meta-análisis que incluía 65 estudios Mitte (2005) concluyó que la TCC era un tratamiento muy efectivo para el TAG (es decir, tamaño medio de efecto = .82 para la ansiedad en comparación con los controles sin tratamiento) tal y como se observaba en las reducciones tanto de los síntomas de ansiedad primaria como de depresión (véase también Covin et al., 2008, para una conclusión similar). Sin embargo, no hay pruebas sistemáticas de que la TCC fuera significativamente más efectiva que la farmacoterapia, llevando al autor a concluir que la TCC es, como mínimo, tan efectiva como la farmacoterapia. Sin embargo, la TCC puede ser mejor tolerada y puede producir efectos más resistentes que los de la benzodiacepina (Gould, Otto, Pollack & Yap, 1997; Mitte, 2005).

Desafortunadamente, son pocos los estudios de tratamiento que se refieren a períodos de seguimiento superiores a 12 meses. Las únicas excepciones son los seguimientos de 8 a 14 años dirigidos en dos estudios en los que la terapia cognitivo-conductual fue una de las condiciones de tratamiento asignadas al azar (Dirham, Chambers, MacDonald, Power & Mayor, 2003). En los grupos TCC se apreciaba una tendencia a mejorar más que los grupos de la condiciones

no-TCC en el postratamiento, pero las diferencias no eran estadísticamente significativas. En el seguimiento realizado a largo plazo la mayoría de los pacientes eran sintomáticos aunque la gravedad media de los síntomas seguía siendo más baja que la del nivel pretratamiento, mostrando así el mantenimiento en la mejoría de los síntomas. Con todo, no había diferencias apreciables en los índices de recuperación entre las condiciones de TCC y no-TCC. En un estudio de seguimiento posterior de 2 – 14 años que incluía a individuos que habían participado en uno de ocho ensayos clínicos randomizados de TCC para TAG, para TEPT o trastorno de angustia, los autores concluían que “la TCC se asociaba con un resultado a largo plazo mejor que la no-TCC en términos de gravedad general de síntomas pero no en relación al estado diagnóstico” (Dirham et al., 2005, p. iii). Por lo tanto, en general no podemos decir con rotundidad que la terapia cognitiva o la TCC produzca logros de tratamiento más resistentes en el TAG, aunque algunos de los resultados parezcan ser prometedores.

Otra serie de estudios han comparado directamente la terapia cognitiva y el entrenamiento en relajación aplicada. En general ambas intervenciones producen efectos de tratamiento equivalentes en el postratamiento y en el seguimiento, con índices de recuperación que oscilan en el intervalo de 53% – 67% (p. ej., Arntz, 2003; Borkovec & Costello, 1993; Borkovec et al., 2002; Öst & Breitholtz, 2000). La terapia cognitiva es significativamente más efectiva que la psicoterapia analítica; aproximadamente el doble de los pacientes TCC que de los pacientes del grupo psicodinámico revelaban mejorías clínicamente significativas en el postratamiento y en el seguimiento (Dirham et al., 1999; Dirham et al., 1994). Además, la terapia cognitiva parece producir un cambio clínico significativo más resistente que el manejo de la ansiedad (p. ej., Dirham et al., 1999; Dirham et al., 1994).

En el proceso se han desarrollado también esfuerzos por determinar si ciertas modificaciones del tratamiento podrían mejorar la efectividad de la TCC para el TAG. Fisher (2006) concluyó en su revisión actualizada de los índices de recuperación que la eficacia de la terapia cognitiva, la TCC y la relajación aplicada era muy variable

entre los diferentes estudios y, por lo tanto, bastante limitada. Sin embargo, los estudios iniciales de resultados de los enfoques más innovadores de terapia cognitiva que se centran en factores cognitivos específicos de la preocupación patológica como la intolerancia a la incertidumbre y las creencias meta-cognitivas producían mejores índices de recuperación que la terapia cognitiva más estándar y los enfoques TCC. Según Fisher (2006), la combinación de terapia cognitiva con relajación aplicada puede ser más efectiva que ninguno de ambos tratamientos a solas. Sin embargo, los individuos con TAG que presentan un pronóstico pobre (alta complejidad del trastorno y gravedad de síntomas) no se benefician significativamente con una TCC más intensa (Dirham et al., 2004). Por último, los beneficios de la TCC para el TAG pueden tener una aplicación más global que la reducción de la preocupación crónica. En un reciente estudio, los individuos con TAG que habían sido asignados al azar a TCC más reducción gradual de la medicación mantenían la discontinuación de las benzodiacepinas (64,5%) significativamente mejor que los individuos (30%) que no habían recibido ningún tratamiento específico salvo la reducción gradual, en el seguimiento realizado 12 meses después (Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas & Baillargeon, 2006).

Pauta clínica 10.28

La terapia cognitiva y la terapia cognitivo-conductual son tratamientos efectivos para el TAG que alcanzan índices de recuperación de entre el 50 y el 60% en el postratamiento. Los tratamientos son muy efectivos para reducir la preocupación patológica que caracteriza al TAG. Existen pruebas de mantenimiento a largo plazo de los efectos del tratamiento, aunque la mayoría de los individuos seguirán experimentando algunos síntomas o incluso cumplirán los criterios diagnósticos. Los individuos TAG de más edad pueden no responder tan bien a la terapia cognitiva y a la TCC y los tratamientos son, como mínimo, tan efectivos como la farmacoterapia o el entrenamiento en relajación aplicada. En general, la efectividad de la terapia cognitiva para el TAG puede ser más variable y limitada que la terapia cognitiva para otros trastornos de ansiedad.

Resumen y conclusión

El TAG ha sido considerado como el “trastorno básico de ansiedad” (Roemer et al., 2002). Su característica cardinal es la preocupación excesiva y generalizada o expectación aprensiva en relación a una amplia gama de acontecimientos o situaciones, que está presente muchos días, durante como mínimo un período de 6 meses, y al individuo le cuesta controlar este estado de constante preocupación (DSM-IV-TR; APA, 2000). Con el paso de los años el foco diagnóstico del TAG se ha modificado desde el énfasis en la ansiedad y sus síntomas al componente cognitivo de la ansiedad (es decir, la preocupación). Se ha presentado un modelo cognitivo elaborado del TAG (véase Figura 10.1) en el que los pensamientos intrusos, automáticos e indeseados de amenaza incierta sobre acontecimientos o situaciones futuras activan los esquemas prepotentes de amenaza generalizada y vulnerabilidad, produciendo la hipervigilancia y el procesamiento preferente de la amenaza que derivan en una revaloración de la amenaza y vulnerabilidad personal o indefensión. Esta revaloración sostenida o proceso de preocupación genera un ciclo auto-perpetuante que intensifica la activación esquemática a consecuencia de los procesos meta-cognitivos maladaptativos. La preocupación misma es considerada como un proceso peligroso e incontrolable, por ello el sujeto hace esfuerzos intencionados para suprimirla pero no obtiene resultados satisfactorios. Además, el fracaso en la resolución de problemas o en la obtención de la sensación de seguridad refuerza adicionalmente la pérdida de control asociada a la preocupación. El proceso degenera en una estrategia maladaptativa de evitación cognitiva cuyo único éxito es la activación continuada de los esquemas disfuncionales y un sistema de procesamiento de información preferentemente sesgado hacia la amenaza.

El respaldo empírico que obtiene el modelo cognitivo es mixto. Existen múltiples pruebas de que el TAG se caracteriza por (1) un contenido de la preocupación relacionado con los intereses y problemas que tiene el individuo en ese momento vital; (2) esquemas sobre amenaza, vulnerabilidad, incertidumbre y meta-cognición general; (3) sesgos automáticos atencionales y de interpretación para la amenaza al procesar estímulos ambiguos; (4) valoraciones negativas del

control de la preocupación y posible confianza en estrategias maladaptativas de control mental y (5) orientación negativa del problema y falta de confianza en la propia capacidad para resolver el problema. Sin embargo, es menor el respaldo empírico existente sobre la función que desempeñan la meta-preocupación y las creencias positivas relativas a la preocupación, la capacidad de los preocupados crónicos para llegar a suprimir el proceso de la preocupación a corto plazo, tanto si los individuos TAG confían excesivamente en estrategias inefectivas de control del pensamiento como si el TAG conlleva una búsqueda inútil de la sensación de seguridad. En general es moderado el nivel de confirmación empírica para el modelo cognitivo propuesto para el TAG, pero aún existen muchos elementos que requieren ser adicionalmente investigados.

En la Tabla 10.5 se presenta un protocolo de tratamiento de terapia cognitiva multicomponente para el TAG que se centra en sustituir la confianza en la estrategia patológica de afrontamiento evitativo (es decir, la preocupación) por una respuesta de afrontamiento preparatoria, constructiva y orientada a un problema futuro incierto. La terapia cognitiva recurre a la reestructuración cognitiva y a los experimentos conductuales para contrarrestar la propensión de los pacientes TAG a exagerar la amenaza futura así como a la inducción de la preocupación y a los ejercicios de exposición para “decatastrofizar” el proceso de preocupación. La revisión de los estudios sobre resultados clínicos indica que entre el 50% y el 60% de los pacientes que completan el tratamiento de terapia cognitiva/ TCC alcanzan una recuperación clínicamente significativa en el postratamiento.

A pesar de los tremendos logros realizados en nuestro conocimiento y tratamiento del TAG, son muchas las cuestiones que permanecen aún sin resolver. Una de las más fundamentales se refiere a si el TAG es realmente un trastorno de ansiedad o debería ser conceptualizado de forma más global como un trastorno de angustia juntamente con la depresión. Aunque sepamos mucho más sobre los procesos que mantienen la preocupación, seguimos teniendo dudas sobre la propensión a la preocupación. Con respecto al modelo cognitivo algunos aspectos requieren investigación adicional como (1) el rol que desempeñan los pensamientos intrusos indeseados, (2) si el

sesgo de procesamiento de información es específico para la amenaza o más globalmente relacionado con señales emocionales, (3) la función de la meta-preocupación y de las creencias meta-cognitivas positivas en la preocupación patológica y (4) la naturaleza de la supresión de la preocupación y sus efectos sobre el TAG. En términos de terapia cognitiva se sabe poco sobre los ingredientes terapéuticos más efectivos o por qué la terapia cognitiva no es más eficaz que la terapia conductual o que la farmacoterapia, dada la naturaleza cognitiva del trastorno. De manera similar a los restantes trastornos de ansiedad, se desconoce aún el grado de efectividad a largo plazo de la terapia cognitiva/TCC para el TAG.

Apéndice 10.1

Formulario B para el Auto-Monitoreo de la Preocupación

Nombre: _____ Fecha: desde _____ hasta _____

Instrucciones: Por favor, use este formulario para registrar los episodios de preocupación que experimenta diariamente a lo largo de la siguiente semana. Es importante cumplimentar el formulario tan pronto como le sea posible una vez ocurrido el evento a fin de aumentar la precisión de sus comentarios.

Fecha y hora estimada del día	Pensamientos intrusos ansiosos y/o preocupación inicial [Describa brevemente los pensamientos que tuvo al iniciarse la preocupación]	Contenido de la preocupación [Describa brevemente el objetivo de sus preocupaciones; qué es lo que le preocupaba]	Duración de la preocupación [Minutos u horas]	Nivel medio de angustia [0-100]	Resultado [¿Qué hizo para controlar la preocupación, para eliminarla? ¿Qué efectividad tuvo?]

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 10.2

Formulario de Exposición a la Preocupación

Nombre: _____ Fecha: desde _____ hasta _____

Instrucciones: Este formulario debe ser cumplimentado inmediatamente después de efectuar la tarea de exposición a la preocupación.

Fecha y duración de la sesión	Tema de preocupación y su resultado catastrófico [Valore la calidad de la exposición al resultado catastrófico en una escala 0-100]*	Ansiedad/Angustia durante la sesión [Escala de 0-100]	Pensamientos ansiosos durante la preocupación [Registre cualquier pensamiento negativo relativo a ejecutar el ejercicio de preocupación]	Pensamientos ansiosos contrarios sobre la preocupación [Registre cómo ha contrarrestado los pensamientos negativos de la columna anterior]	Ansiedad/Angustia tras la sesión [Escala de 0-100]

* La calidad de la exposición se refiere a la capacidad para formarse una imagen detallada y prolongada o para pensar en el peor resultado posible en una escala de 0 (no logré imaginar/pensar en la catástrofe) a 100 (imagen o pensamiento intenso, vívido y prolongado de la catástrofe)

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 10.3

Formulario de Auto-Monitoreo de la Preocupación sobre la Preocupación

Nombre: _____ Fecha: desde _____ hasta _____

Instrucciones: Este formulario debe ser cumplimentado durante los episodios diarios de preocupación. Intente cumplimentarlo tan pronto como le sea posible tras el episodio de preocupación a fin de aumentar la precisión de sus comentarios.

Fecha y duración de la preocupación	Área primaria de preocupación [Describa brevemente sus preocupaciones incluyendo el peor resultado en el que piensa]	Pensamientos negativos sobre el episodio de preocupación [¿Qué piensa que es tan horrible o malo para usted por experimentar este episodio de preocupación?]	Pensamientos positivos sobre el episodio de preocupación [¿Qué piensa que puede ser positivo o beneficioso para usted por experimentar este episodio de preocupación?]	Medida de preocupación sobre la preocupación [Valoración de 0-100]*

* *Nota:* Valore la medida de la preocupación sobre la preocupación asociada con el episodio presente de 0 (“no me preocupa en absoluto estar preocupado”) a 100 (“extremadamente preocupado por tener otro episodio de preocupación”)

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 10.4

Formulario de Registro de Riesgo e Incertidumbre

Nombre: _____ Fecha: desde _____ hasta _____

Instrucciones: Este formulario debe ser cumplimentado durante los episodios diarios de preocupación. Intente cumplimentarlo tan pronto como le sea posible tras el episodio de preocupación a fin de aumentar la precisión de sus comentarios.

Fecha y duración de la preocupación	Área primaria de preocupación [Describa brevemente sus preocupaciones, incluyendo el peor resultado en el que piensa]	Secuencia de cuestiones “¿Qué si...?” [Anoté las preguntas “¿qué si...?” que haya generado durante el episodio de preocupación]	Nivel de incertidumbre [Valoración de 0-100]*	Respuestas a la incertidumbre [¿Qué hace que la incertidumbre de esta área de preocupación sea intolerable? ¿Qué ha hecho para reducir la incertidumbre?]

* *Nota:* Valore la medida en que esta preocupación le produce incomodidad e incertidumbre sobre el resultado futuro de esta área de preocupación de 0 (“ningún sentimiento de incertidumbre”) a 100 (“Siento una incertidumbre extrema sobre el resultado”)

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

11

Terapia cognitiva del trastorno obsesivo-compulsivo

Una vez hecha la concesión, nunca puedes cancelarla y volver a poner las cosas donde estaban.

HOWARD HUGHES (Empresario americano, 1905-1976)

Richard tenía 47 años de edad y trabajaba como administrador en una oficina gubernamental; llevaba padeciendo TOC, como mínimo, durante los últimos 20 años. Sufría múltiples obsesiones entre las que estaban el miedo a contaminar a los demás con gérmenes que pudieran llevarlos a enfermar, los pensamientos blasfemos contra Dios y las preocupaciones de que quienes le rodeaban pudieran ver la mancha roja que tenía en la parte inferior de la espalda, y esto les ocasionara asco y desaprobación. Solía lavarse las manos de forma compulsiva y se duchaba durante mucho tiempo para garantizar que estaba limpio. No presentaba ninguna compulsión abierta asociada a su obsesión religiosa pero solía vestir camisas largas y flojas y comprobaba constantemente si estaba exponiendo la parte inferior de la espalda en respuesta a su obsesión por el “punto rojo”.

Previamente Richard había mostrado una respuesta parcial a un ensayo de terapia conductual (es decir, exposición y prevención de respuesta) para sus síntomas de contaminación. Accedió,

aunque con reticencia, a solicitar tratamiento adicional en respuesta a una considerable presión familiar. La evaluación revelaba un diagnóstico primario moderadamente grave de TOC (Puntuación Total = 61 en el Inventario Obsesivo-Compulsivo Clark-Beck) con una fobia social secundaria. Richard señalaba que su preocupación por el punto rojo de la espalda era ahora su principal obsesión y por ello se convirtió en el principal objetivo del tratamiento. El auto-monitoreo revelaba un alto índice diario de obsesiones sobre el “punto rojo” (índice medio diario de más de 25 ocasiones) que se producían sobre todo en el contexto laboral. Se negaba a ejecutar ninguna tarea de exposición, incluso aunque comenzáramos por los niveles más bajos de la jerarquía. Por ello, la terapia adoptó inicialmente un enfoque cognitivo que consistió en la formación relativa al modelo de terapia cognitiva, revaloración de su estimación sesgada de la amenaza que conllevaba la exposición pública del punto rojo y las creencias relativas a la necesidad de controlar la obsesión y reducir su ansiedad.

En una de nuestras sesiones Richard expuso una experiencia que proporciona un ejemplo excelente de las bases cognitivas del TOC. Tras varias sesiones de terapia cognitiva, Richard deseaba comenzar con el componente de exposición del tratamiento nadando sin camisa en una playa pública. Estaba organizando unas vacaciones en Méjico con su esposa y decidió que ésta podía ser una extraordinaria oportunidad para desafiar su miedo a exponer la espalda. Aunque el terapeuta expresó su preocupación porque esta tarea correspondía a la parte superior de la jerarquía, Richard insistía en estar preparado. A su vuelta de vacaciones, Richard admitió que sencillamente no había podido exponerse en público sin su camisa. Su ansiedad había sido tan intensa y su miedo a la evaluación negativa de los demás tan grande que había evitado completar el ejercicio de exposición. Por otra parte, Richard siempre había temido las montañas rusas. Mientras estuvo de vacaciones decidió comprobar si podría superar este miedo a las atracciones y por ello se obligó a hacer tres o cuatro viajes que produjeron una reducción significativa del miedo. Curiosamente, tuvo que hacerlo solo porque a su esposa también le producía mucho miedo acompañarlo. ¿Por qué Richard fue capaz (o tenía la voluntad) de desafiar su miedo a montar en una montaña rusa, un mie-

do común que cualquiera consideraríamos bastante racional, y sin embargo era incapaz de (o no quería) afrontar su miedo a exponer la parte inferior de su espalda, un miedo muy improbable e irracional? Visiblemente las valoraciones y creencias de Richard sobre el peligro de montar en la montaña rusa era mucho más racional que sus valoraciones cognitivas de la preocupación obsesiva. Su actitud hacia la montaña rusa (es decir, “Puedo hacer esto, lo peor es tan improbable”) dio pie a una exposición satisfactoria, mientras que una actitud disfuncional (es decir, “No puedo arriesgarme a esto, el peligro es tan grande e intolerable”) generó la evitación continuada de la exposición de su espalda.

En este capítulo la teoría y la terapia cognitiva se aplican al problema del TOC. Comenzamos por una breve consideración de las definiciones, los criterios diagnósticos y otras informaciones descriptivas sobre el trastorno. Esto irá seguido por un comentario sobre las características cognitivas centrales del TOC y una revisión del respaldo empírico que recibe el modelo cognitivo para el TOC. El tercer apartado del capítulo revisa la evaluación de las obsesiones y compulsiones así como la elaboración de una formulación cognitiva del caso. Después de esto se describe la terapia cognitiva para el TOC y, para concluir el capítulo, se revisa la eficacia del tratamiento y las áreas de desarrollo futuro.

Consideraciones diagnósticas

El TOC es un trastorno de ansiedad cuyas características principales son la aparición repetida de obsesiones y/o compulsiones de suficiente gravedad como para consumir tiempo (> 1 hora por día) y/o para causar angustia o deterioro funcional importantes (DSM-IV-TR; APA, 2000). Aunque los criterios diagnósticos del TOC pueden satisfacerse por la presencia de obsesiones o compulsiones, la gran mayoría de los individuos con TOC (75-91%) presentan tanto obsesiones como compulsiones (Katar et al., 1975; Foa & Kozak, 1995). Existe una intensa relación funcional entre estos dos fenómenos, y las obsesiones suelen asociarse con una elevación significativa de ansiedad, angustia o culpabilidad, que van seguidas por una

compulsión que trata de reducir o eliminar la ansiedad o incomodidad causada por la obsesión (D.A. Clark, 2004).

Definiciones

Las obsesiones pueden adoptar la forma de pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos, incómodos e intrusos, aunque los pensamientos obsesivos son, con mucho, el síntoma más comúnmente presentado. El contenido obsesivo puede ser muy idiosincrásico y estar formado por las experiencias personales del individuo, por influencias socioculturales y por incidentes vitales críticos (para información adicional, véanse D.A. Clark, 2004; de Silva, 2003; Rachman & Hodgson, 1980). Sin embargo, ciertos temas son más comunes que otros, como por ejemplo:

1. La preocupación por la *suciedad o contaminación* (p. ej., “¿He ensuciado este asiento y, consecuentemente, expongo a las demás personas a mis excrementos y a la posible contaminación?”).
2. *Enfermedad y dolencia* (p. ej., “No puedo abrir esta puerta porque el pomo está cubierto de gérmenes que podrían transmitirme una enfermedad mortal”).
3. *Dudas sobre la seguridad* (p. ej., “¿He cerrado la puerta cuando he salido de la oficina esta tarde?”).
4. *Violencia y lesiones* (p. ej., “¿He atropellado accidentalmente al viandante que acabo de ver?”).
5. *Actos sexuales personalmente repulsivos* (p. ej., “¿Siento atracción sexual por los niños?”).
6. *Inmoralidad y religión* (p. ej., “¿He confesado todos mis pecados a Dios?”).
7. *Temas misceláneos* (es decir, preocupaciones persistentes relativas al orden, la simetría, la exactitud, la rutina y los números).

A tenor de un estudio con 1.000 pacientes con TOC Rasmussen y Eisen (1992, 1998) revelaban que el miedo a la contaminación (50%) y la duda patológica (42%) eran las obsesiones más comunes, mientras que la simetría (32%), la agresión (31%), el sexo (24%) y la religión (10%) eran menos comunes. A continuación se presenta una definición de la obsesión que sirve para nuestros fines:

Pauta clínica 11.1

Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos inaceptables e indeseados y altamente repetitivos que se asocian con la resistencia subjetiva, son difíciles de controlar y generalmente producen angustia incluso aunque el individuo reconozca que el pensamiento es muy exagerado, irracional o carente de sentido en grados varios (Rachman, 1985).

Las compulsiones son conductas abiertas o actos mentales repetitivos y estereotipados que se asocian a una intensa urgencia subjetiva a ejecutarlas incluso aunque el individuo se resista en diferentes grados a responder ante la urgencia (Taylor, Abramowitz & McKay, 2007). Una compulsión normalmente conlleva alguna acción abierta como el lavado de manos o la comprobación repetitiva, pero también puede ser una respuesta encubierta o cognitiva como un ensayo subvocal de ciertas palabras, frases u oraciones. Sin embargo, las compulsiones abiertas, como la comprobación repetida (61%) lavado/limpieza (50%) o búsqueda de reconfirmación (34%) son muy comunes, mientras que las de simetría/precisión (28%) y acumulación (18%) son menos comunes (Rasmussen & Eisen, 1998). En el ensayo de campo del DSM-IV para el TOC, Foa y Kozak (1995) hallaron que el 80% de la muestra TOC revelaba compulsiones mentales. Los rituales compulsivos suelen ejecutarse a fin de reducir la angustia (p. ej., lavarse las manos repetidas veces reduce la ansiedad provocada por haber tocado un objeto que se perciba como potencialmente contaminado) o evitar algún resultado temido (p. ej., una persona comprueba repetidas veces el horno para asegurarse de que el botón esté cerrado y prevenga la posibilidad de que salga fuego). Muchas veces las compulsiones van seguidas de acuerdo con ciertas reglas, como comprobar siete veces que el interruptor de la luz esté apagado antes de salir del recinto. Las compulsiones ejercen una función neutralizadora que va dirigida a eliminar, prevenir o debilitar una obsesión o la angustia que se asocia a la misma (Freeston & Ladouceur, 1997a). Incluso así, las compulsiones son claramente excesivas y muchas veces ni siquiera están vinculadas de forma realista con la situación que tratan de neutralizar o prevenir (APA, 2000). Con una fuerte sensación de esfuerzos compulsivos insatisfactorios y subjetivos para resistirse a la urgencia, los individuos con

TOC normalmente sienten la pérdida de control sobre su compulsión. A continuación se presenta una definición de las compulsiones:

Pauta clínica 11.2

Las compulsiones son conductas o respuestas mentales repetitivas, voluntarias pero estereotipadas que conllevan una fuerte urgencia subjetiva a ejecutar algo y una reducida sensación de control voluntario que trata de neutralizar la angustia o el resultado temido que caracteriza a la preocupación obsesiva.

Criterios diagnósticos

En la Tabla 11.1 se presentan los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el TOC. Los criterios diagnósticos necesarios son la presencia de obsesiones o compulsiones que se reconozcan como excesivas o irracionales en algún punto de su curso del trastorno, y que conlleven pérdida de tiempo, causen una angustia notable o interfieran significativamente con el funcionamiento diario. El criterio relativo a la interferencia de la rutina diaria es importante porque muchos individuos de la población general presentan síntomas obsesivos o compulsivos. De hecho, numerosos estudios han documentado una alta frecuencia de pensamientos intrusos indeseados en muestras no-clínicas que conllevan contenido muy similar al de las obsesiones clínicas (p. ej., Parkinson & Rachman, 1981a; Purdon & Clark, 1993; Rachman & de Silva, 1978), y estas muestras también han revelado conductas rituales (p. ej., Muris, Merckelbach & Clavan, 1997). Las obsesiones clínicas, sin embargo, son más frecuentes, angustiosas, el individuo se resiste mucho más ante ellas, son incontrolables y además conllevan mayor pérdida de tiempo y deterioro que las equivalentes en la población general (véase D.A. Clark, 2004).

Al evaluar el TOC es también importante distinguir las obsesiones de otros tipos de cogniciones negativas. Los pensamientos, preocupaciones e ilusiones negativos automáticos son otros tipos de patología cognitiva que pueden confundirse con el pensamiento obsesivo. Para determinar si una cognición angustiosa recurrente puede clasificarse como una obsesión, deberían estar presentes múltiples características: (1) se experimenta como intrusiones mentales recurrentes

e indeseadas; (2) se hacen esfuerzos importantes por suprimir, controlar o neutralizar el pensamiento; (3) se reconoce que el pensamiento es producto de la propia mente; (4) elevada sensación de responsabilidad personal; (5) conlleva un contenido ego-distónico, altamente implausible (es decir, el pensamiento tiende a centrarse en material que no es característico del self) y (6) tiende a estar asociado con esfuerzos neutralizadores (D.A. Clark, 2004).

Tabla 11.1. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

- (1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
- (2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
- (3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
- (4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

- (1) comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
 - (2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos
- B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. **Nota:** Este punto no es aplicable a niños.
- C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
- D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).
- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de la enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Nota. De la Asociación Americana de Psiquiatría (2000). Copyright 2000 de American Psychiatric Association. Reproducción autorizada.

Subtipos TOC

El TOC es un trastorno de ansiedad reconocido por el grado de heterogeneidad de síntomas. Los individuos que solicitan tratamiento para el TOC pueden presentarse con una amplia gama de síntomas cuyos contenidos obsesivos pueden ser idiosincrásicos para las áreas de preocupación particulares del individuo. El grado inusual de heterogeneidad de síntomas juntamente con la variedad de respuestas al tratamiento ha llevado a los investigadores a considerar si el TOC debería ser sopesado como un agrupamiento de subtipos de síntomas más que como una entidad diagnóstica homogénea (McKay et al., 2004). ¿Podría mejorarse la efectividad de los tratamientos para el TOC si desarrolláramos intervenciones más específicas y singulares dirigidas a los tipos particulares de los síntomas TOC presentados?

La mayoría de la investigación sobre los subtipos de TOC se basa en la clasificación de los individuos según su principal tema del síntoma obsesivo-compulsivo (OC). Los primeros estudios que confiaban en la entrevista clínica y tendían a subrayar los síntomas conductuales abiertos revelaban que el lavado/la contaminación, la comprobación/duda, el orden/la simetría y la acumulación eran los principales subtipos de TOC (Rachman & Hodgson, 1980; Rasmussen & Eisen, 1998). Sin embargo, durante los últimos años se han realizado estudios empíricos más rigurosos que han contemplado los subtipos de TOC mediante el análisis factorial y el análisis de conglomerados de medidas de síntomas TOC como la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS, *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*; Goodman et al., 1989a; 1989b). Aunque los diferentes estudios han mostrado resultados no siempre coherentes, parece que la presentación de síntomas de los individuos con TOC puede clasificarse en términos generales en contaminación/lavado, obsesiones agresivas/de comprobación, obsesiones puras con compulsiones abiertas y acumulación (p. ej., Calamari et al., 2004; véase McKay et al., 2004). Estas clasificaciones pueden tener alguna utilidad clínica limitada para predecir la respuesta de tratamiento; en la actualidad se dispone de algunas pruebas indicativas de que los individuos con síntomas obsesivos puros y de acumulación son quienes peor respuesta muestran a la TCC estándar y a la farmacoterapia para el TOC (p. ej., Abra-

mowitz, Franklin, Schwartz & Furr, 2003; véase D. A. Clark & Guyitt, 2008; Steketee & Frost, 2007). Los protocolos de tratamiento cognitivo-conductuales especializados que se han propuesto incluyen las obsesiones puras (Rachman, 2003), el miedo a la contaminación (Rachman, 2006) y la acumulación (Steketee & Frost, 2007).

Se debe proceder con cautela antes de concluir que los diferentes tipos de presentación de síntomas TOC requieren su propio protocolo único de tratamiento cognitivo. Radomsky y Taylor (2005) plantearon una serie de problemas conceptuales y metodológicos relativos a los estudios de subtipos TOC, sugiriendo que la probabilidad de un enfoque dimensional para los síntomas podría ser más válido que una perspectiva basada en categorías (p. ej., Haslam, Williams, Kyrios, McKay & Taylor, 2005). Además, la mayoría de los individuos con TOC presentan obsesiones y compulsiones múltiples que coinciden con diferentes categorías y la mayoría de los pacientes TOC mostrarán cambio en sus síntomas TOC a lo largo del curso de la enfermedad (p. ej., Skoog & Skoog, 1999). Otros investigadores han analizado si las muestras TOC podrían categorizarse sobre la base de variables cognitivas como el tipo de creencias disfuncionales relacionadas con la OC. Sin embargo, los estudios iniciales fueron algo desalentadores y el hallazgo más robusto revelaba que los individuos se correspondían con un grupo de creencia alta o baja (Calamari et al., 2006; Taylor et al., 2006). Dado el solapamiento sustancial en las estrategias de tratamiento utilizadas en estos paquetes de TCC, creemos que la conceptualización cognitiva individualizada del caso es la estrategia clínica más eficiente para tratar la presentación idiosincrásica y heterogénea de los síntomas TOC.

Epidemiología y características clínicas

El índice de prevalencia global del TOC es aproximadamente de entre el 1 y 2% en la población general, y las estimaciones anuales oscilan entre el 0,7 y el 2,1% (Andrews et al., 2001; Kessler, Berglund et al., 2005; Kessler, Chiu et al., 2005; Regier et al., 1993; Weissman et al., 1994). Además, una cifra incluso mayor de individuos no-clínicos experimenta fenómenos obsesivos más leves y menos frecuentes que

no satisfacen los criterios diagnósticos (p. ej., Bebbington, 1998; Burns, Formea, Keortge & Sternberger, 1995; véase Rasmussen & Eisen, 1998). La proporción de mujeres que desarrolla TOC es levemente superior a la de los hombres, y la edad de aparición suele oscilar entre la adolescencia media y finales de la veintena (Rachman & Hodgson, 1980; Rasmussen & Eisen, 1992; Kessler, Berglund et al., 2005; Weissman et al., 1994). Normalmente la edad de presentación en los hombres precede a la de las mujeres y, por ello, tienden a comenzar con el tratamiento a una edad anterior (p. ej., Lensi et al., 1996; Rasmussen & Eisen, 1992).

Los índices de TOC parecen ser bastante similares en distintos países aunque las diferencias culturales afecten a los índices de presentación de síntomas. Por ejemplo, las obsesiones religiosas son más prevalentes en las culturas con códigos morales basados en religiones estrictas y las compulsiones de lavado/limpieza son más prevalentes en países musulmanes que subrayan la importancia de la limpieza (Ocaza, Saad, Khalil, El Dawala & Yehia, 1994; Tek & Ulug, 2001). Los estudios recientes indican que el TOC no se asocia con un mayor logro académico o una inteligencia significativamente superior, tal y como se concluía de los estudios iniciales (Rasmussen & Eisen, 1992).

Acontecimientos vitales

La aparición del TOC puede ser una respuesta gradual o aguda ante un estresor vital (véase Clark, 2004). Los acontecimientos vitales estresantes, tanto si se relacionan con las obsesiones primarias del individuo como si no, pueden dar pie a la aparición del trastorno, y los cambios evolutivos importantes como el embarazo o nacimiento de un hijo también se asocian con el aumento de riesgo de sufrir TOC (Abramowitz, Schwartz, Moore & Luenzmann, 2003; McKeon, Roa & Mann, 1984). En muchos casos, un acontecimiento traumático que es directamente relevante al TOC puede provocar un episodio con la producción de valoraciones erróneas, las cuales se consideran responsables del TOC (p. ej., una persona con una elevada responsabilidad personal y las consiguientes obsesiones de agresión tras herir a un hijo propio de forma accidental; Rhéaume, Freeston, Léger & Ladouceur, 1998; Tallis, 1994). En su investigación sobre los aconte-

cimientos vitales traumáticos en el TOC, Cromer et al. (2007) concluyeron que los acontecimientos traumáticos podrían constituir un factor de vulnerabilidad al TOC influyendo sobre la manifestación del trastorno. Sin embargo, un incidente crítico que se correspondería con el intervalo de normalidad de la experiencia vital también puede generar la aparición del TOC (Salkovskis, Shafran, Rachman & Freeston, 1999). Por ejemplo, un hombre con un historial de 10 años de miedo obsesivo a contraer la infección del VIH revelaba que la obsesión había comenzado tras bailar en un club de strip tease. Sin embargo, muchos individuos con TOC, no pueden desvelar ningún elemento precipitante del trastorno (Rasmussen & Tsuang, 1986).

Correlatos de personalidad

En el transcurso de los años diversos estudios han examinado los correlatos de personalidad del TOC. Aunque los primeros autores psicodinámicos consideraban que el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP) o los rasgos de personalidad obsesiva constituían una condición premórbida del TOC, la investigación empírica ha resuelto las dudas relativas a este vínculo (p. ej., para una descripción del concepto freudiano sobre el carácter anal, véase Kline, 1968; para una descripción del concepto relativo al estado psicasténico de Pierre Janet, véase Pitman, 1987). En su revisión Summerfeldt, Huta y Swinson (1998) concluían que los rasgos obsesivos de personalidad son menos frecuentes en el TOC de lo previamente esperado, siendo, de hecho, el trastorno de personalidad por evitación más frecuente que el TOCP en las muestras TOC. Con todo, concluían que las dimensiones de personalidad de agresión/evitación o la ansiedad rasgo, ciertos constructos de impulsividad como la responsabilidad e indecisión y el perfeccionismo auto-orientado podrían tener una relevancia particular en el TOC.

La investigación relativa a los correlatos infantiles del adulto TOC ha producido resultados mixtos. Aunque los niños y los adolescentes con diagnóstico TOC suelen presentar un curso crónico que persiste en la edad adulta (véase Geller, 1998; Shafran, 2003) y un gran número de pacientes TOC adultos hayan sufrido su primer brote en la infancia tardía o adolescencia, la mayoría de los niños con síntomas

obsesivo-compulsivos no progresa al TOC en la edad adulta (Rachman, Shafran & Riskind, 2006). Por consiguiente la presencia de síntomas obsesivos, por lo menos durante la infancia, es probable que no desempeñe una función etiológica en el TOC. Tal y como se comenta en el siguiente apartado, se han postulado diversos factores cognitivos específicos para la elevada vulnerabilidad al TOC.

Curso y Consecuencia

Aunque sea difícil determinar el curso natural del TOC dados los efectos del tratamiento, a juzgar por los resultados de varios estudios de seguimiento a largo plazo parece que el TOC tiende a adoptar un curso crónico, con oscilaciones crecientes y menguantes de los síntomas con el paso del tiempo, muchas veces en respuesta a fluctuaciones del estrés vital. En un estudio sueco a largo plazo que se prolongó durante 50 años, Skoog y Skoog (1999) hallaron que sólo el 20% de la muestra presentaba una recuperación completa de los síntomas. Steketee y Barlow (2002) concluyeron que la mayoría de los pacientes seguían satisfaciendo los criterios diagnósticos del TOC o mantenían síntomas obsesivos significativos. De hecho, el TOC puede ser el trastorno de ansiedad que menores índices de remisión espontánea presenta (Foa & Kozak, 1996). Por consiguiente, el TOC es un trastorno de ansiedad crónico, que no remite, que aparece a una edad temprana y con una presentación de síntomas crecientes y decrecientes en gravedad a lo largo del curso de la vida.

Dada esta caracterización, no es de sorprender que el trastorno tenga un impacto negativo significativo sobre el funcionamiento social y laboral así como sobre los logros académicos, aunque el coste y sufrimiento personal del TOC probablemente sea equivalente al de los restantes trastornos de ansiedad (Antony, Downie & Swinson, 1998; Karno, Holding, Sorenson & Burnam, 1988). Sin embargo, el TOC puede tener un impacto negativo sobre los miembros de la familia, el funcionamiento marital y las relaciones progenitores-hijos. Los miembros de la familia suelen participar en los rituales bien acomodándose a sus demandas (es decir, ejecutar los lavados y limpiezas excesivos o aportar reconfirmación) o bien oponiéndose completamente a sus preocupaciones obsesivas (Calvocoressi et al., 1995; de

Silva, 2003). Ambas estrategias de afrontamiento pueden producir un aumento en la angustia y la depresión tanto del paciente TOC como de los miembros de la familia, así como deteriorar gravemente el funcionamiento y las relaciones familiares (Amir, Freshman & Foa, 2000; de Silva, 2003). Muchos de los efectos negativos del TOC sobre la vida familiar dependen de la gravedad de la enfermedad y del modo en que el individuo organice su vida en ese momento.

Pauta clínica 11.3

La evaluación y el tratamiento cognitivo debería considerar el impacto del TOC sobre los miembros de la familia y la importante función que éstos pueden desempeñar en la sintomatología del cliente.

Comorbilidad

Al igual que otros trastornos de ansiedad, el TOC presenta altos índices de comorbilidad diagnóstica. Entre la mitad y tres cuartos de los pacientes TOC presentan, como mínimo, otro trastorno concomitante (véase Antony, Downie et al., 1998) y menos del 15% presentan sólo un diagnóstico TOC a lo largo de su vida (Brown, Campbell et al., 2001). La depresión mayor es uno de los trastornos concomitantes más comunes, con un índice de prevalencia global de entre el 65 y el 85% (Brown, Campbell et al., 2001; Crino & Andrews, 1996). La presencia de la depresión se asocia con un empeoramiento de los síntomas obsesivos (p. ej., correlación positiva significativa entre las medidas de síntomas del TOC y de la depresión; D. A. Clark, 2002). Sin embargo, es más probable que un TOC preexistente genere el subsiguiente desarrollo de depresión mayor que a la inversa (Demal, Lenz, Mayrhofer, Zapotoczky & Zirrel, 1993). Mientras que la depresión mayor severa podría derivar en una peor respuesta de tratamiento en el TOC, la depresión entre leve y moderada no parece interferir en la respuesta del paciente al tratamiento (p. ej., Abramowitz, Franklin, Street, Kozak & Foa, 2000). Otros trastornos comúnmente hallados en el TOC incluyen la fobia social, las fobias específicas, el trastorno dismórfico corporal, los trastornos por tics y varios trastornos de personalidad del grupo C (véase D.A. Clark, 2004).

Pauta clínica 11.4

La evaluación cognitiva del TOC debería diagnosticar la presencia y gravedad de los síntomas depresivos. Si estuviera presente un episodio depresivo mayor grave, quizá sería conveniente que el tratamiento se centre en el alivio de la depresión antes de contemplar los síntomas OC.

Utilización y respuesta al tratamiento

Aunque el TOC se asocia con un alto índice de uso de los servicios sanitarios de salud mental; en segundo lugar entre los trastornos de ansiedad después del trastorno de angustia (Karno et al., 1988; Regier et al., 1993), la mayoría de los individuos con TOC nunca solicitan tratamiento (Pollard, Henderson, Frank & Margolis, 1989). Incluso entre quienes lo hacen, suele ser habitual un retraso de entre 2 y 7 años desde la aparición inicial hasta la primera sesión de tratamiento (p. ej., Rasmussen & Tsuang, 1986). Sin embargo, incluso con la demostrada efectividad de la TCC, sólo una minoría de los pacientes TOC llegan a recibir este tipo de tratamiento (Pollard, 2007). El 30% aproximadamente de los individuos con TOC se niegan al tratamiento de exposición/prevención de respuesta y otro 22% no logra completar el tratamiento (Kozak, Liebowitz & Foa, 2000).

Pollard (2007) ha propuesto que determinadas características podrían afectar sobre la disposición de un individuo a aceptar la TCC para el TOC. Los individuos que confían en manejar sin ayuda sus problemas obsesivos y quienes se avergüenzan por sus obsesiones suelen ser poco propensos a solicitar tratamiento (p. ej., persona con dudas obsesivas relativas a si ha acariciado sexualmente a un niño puede tratar de ocultar tales pensamientos ante los demás; Newth & Rachman, 2001). Además, una persona con baja motivación o expectativas negativas sobre el éxito del tratamiento puede ser ambivalente sobre el mismo.

Se ha comprobado que muchos otros factores predicen una peor respuesta al tratamiento. Ciertos tipos de TOC muestran una respuesta al tratamiento más difícil, como es el caso de quienes sufren de acumulación compulsiva (Cherian & Frost, 2007) o de obsesiones puras (D.A. Clark & Guyitt, 2008), y los individuos con una depresión mayor

comórbida grave tienden a mostrar una respuesta menos favorable al tratamiento de los síntomas TOC (p. ej., Abramowitz & Foa, 2000). La falta de insight con respecto a la naturaleza excesiva o irracional de las propias obsesiones (es decir, creer que los propios miedos son realistas y probables en alguna medida y, por consiguiente, que el ritual compulsivo es necesario) puede predecir la respuesta pobre al tratamiento (Franklin, Riggs & Pai, 2005). En el caso más extremo, cuando el individuo está convencido de forma absoluta y rígida de que sus preocupaciones obsesivas son razonables, hasta el punto de convertirse en una *idea sobrevalorada* o incluso una ilusión, la respuesta al tratamiento puede ser particularmente pobre (véase Veale, 2007). Por último, el incumplimiento de las asignaciones para casa y, en menor medida, la calidad de la relación terapéutica tendrán cierta influencia sobre la respuesta al tratamiento (D.A. Clark, 2006a; Franklin et al., 2005).

Pauta clínica 11.5

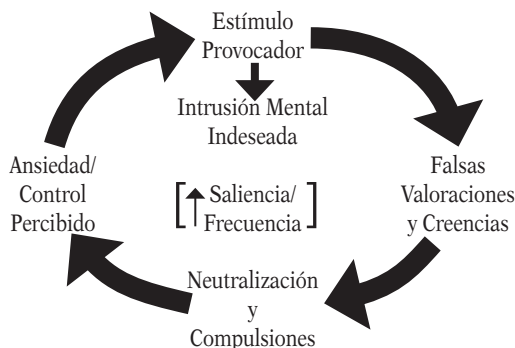
En cualquier proceso de diagnóstico del TOC debería incluirse la evaluación de la disposición al tratamiento y del grado de insight sobre la naturaleza excesiva e irracional del miedo obsesivo. La ambivalencia hacia el tratamiento o la presencia de ideación sobrevalorada debería llevarnos a la reconsideración de las opciones de tratamiento.

Modelo cognitivo del TOC

Revisión del modelo

Según la perspectiva cognitiva, la presencia de esquemas disfuncionales y falsas valoraciones son procesos críticos en la etiología y en la persistencia de las obsesiones y las compulsiones. El modelo cognitivo del TOC puede entenderse dentro del marco de nuestro modelo genérico de ansiedad presentado en el Capítulo 2 (véase Figura 2.1). Aunque las variaciones sobre el modelo cognitivo-conductual del TOC se han propuesto a fin de subrayar diferentes tipos de esquemas y valoraciones, todas ellas se adhieren a ciertas proposiciones básicas. La Figura 11.1 ilustra los elementos comunes del enfoque TCC para el TOC.

Figura 11.1. Modelo de aproximación cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo. De D. A. Clark (2004, p. 90).
Copyright 2004 de The Guilford Press. Reproducción autorizada.



En los modelos de aproximación cognitiva las obsesiones se derivan de los pensamientos, imágenes e impulsos indeseados que se inmiscuyen en la corriente de la conciencia en contra de la voluntad propia y muchas veces conllevan contenido que es personalmente inaceptable, angustioso e impropio del individuo. Estos pensamientos o imágenes suelen referirse a los mismos temas de suciedad/contaminación, duda, sexo, agresión, injuria o religión que son comunes en las obsesiones clínicas (Rachman & de Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984; Morillo, Belloch & García-Soriano, 2007; Purdon & Clark, 1993). Sin embargo, que estos pensamientos e imágenes intrusas relevantes a la obsesión se conviertan o no en patológicos depende de cómo se valoren tales pensamientos (Salkovskis, 1985, 1989; Rachman, 1997, 1998). Si un pensamiento intruso es considerado irrelevante, benigno o incluso carente de sentido, la persona suele ignorarlo. Si, por el contrario, la intrusión mental es considerada como una amenaza personal importante que conlleva alguna acción posible o resultado que la persona pueda evitar, entonces suele experimentarse cierta angustia y la persona se siente obligada a iniciar respuestas para aliviar la situación. Esta valoración errónea de la importancia lo llevará al ritual compulsivo o a algún tipo de estrategia de neutralización que trate de aliviar la angustia o prevenir que ocurra el resultado temido (Rachman, 1997, 1998). Aunque la neutralización pueda pro-

Figura 11.2. Ilustraciones clínicas de la relación entre la obsesión-valoración errónea.

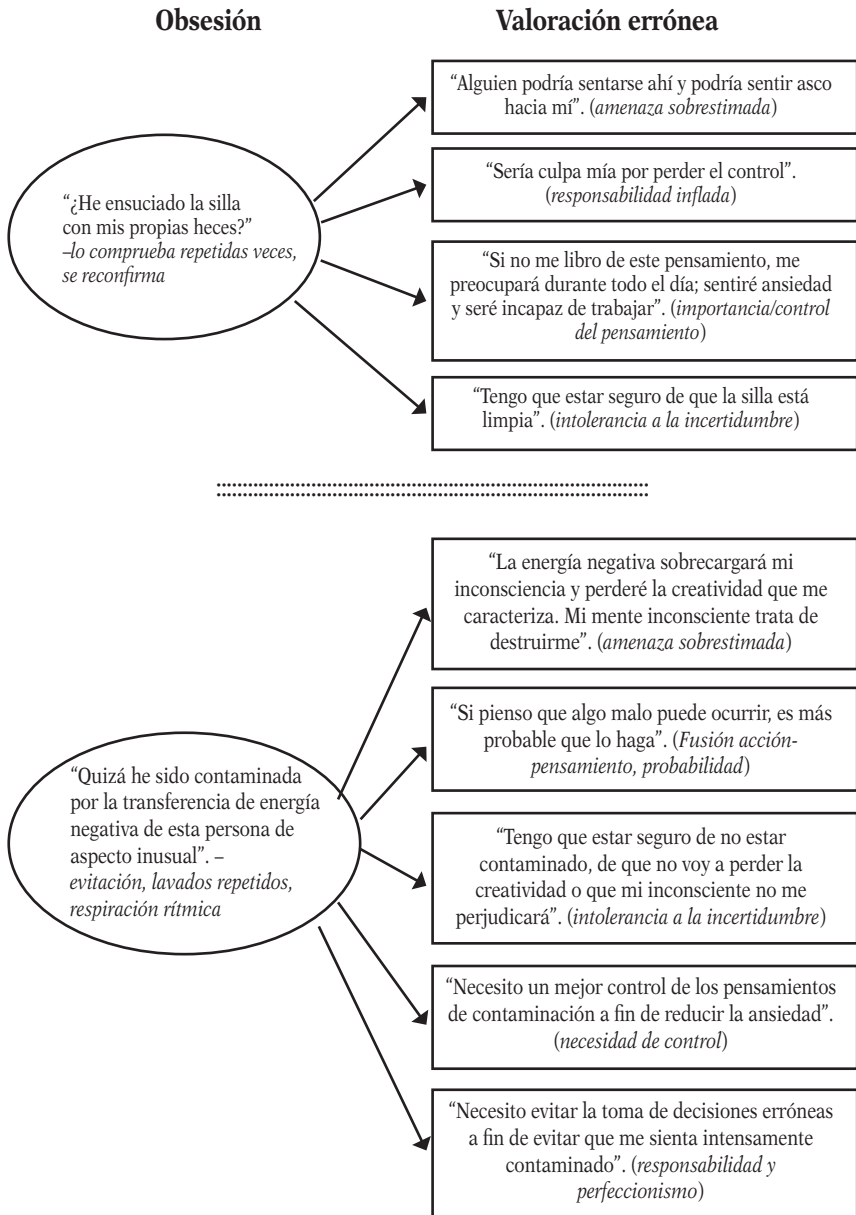
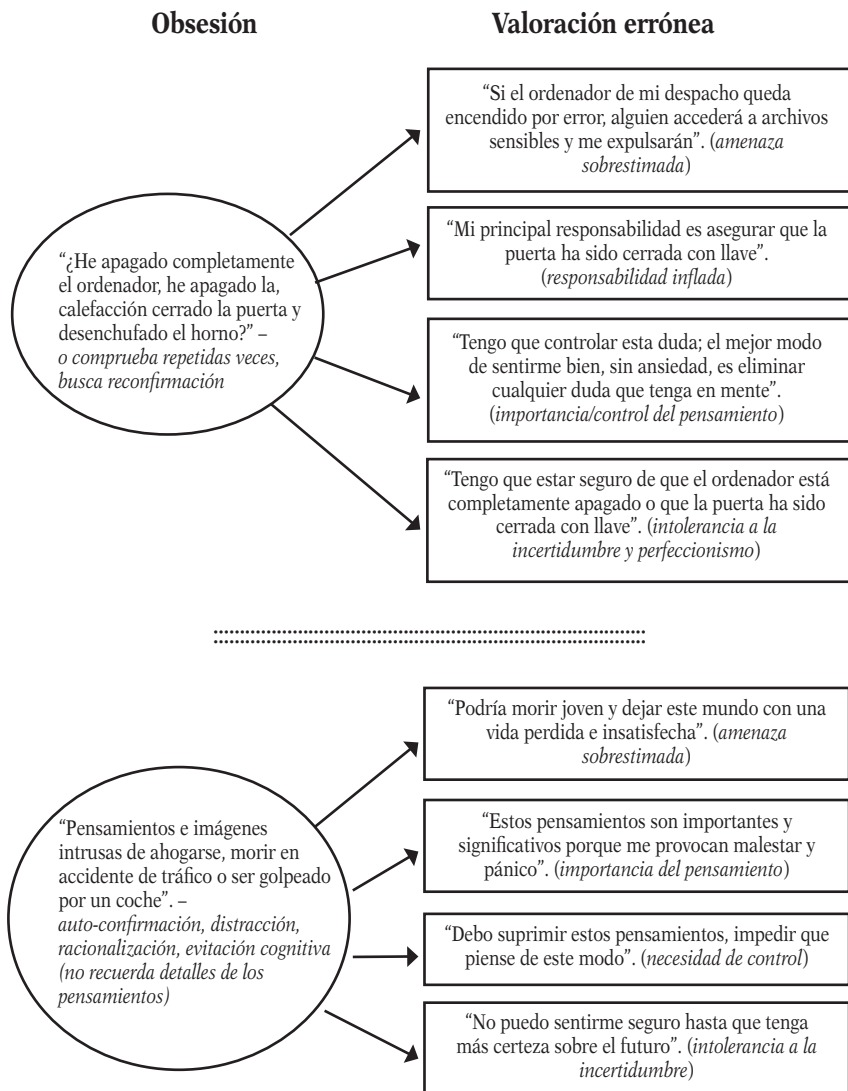


Figura 11.2. (cont.)

ducir la reducción inmediata de la ansiedad o de la angustia y una sensación elevada de control percibido mediante la desviación de la atención de la obsesión, a largo plazo las valoraciones de importancia y neutralización producirán un aumento de la saliencia y frecuencia de las obsesiones (Salkovskis, 1999). De este modo se establece un círculo vicioso que conduce a obsesiones cada vez más frecuentes, intensas y angustiosas. En la Figura 11.2 se presentan cuatro tipos de obsesiones clínicas (contaminación por contacto, contaminación mental, comprobación y obsesiones puras) que ilustran la función de las valoraciones erróneas en la persistencia de las obsesiones.

Procesos automáticos (Fase I)

La base cognitiva del TOC comienza con la aparición de un pensamiento, imagen o impulso intruso indeseado. O'Connor, Aardema y Péliissier (2005) señalan que la intrusión rara vez se produce en el vacío sino que debe entenderse en un contexto que puede conllevar un estado anímico particular, un recuerdo o algún acontecimiento presente. Además, en su modelo inferencial del TOC, O'Connor y sus colaboradores defienden que las obsesiones no se deben a las intrusiones sino que son una inferencia primaria contenida en una narrativa de las posibilidades imaginadas (véase también O'Connor, 2002; O'Connor & Robillard, 1999). En el modelo presente, un pensamiento o imagen intrusa e indeseada sería el estímulo para la respuesta inmediata de miedo. Algunas señales internas y externas particulares pueden aportar el contexto que elicitaba una intrusión indeseada, como la persona con miedo a la contaminación por contacto que, tras abrir la puerta de un baño público, se preocupa por si ha podido contraer una enfermedad mortal o la persona que, tras pasar por un bache en el camino, se preocupa de haber podido atropellar a un viandante. Con las experiencias repetidas del pensamiento intruso, se cebaría el modo de orientación que detecta automáticamente las apariciones del pensamiento intruso obsesivo. De este modo se espera que los individuos con propensión al TOC tengan pensamientos intrusos indeseados con más frecuencia y sean más hipervigilantes o estén más orientados hacia la detección de tales intrusiones en la corriente de la conciencia (p. ej., Wegner, 1994).

Esquemas (creencias) TOC

Durante muchos de los últimos años se ha avanzado considerablemente en la caracterización de la activación esquemática primaria en el TOC. Se han identificado algunos temas cognitivos que en conjunto constituyen el modo de activación primal de amenaza en el TOC. En la Tabla 11.2 se presentan las definiciones de seis dominios de creencias que, se cree, caracterizan al contenido esquemático del TOC.

Esta organización esquemática del TOC fue originalmente propuesta por el Grupo de Trabajo de las Cogniciones Obsesivo-Compulsivas (OCCWG, *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group*) (1997). Aunque los investigadores difieran en cuáles eran los dominios más críticos o específicos del trastorno, todos ellos coinciden en que, en conjunto, estas creencias captan el contenido esquemático

Tabla 11.2. Los seis dominios de creencias del trastorno obsesivo-compulsivo propuestos por el Grupo de Trabajo sobre las Cogniciones Obsesivo-Compulsivas

Dominio de creencia	Definición
Responsabilidad inflada	"... la creencia de que uno dispone del poder básico para producir o prevenir resultados negativos subjetivamente cruciales" (OCCWG, 1997, p. 677)
Importancia excesiva de los pensamientos	"... creencias relativas a que la mera presencia de un pensamiento indica que algo es importante" (OCCWG, 1997, p. 678)
Sobrestimación de la amenaza	"... la exageración de la probabilidad o gravedad del daño" (OCCWG, 1997, p. 678)
Importancia del control del pensamiento	"... la sobrevaluación de la importancia de ejercer un control absoluto sobre los pensamientos, imágenes e impulsos intrusos, y la creencia de que esto es posible y deseable" (OCCWG, 1997, p. 678)
Intolerancia a la incertidumbre	Creencias sobre la necesidad de estar en lo cierto, la incapacidad personal de afrontar los cambios imprevisibles y la dificultad para funcionar en situaciones ambiguas
Perfeccionismo	"... la tendencia a creer que existe una solución perfecta para cada problema, que hacer algo perfecto (es decir, sin errores) no sólo es posible sino necesario, y que incluso los pequeños errores tendrán consecuencias graves"

Nota. De D. A. Clark (2004, p. 112). Copyright 2004 de The Guilford Press. Reproducción autorizada.

predominante del TOC. Además, es muy probable que los subtipos de TOC difieran con respecto a los dominios esquemáticos más relevantes para conferir sentido maladaptativo a la intrusión. De hecho, las diferencias esquemáticas serán evidentes incluso entre individuos con preocupaciones obsesivas similares. Tal y como se comentará más adelante, existe un tremendo solapamiento entre estos dominios de creencias y las diferencias individuales con respecto a la intensidad con que las personas con TOC confían en estas creencias maladaptativas son muy importantes. Dada la heterogeneidad incluso a nivel esquemático, es fundamental que se elabore una conceptualización detallada de cada caso para poder comprender la naturaleza de la activación esquemática de cada paciente.

Errores de procesamiento cognitivo

En la mayoría de los casos de TOC la activación de esquemas maladaptativos conlleva alguna creencia relativa a que la intrusión representa un daño potencial significativo para uno mismo o para los demás de cuya prevención la persona es responsable, como se indica en el control mejorado sobre la obsesión y la reducción de la ansiedad o la angustia. La activación de estos esquemas nos llevará a otros procesos automáticos, de los cuales los más importantes son ciertos errores de procesamiento cognitivo. O'Connor y sus colaboradores han defendido que el principal error cognitivo en el TOC es el de *confusión inferencial*. Una *inferencia* es “una proposición plausible sobre un estado posible de acontecimientos, a la que se accede mediante el razonamiento pero que establece la premisa de un razonamiento deductivo/inductivo adicional” (O'Connor, Aardema & Pélissier, 2005, p. 115). Los procesos de falso razonamiento implicados en los estados obsesivos conducen a confundir una posibilidad imaginada (p. ej., pensamiento “¿He podido contraer una enfermedad mortal por rozarme con una persona sucia?”) con una realidad segura, de modo que la persona responde “como si” el miedo obsesivo fuera real (O'Connor & Robillard, 1999). O'Connor y sus colaboradores han identificado diversos errores de razonamiento inductivo que conducen a la construcción de una narrativa idiosincrásica de duda (es decir, preocupación obsesiva). Entre ellos se incluyen los errores de categorización,

confusión de sucesos comparables, uso selectivo de hechos ajenos al contexto, confianza en secuencias puramente imaginarias, inferencia invertida y desconfianza en la percepción normal (véase D. A. Clark & O'Connor, 2005; O'Connor, Aardema & Pélisser, 2005 para más información). Este razonamiento inductivo erróneo intensifica un estado de duda y confusión que, a su vez, puede elevar la naturaleza amenazante de la preocupación obsesiva.

Activación y angustia elevadas

El aumento de activación autónoma puede desempeñar un papel prominente en ciertos tipos de TOC como en el de la limpieza compulsiva donde la obsesión cuenta con fuertes elementos fóbicos. Otras formas de TOC, como lo es la comprobación compulsiva, pueden conllevar diferentes emociones negativas como la culpa (Rachman & Hodgson, 1980). De este modo, el grado de hiperactivación fisiológica asociado con la activación de los esquemas de miedo en el TOC puede variar de unos casos individuales a otros, aunque la activación autónoma (el elevado ritmo cardíaco) esté bien documentada para las situaciones de obsesiones provocadas (véase Rachman & Hodgson, 1980, para una revisión). En presencia de una elevada activación fisiológica, la persona TOC tiende a estar motivada para hallar el alivio de este estado negativo de modo similar a cualquier otro individuo con un trastorno de ansiedad. Además, la respuesta defensiva inmediata más obvia en el TOC es alguna forma de huida/evitación cognitiva o conductual. Los rituales compulsivos constituyen una respuesta de neutralización más compleja que requiere considerable procesamiento elaborativo y, por consiguiente, se localiza dentro de la fase secundaria del modelo. Por último, cualquier pensamiento o imagen automática que se produzca durante la respuesta inmediata de miedo reflejará probablemente las preocupaciones obsesivas del individuo de ese momento.

Procesos elaborativos secundarios (Fase II)

Dos son los procesos que se consideran críticos para la persistencia del TOC en la fase elaborativa de la ansiedad: (1) la valoración de la obsesión y de la propia capacidad de afrontamiento y (2) la ejecu-

ción de una respuesta de neutralización o ritual compulsivo a fin de reducir la ansiedad o prevenir el resultado temido que se anticipa. Las valoraciones erróneas presentadas en la Figura 11.2 ilustran las evaluaciones de la obsesión que se producen en la fase secundaria.

Valoraciones primarias de las obsesiones

Los procesos metacognitivos o el “pensamiento sobre el pensamiento” (Flavell, 1979), están particularmente vinculados con el TOC porque las valoraciones de los pensamientos, imágenes e impulsos obsesivos así como nuestra capacidad para controlarlos son procesos cognitivos claves responsables de la persistencia de la obsesión. Wells y Mathews (1994) presentaron un modelo metacognitivo del TOC en el que la importancia de los pensamientos intrusos y de la respuesta conductual ante ellos proporciona un marco de trabajo para la etiología y persistencia del TOC (véase también Wells, 1997, 2000). Son varios los procesos metacognitivos claves que se han implicado en la elaboración y persistencia del pensamiento obsesivo (véase también Tabla 11.2).

- *Responsabilidad inflada* – la importancia de un pensamiento se evalúa en términos de la influencia personal percibida que es capital para instigar o prevenir un resultado negativo subjetivamente crucial para uno mismo o para los demás (Salkovskis, 1999; p. ej., “Creo que he podido contraer gérmenes de cáncer, debo lavarme debidamente para no contagiarlo a los demás”).
- *Fusión del pensamiento-acción (FPA)* – interpretar la aparición misma de un pensamiento intruso como algo que aumenta la probabilidad de que se produzca el resultado temido (FPA – Probabilidad) o considerar que un pensamiento incómodo es moralmente equivalente a una acción prohibida (Rachman, 1993; Rachman & Shafran, 1998; p. ej., “Cuantos más pensamientos tengo de apuñalar a mis hijos cada vez que tengo un cuchillo entre las manos, más peligroso soy porque podría debilitarme y hacerlo”).
- *Estimación de la amenaza* – estimaciones exageradas de la probabilidad y gravedad del daño asociado con un pensamiento intruso (Carr, 1974; p. ej., “Tengo que comprobar si he dejado el horno encendido porque podría ocasionar un incendio”).

- *Importancia y control*– evaluar la importancia de los pensamientos en términos de su prioridad atencional y la importancia de ejercer un control efectivo sobre la intrusión (Thordarson & Shafran, 2002; Purdon & Clark, 2002; p. ej., “Si no logro controlar con más efectividad estos pensamientos agonizantes sobre la muerte, me voy a sentir agobiado por la ansiedad”).
- *Intolerancia a la incertidumbre*– la importancia de los pensamientos se evalúa en términos de su desviación de cierto resultado esperado (Sookman & Pinard, 2002; p. ej., “No estoy seguro de haber cerrado la puerta con llave, esto significa que mi pensamiento obsesivo podría tener cierta importancia”).
- *Perfeccionismo* – evaluar los pensamientos en términos de un criterio absoluto, completo o perfecto (Frost, Novarra & Rhéaume, 2002; p. ej., “Debo seguir comprobando este formulario hasta que haya eliminado toda duda sobre la posibilidad del más leve error”).

Según el modelo cognitivo los pensamientos intrusos indeseados que se valoran del modo arriba mencionado generarán una evaluación exagerada de su importancia personal y potencial para causar daño o peligro para uno mismo o los demás (Rachman, 2003). Esta falsa valoración elaborativa metacognitiva de la intrusión como una amenaza personalmente significativa se asocia con el aumento de ansiedad y angustia que conduce a una sensación de urgencia a encontrar el alivio de la angustia y a neutralizar el peligro imaginado.

Valoraciones secundarias de control

Además de estas valoraciones primarias de la obsesión, D. A. Clark (2004) propuso que los individuos con propensión a la obsesión ejecutan también una valoración secundaria de su capacidad para afrontar o controlar la obsesión. Los fracasos repetidos en el ejercicio del control efectivo del pensamiento obsesivo contribuirán también a aumentar la evaluación de la importancia y de la naturaleza amenazante de la obsesión así como a una mayor sensación de vulnerabilidad personal. Por consiguiente, tanto las valoraciones primarias de la obsesión como las valoraciones secundarias de los propios esfuerzos de control son procesos elaborativos importantes que contribuyen en la escalada del estado obsesivo.

Neutralización

En el TOC las respuestas cognitivas y conductuales que buscan reducir la angustia y neutralizar la obsesión son un rasgo importante de la fase elaborativa que contribuye a la persistencia del trastorno. Los individuos con TOC ponen en marcha una serie de estrategias de neutralización, incluyendo rituales compulsivos, que tratan de reducir la amenaza percibida y la ansiedad asociada así como establecer una sensación de seguridad mediante el cese de la obsesión. La neutralización, que a menudo incluye actividades encubiertas de control mental, como recitar para uno mismo una oración determinada, se dirige fundamentalmente a deshacer o corregir los efectos negativos percibidos de la obsesión (Rachman & Shafran, 1998). Incluso aunque el uso de los rituales compulsivos abiertos y encubiertos distingue a los sujetos TOC de los restantes grupos de comparación de ansiosos y no-ansiosos (Ladouceur, Freeston et al., 2000), los individuos propensos a la obsesión recurren con más frecuencia a una variedad de estrategias de control en respuesta a sus pensamientos y obsesiones intrusas indeseadas, entre las que se incluyen detener el pensamiento, racionalizar, distraerse, sustituir el pensamiento, auto-castigarse, reconfirmarse, solicitar reconfirmación de los demás, o, con menor frecuencia, no hacer nada (Freeston & Ladouceur, 1997a; Ladouceur, Freeston et al., 2000; Purdon & Rowa, 2002).

Dadas las valoraciones y creencias erróneas de amenaza, responsabilidad y control que caracterizan al TOC, es natural que la persona con obsesiones recurra a las compulsiones y a otras formas de neutralización en un esfuerzo desesperado por suprimir o prevenir la obsesión, reducir la angustia asociada, absolver la propia responsabilidad percibida e impedir un resultado negativo anticipado (Salkovskis, 1989; Salkovskis & Freeston, 2001). Aunque los esfuerzos de neutralización puedan ser satisfactorios para alcanzar estos objetivos a corto plazo, constituyen estrategias de afrontamiento maladaptativas que al fin contribuyen al aumento de la frecuencia, saliencia y atención destinada a la obsesión (Salkovskis, 1999). Los esfuerzos de control de la persona obsesiva son contraproducentes por:

- *La presencia de un sesgo de desconfirmación* – la persona cree erróneamente que la neutralización ha sido responsable de impedir el resultado temido o de reducir la ansiedad, frustrando así la exposición a cualquier evidencia que lo refute (Rachman, 1998, 2003).
- *Atención elevada*– a tenor de la teoría del proceso irónico de Wegner (1994), cualquier esfuerzo intencionado por controlar o suprimir un pensamiento indeseado aumentará la búsqueda atencional automática de las subsiguientes apariciones del pensamiento, de modo que la intrusión adquiera una mayor prioridad atencional.
- *Elevada responsabilidad personal*– el éxito temporal en el manejo de la intrusión elevará su importancia percibida y la responsabilidad de la persona para prevenir la amenaza anticipada (Salkovskis, 1989).
- *Excesivos esfuerzos de control y “reglas de detención” más ambiguas* – el éxito breve repetido en la eliminación de la preocupación obsesiva llevará al individuo a esfuerzos de control mayores y le costará más saber cuando “basta ya” (p. ej., “saber cuando he comprobado suficientes veces”; Salkovskis & Forrester, 2002).

Estado empírico del modelo cognitivo

Durante la última década hemos atestiguado una explosión de la investigación empírica que estudia diferentes facetas del modelo TCC de las obsesiones y compulsiones. Sobrepassa al alcance de este capítulo presentar una revisión de esta enorme cantidad de literatura pero se recomienda al lector interesado que recurra a varias de las revisiones críticas ampliadas que se han publicado en años recientes (véase C. A. Clark, 2004; Frost & Steketee, 2002; Julián, O'Connor & Aardema, 2007; Rachman et al., 2006; Shafran, 2005; Taylor et al., 2007). A continuación se examinará el respaldo empírico que reciben las cinco hipótesis del modelo cognitivo.

Hipótesis 1

Los pensamientos, imágenes e impulsos intrusos indeseados relacionados con las preocupaciones obsesivas de los individuos con TOC serán más frecuentes e intensos que los pensamientos intrusos indeseados con similar contenido obsesivo que les ocurren a los individuos sin TOC.

Numerosos estudios han administrado cuestionarios de auto-informe o listados de entrevista y han observado que la gran mayoría de los individuos no-clínicos experimentan, por lo menos de forma ocasional, pensamientos, imágenes o impulsos intrusos indeseados que son de contenido similar a las obsesiones clínicas (p. ej., Freeston, Thibodeau & Gagnon, 1991; Parkinson & Rachman, 1981a; Purdon & Clark, 1993; Rachman & de Silva, 1978; para revisiones, véanse Clark & Rhyno; Julien et al., 2007). Este hallazgo ha sido replicado en países diferentes a los de América del Norte, como Corea (Lee & Kwon, 2003), España (Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo & Carrió, 2004b), Italia (Clark, Radomsky, Sica & Simos, 2005) y Turquía (Latín, Clark & Karanci, 2007).

Existen algunas pruebas preliminares indicativas de que los cuestionarios pueden subestimar realmente la frecuencia de los pensamientos intrusos relevantes a la obsesión en las muestras no-clínicas cuando se emplean entrevistas más abiertas (D. A. Clark et al., 2005). Aunque la continuidad entre el contenido del pensamiento intruso clínico y no-clínico ha sido puesta a prueba en un análisis de contenidos dirigido por Rassin y Muris (2006), sigue siendo considerable el respaldo de la idea de la universalidad de los pensamientos intrusos relevantes a la obsesión. Como se esperaba, los estudios que comparan a los individuos con TOC y a muestras no-clínicas han hallado que los individuos no-clínicos presentan intrusiones significativamente menos frecuentes, angustiosas, inaceptables e incontrolables que sus equivalentes clínicos (p. ej., Calamari & Janeck, 1997; Rachman & de Silva, 1978; Morillo et al., 2007). Como se preveía, la frecuencia, la angustia y la falta de control de las intrusiones correlacionan más con las medidas de los síntomas TOC, pero también se han hallado correlaciones moderadas con la ansiedad general, la preocupación y la depresión (véanse revisiones de D. A. Clark & Rhyno,

2005; Julien et al., 2007). Un reciente experimento de procesamiento de información que medía el tiempo de reacción en una tarea de reconocimiento de palabras, revelaba que los individuos con TOC mostraban mayor facilitación (es decir, codificación) y una inhibición más débil al procesar estímulos amenazantes y neutros (Bañón, Gonsalvez & Croft, 2008). Los autores defendían que la combinación de una intensa codificación y una débil inhibición podrían perpetuar la obsesionabilidad haciendo vulnerables a los individuos más responsivos a los pensamientos intrusos pseudo-obsesivos y las conductas compulsivas. Por consiguiente, en general son considerables las pruebas empíricas que confirman la Hipótesis 1. Incluso aunque los individuos no-clínicos presenten intrusiones mentales con contenido similar a las obsesiones, quienes presentan TOC sufren pensamientos, imágenes e impulsos intrusos indeseados más frecuentes y podrían estar cognitivamente dispuestos a procesar de forma más intensa tales estímulos internos.

Hipótesis 2

Los individuos con TOC se adherirán más significativamente a las creencias maladaptativas relativas a la responsabilidad personal, al exceso de importancia de los pensamientos, a la amenaza sobrestimada, a la necesidad de controlar los pensamientos, a la intolerancia a la incertidumbre y al perfeccionismo que los individuos sin TOC.

Se han creado varias medidas de auto-informe de creencias TOC como (1) la Escala de Actitudes de Responsabilidad (RAS, *Responsibility Attitudes Scale*) para evaluar las creencias generales sobre responsabilidad y el Cuestionario de Interpretaciones de Responsabilidad (RIQ, *Responsibility Interpretations Scale*) para medir las valoraciones de responsabilidad (Salkovskis et al., 2000); (2) la Escala de Fusión Pensamiento-Acción (TAF, *Thought-Action Fusion Scale*) para valorar las valoraciones y creencias relativas a que los pensamientos angustiosos pueden aumentar la probabilidad de ciertos resultados negativos (TAF-Probabilidad) y de que los malos pensamientos son moralmente equivalentes a los hechos indebidos (TAF-Moralidad; Shafran, Thordarson & Rachman, 1996; una copia de la escala puede

encontrarse en Rachman, 2003); (3) el Cuestionario de Creencias Meta-Cognitivas para medir las creencias sobre la importancia y control de los pensamientos intrusos (D.A. Clark et al., 2003) y (4) el Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ, *Obsessive Beliefs Questionnaire*; OCCWG, 2003, 2005) que evalúa los seis dominios de creencias del TOC propuestos por este grupo de investigación (OCCWG, 1997). El OBQ se ha demostrado como la medida de auto-informe con las propiedades psicométricas más firmes para la evaluación del contenido de la creencia relevante al TOC. Una copia del OBQ y el Inventario de Interpretación de las Instrucciones pueden encontrarse en Frost y Steketee (2002).

A tenor de los resultados obtenidos a partir de estudios realizados con ayuda de estos cuestionarios pueden obtener algunas conclusiones provisionales. En general, los individuos con TOC confirman las creencias del OCCWG (véase Tabla 11.2), del TAF y de la responsabilidad significativamente más que los grupos de comparación ansiosos no-obsesivos y no-clínicos, y existe una estrecha asociación entre estos constructos esquemáticos y las medidas de síntomas TOC (p. ej., Abramowitz, Whiteside, Lynam & Kalsy, 2003b; Amir, Freshman, Ramsey, Neary & Brigidi, 2001; OCCWG, 2001, 2003; Sica et al., 2004; Steketee et al., 1998; Tolin et al., 2006). Además, las intervenciones cognitivas que directamente consideran el cambio de las creencias producen reducciones significativas en la ansiedad y en otros síntomas que son relevantes para los pacientes TOC (p. ej., Fisher & Wells, 2005; Rhéaume & Ladouceur, 2000; Wilson & Chambless, 2005).

Sin embargo, es visible que algunos de los dominios de creencias como el TAF-Probabilidad e importancia/ control de pensamientos puede ser más específico del TOC que de otras creencias como la estimación de la amenaza o la responsabilidad inflada (p. ej., Myers & Wells, 2005; Tolin et al., 2006). La mayoría de las medidas de creencias presentan correlaciones altas con la ansiedad generalizada, la preocupación e incluso con la depresión (p. ej., Hazlett-Stevens, Zucker & Craske, 2002; OCCWG, 2001, 2003) y se ha cuestionado el carácter distintivo de los dominios de creencias (OCCWG, 2003, 2005). En este mismo orden, algunas de las creencias pueden ser más

relevantes que otras para ciertos subtipos TOC (Julien et al., 2006) y puede haber una cantidad significativa de pacientes TOC que no ratifiquen estas creencias disfuncionales (Calamari et al., 2006; Taylor et al., 2006). Las creencias de responsabilidad inflada e intolerancia a la incertidumbre pueden ser más relevantes para la comprobación compulsiva que para otros tipos TOC (Foa, Sacks, Tolin, Prezworski & Amir, 2002; Tolin et al., 2003). Por último, es visible que la confirmación de las creencias relevantes al TOC declina significativamente con la buena respuesta a la TCC o a la exposición y prevención de respuesta (EPR) (Emmelkamp, van Oppen & van Balkom, 2002; O'Connor, Todorov, Robillard, Borgeat & Brault, 1999; Whittal, Thor-darson & Malean, 2005).

Si se activan los esquemas de la amenaza sobrestimada, la responsabilidad inflada, la importancia/control de pensamientos, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre y TAF en el TOC, debería ser visible un sesgo de procesamiento de información. A este respecto Radomsky y Rachman (1999) hallaron una memoria aumentada por los objetos contaminados (amenaza) en pacientes TOC y en un estudio posterior Radomsky et al., (2001) determinaron que este efecto estaba mediado por la presencia de una alta responsabilidad percibida. Muller y Roberts (2005) concluían en su revisión que muchos estudios TOC han demostrado el sesgo atencional selectivo hacia la amenaza, especialmente para la información relevante a las principales preocupaciones TOC del paciente. Por consiguiente, de manera global los estudios de cuestionario y de procesamiento de información confirman la teoría cognitiva de la activación esquemática de la amenaza en el TOC pero la caracterización específica de esta activación sigue siendo objeto de debate.

Hipótesis 3

Los individuos con TOC son significativamente más propensos a realizar valoraciones exageradas de que las intrusiones mentales relacionadas con la obsesión constituyen amenazas personales muy importantes, mientras que los individuos sin TOC son más propensos a interpretar sus intrusiones con contenido cuasi-obsesivo como insignificantes o benignas.

Los cuestionarios como el Inventario de Interpretación de Intrusiones (III, *Interpretation of Intrusions Inventory*; OOCWG, 2001) o el Inventario Revisado de Intrusiones Obsesivas (ROII, *Revised Obsessional Intrusions Inventory*; Purdon & Clark, 1993, 1994a) fueron creados para evaluar las valoraciones de los pensamientos intrusos indeseados. Las puntuaciones asignadas a los escenarios hipotéticos también han sido usadas para evaluar las valoraciones relevantes al TOC (p. ej., Forrester, Wilson & Salkovskis, 2002; Menzies, Harris, Cumming & Einstein, 2000). Tal y como prevé el modelo cognitivo, los individuos con TOC son más propensos a valorar sus obsesiones en términos de amenaza (o angustia) sobrestimada, de responsabilidad personal y de importancia/control (o falta de control percibido) en comparación con los individuos no-clínicos o cuando se comparan las intrusiones menos molestas del paciente (Calamari & Janeck, 1997; Morillo et al., 2007; OCCWG, 2001, 2003; Rachman & de Silva, 1978; Rowa et al., 2005).

Algunas de las valoraciones erróneas, como la de la amenaza sobrestimada, la responsabilidad inflada, TAF y/o la importancia (o esfuerzo) del control, se asocian significativamente con la frecuencia de los pensamientos obsesivo-compulsivos, con la ansiedad o angustia y/o con el elevado nivel de síntomas OC (p. ej., Belloch, Morillo, Lucero et al., 2004; Clark, Purdon & Byers, 2000; Freeston et al., 1991; Menzies et al., 2000; Purdon & Clark, 1994b; Rowa & Purdon, 2003). Sin embargo, Lee y Kwon (2003) hallaron que las valoraciones de importancia y control eran más relevantes para las intrusiones de naturaleza autógena (aparición espontánea sin estímulo identificable), mientras que las valoraciones de responsabilidad eran más relevantes para las intrusiones reactivas (las evocadas por un estímulo externo). Forrester et al. (2002) hallaron que la provisión de una intrusión de pensamiento doloroso en escenarios hipotéticamente relevantes a las OC aumentaba significativamente los índices de ansiedad y angustia así como las valoraciones de responsabilidad y TAF-Probabilidad en muestras no-clínicas y muestras TOC. Una mayor tendencia a reflexionar sobre los propios procesos cognitivos, denominada *auto-conciencia cognitiva*, caracteriza al TOC y puede ser un proceso metacognitivo que contribuye a un aumento en la tendencia a valorar negativamente los pensamientos intrusos en los

estados obsesivos (Cohen & Calamari, 2004; Janeck, Calamari, Riemann & Heffelfinger, 2003). En general estos estudios respaldan la tercera hipótesis, que defiende la estrecha asociación entre el modo en que se valora un pensamiento intruso (es decir, el sentido de la intrusión) y la experiencia subjetiva que tiene la persona del pensamiento indeseado.

A fin de validar el modelo cognitivo, es importante demostrar las relaciones causa-efecto existentes entre las falsas valoraciones y varios parámetros de pensamientos u obsesiones intrusas indeseadas. Diversos estudios experimentales han demostrado que la manipulación de la responsabilidad o del TAF causa el aumento previsto en la frecuencia y angustia de las intrusiones u otras formas de pensamiento negativo así como una mayor tendencia a iniciar la neutralización como la comprobación. Por ejemplo, individuos asignados al azar a una condición de alta responsabilidad experimentan más ansiedad, mayores consecuencias negativas percibidas, aumento de duda y más conductas de comprobación o urgencia a neutralizarlas que los individuos de la condición de baja responsabilidad (Bouchard, Rhéaume & Ladouceur, 1999; Ladouceur et al., 1995; Manzini, D'Olimpio & Cieri, 2004; Shafran, 1997). Sin embargo, también se han encontrado efectos más débiles, atribuyendo la principal diferencia a una reducción de la responsabilidad (Lopatka & Rachman, 1995). En un experimento que conllevaba el feedback de un falso EEG, los individuos no-clínicos que fueron asignados al azar a una condición de alta TAF-Probabilidad revelaban más intrusiones, incomodidad y resistencia que los demás participantes de la condición de control (Rassin et al., 1999). Aunque estos resultados sean coherentes con la perspectiva cognitiva de que las falsas valoraciones contribuyen a la transformación de una intrusión normal en una obsesión, esta investigación también presenta limitaciones. Se han producido muchas incoherencias entre los diferentes estudios, se ha destinado mucha atención a la responsabilidad inflada lo que ha conllevado la exclusión de otros dominios de valoración y la mayoría no logra controlar la angustia general, que podría explicar los efectos observados (Julien et al., 2007).

Hipótesis 4

Los individuos con TOC son significativamente más propensos a proceder mediante la neutralización y otras estrategias de control mental en respuesta a las intrusiones mentales relevantes para la obsesión y esto aumentará la frecuencia y la angustia de la obsesión.

Según el modelo cognitivo, los esfuerzos por neutralizar o controlar de algún modo la aparición y la angustia de las intrusiones obsesivas contribuye a la persistencia del pensamiento obsesivo. Los individuos con TOC son más tendentes a participar en más rituales compulsivos, neutralización y estrategias maladaptativas de control de pensamiento en respuesta a intrusiones obsesivas que los individuos no-clínicos, pero lo hacen con menor efectividad percibida (Amir, Cashman & Foa, 1997; Freeston & Ladouceur, 1997a; Morillo et al., 2007; Rachman & de Silva, 1978; Wroe, Salkovskis & Richards, 2000). Sin embargo, la confianza en tales estrategias infectivas de respuesta puede reducirse con el tratamiento (Abramowitz, Whiteside, Kalsy & Tolin, 2003a). Los efectos negativos de la neutralización han sido demostrados en un estudio con un diario de 3 días en el que se observó que los individuos con TOC participaban con mucha frecuencia en la supresión y neutralización de su obsesión y que estos esfuerzos se asocian con el aumento de malestar, la limitación del éxito percibido y las falsas valoraciones de control de pensamiento, importancia y responsabilidad (Purdon, Rowa & Antony, 2007).

Los estudios que conllevan la manipulación experimental de la neutralización indican que presenta las mismas características funcionales que las compulsiones abiertas, tal y como se evidencia a través de la inmediata reducción en la ansiedad y amenaza percibidas, pero con un aumento a largo plazo de la angustia y la urgencia a neutralizar (Rachman, Shafran, Mitchell, Trant & Teachman, 1996; Salkovskis, Thorpe, Wahl, Wroe & Forrester, 2003; Salkovskis, Westbrook, Davis, Jeavons & Gledhill, 1997). Además, los estudios de correlación indican que ciertas estrategias maladaptativas de control del pensamiento como el auto-castigo y la preocupación pueden tener una relación particularmente estrecha con las valoraciones y

creencias relevantes a las OC así como a los síntomas TOC (Larsen et al., 2006; Moore & Abramowitz, 2007).

Los experimentos de supresión del pensamiento indican que los individuos con TOC pueden no ser tan efectivos en el uso de la supresión para prevenir la aparición de intrusiones mentales indeseadas en comparación con los individuos no-clínicos (Janeck & Calamari, 1999; Tolin et al., 2002). Sin embargo, los estudios no coinciden con respecto a las consecuencias negativas de la supresión. Algunos estudios no lograron encontrar ninguna prueba de aumento inmediato o de rebote cuando las muestras TOC suprimían su obsesión primaria (Janeck & Calamari, 1999; Purdon et al., 2005), mientras que Tolin et al. (2002) observaron un efecto de aumento inmediato cuando los individuos con TOC suprimían un pensamiento neutral (es decir, osos blancos). A tenor de este hallazgo los autores sugieren que el TOC podría caracterizarse por un déficit inhibitorio general.

La supresión de las intrusiones obsesivas indeseadas en muestras no-clínicas tampoco ha logrado producir el aumento esperado o resurgencia de los pensamientos indeseados una vez que cesan los esfuerzos de supresión, aunque la supresión pueda resultar en niveles más sostenidos de aparición del pensamiento diana indeseado en el período posterior a la supresión (Belloch, Morillo & Giménez, 2004; Hardy & Brewin, 2005; Purdon, 2001 & Clark, 2001). Adicionalmente, el fracaso en las supresiones completas de las intrusiones diana indeseadas puede tener efectos directos o indirectos en el nivel de angustia asociado con la reaparición de la intrusión mental indeseada (Janeck & Calamari, 1999; Purdon & Clark, 2001; Purdon et al., 2005). Independientemente de los procesos exactos implicados, los hallazgos globales derivados de los auto-informes, diarios y estudios experimentales son coherentes con la Hipótesis 4 que defiende que la neutralización desempeña una función importante en la persistencia de los síntomas obsesivos con efectos particulares en la amplificación de la angustia y la malinterpretación de las intrusiones.

Hipótesis 5

Los individuos con TOC son significativamente más propensos a malinterpretar su fracaso en el control de las intrusiones obsesivas como amenaza altamente significativa, mientras que los individuos sin TOC muestran una mayor disposición a aceptar el fracaso del control mental.

La investigación experimental reciente sobre la supresión de los pensamientos intrusos indeseados tanto en muestras clínicas como no-clínicas indica que la malinterpretación exagerada de la importancia del fracaso en el control podría ser un elemento contribuyente importante a la patogénesis de las obsesiones. En un reanálisis de su experimento sobre la supresión del pensamiento, Tolin y sus colaboradores hallaron que los individuos con TOC revelaban más atribuciones internas sobre sus fracasos en la supresión del pensamiento que los controles no-ansiosos (Tolin et al., 2002b). Purdon et al. (2005) comprobaron también que la malinterpretación de los errores de pensamiento en un experimento de supresión del mismo era el predictor más importante de la angustia relativa a las intrusiones y del estado anímico negativo. En un experimento inicial de supresión de pensamiento no-clínico, las valoraciones exageradas de la importancia de los fracasos en el control del pensamiento se asoció con un estado de ánimo más negativo (Purdon, 2001). Además, los individuos que revelaban una mayor necesidad de control mostraban mayores esfuerzos de supresión del pensamiento en el experimento. Asimismo, Magee y Teachman (2007) observaron que las atribuciones maladaptativas de auto-inculpación e importancia del control de los pensamientos predecían la angustia y la recurrencia de los pensamientos indeseados en un experimento de supresión del pensamiento. En un reciente experimento de destitución del pensamiento que comparaba a pacientes que sufrían TOC con pacientes con trastorno de angustia, el grupo TOC presentaba mayor dificultad para destituir su obsesión primaria que los pacientes con angustia su pensamiento ansioso relacionado con la angustia (Purdon, Gifford & Antony, 2007). En este mismo orden, el grupo TOC interpretaba sus fracasos en el control del pensamiento de forma más negativa que el grupo de trastorno de angustia, pero las valoraciones negativas del fracaso en

el control del pensamiento predecían una mayor dificultad en la destitución del pensamiento diana y un estado anímico más negativo en ambos grupos. Los autores concluían que los esfuerzos intencionados por suprimir los pensamientos indeseados no son aconsejables porque el fracaso en el control se valorará negativamente y esto puede generar reducciones adicionales en el control mental y aumento del ánimo negativo. En conjunto estos hallazgos son coherentes con la Hipótesis 5 que defiende la contribución de las valoraciones erróneas del control mental fallido al aumento de la saliencia de la obsesión para los individuos con TOC.

Vulnerabilidad cognitiva para el TOC

La teoría y la investigación sobre vulnerabilidad cognitiva para el TOC han quedado muy rezagadas en relación al desarrollo del modelo descriptivo y del tratamiento cognitivo para las obsesiones y compulsiones. Se han descrito múltiples vías de posible vulnerabilidad (véase Rachman et al., 2006, para más información). Salkovskis y colaboradores han defendido que las creencias de responsabilidad inflada podrían constituir una vulnerabilidad sostenida en la etiología de las obsesiones (Salkovskis et al., 1999). Estos autores sospechaban que cinco vías diferentes de aprendizaje evolutivo podrían derivar en la adopción de presunciones generales de responsabilidad inflada. Un incidente crítico que conlleva una culpabilidad real o percibida (es decir, responsabilidad personal) por causar daño podría interactuar con la historia de aprendizaje previo para intensificar una sensación inflada de responsabilidad personal. Una sensación generalizada preexistente de responsabilidad inflada podría llevar al individuo a las malinterpretaciones de ciertos pensamientos intrusos, especialmente si se asocian con un incidente crítico de daño percibido (véase Shafran, 2005).

También se han propuesto otros constructos cognitivos como posibles factores de vulnerabilidad en el TOC. Rachman (2003) defendía que las creencias TAF o la disposición a interpretar los propios pensamientos cargados de valores como altamente significativos pueden aumentar la vulnerabilidad a las obsesiones. La auto-conciencia cognitiva alta también ha sido propuesta como una posible vulnerabili-

dad cognitiva para las obsesiones (Janeck et al., 2003) y se considera que los seis dominios de creencias sugeridos por el OCCWG son constructos resistentes que podrían predisponer al TOC (OCCWG, 1997). Sookman, Pinard y Beck (2001) han descrito un modelo de vulnerabilidad cognitiva del TOC que consiste en creencias sostenidas sobre la vulnerabilidad personal, la imprevisibilidad, el afecto intenso y la necesidad de control. En su modelo de control cognitivo de las obsesiones, D. A. Clark (2004) sugería que la alta afectividad de rasgo negativo, una auto-evaluación ambivalente y las creencias metacognitivas preexistentes sobre la importancia y control de los pensamientos podrían estar en la base de la vulnerabilidad para las obsesiones. Por último, Doron y Kyrios (2005) han propuesto una perspectiva muy interesante en la que la vulnerabilidad al TOC se contempla en términos de estructuras cognitivo-afectivas que conllevan una representación interna del self que se limita a unos pocos dominios “sensibles” del self, así como una representación del mundo como peligroso pero controlable. Las intrusiones de pensamientos, que representan los errores en estos dominios del self muy valorados o sensibles (p. ej., moralidad, merecimiento, aceptación de los demás), serán interpretadas como muy significativas porque conllevan una amenaza para el auto-merecimiento del individuo. Los autores atribuyen los orígenes de estas representaciones cognitivo-afectivas del self y del mundo a ciertas experiencias tempranas evolutivas y de apego. Doron y Kyrios advertían conexiones entre su conceptualización y el punto de vista de Bhar y Kyrios (2000) de que una sensación ambivalente del self (es decir, grado de incertidumbre sobre el propio auto-merecimiento) podría ser un factor de vulnerabilidad al TOC.

Hasta hace muy poco tiempo no ha existido prácticamente ninguna investigación prospectiva sobre los factores cognitivos en el TOC y, por consiguiente, el respaldo empírico relativo a la vulnerabilidad cognitiva ha sido inexistente. Afortunadamente, han comenzado a publicarse algunos pocos estudios que contemplan este lapso crítico de la literatura cognitiva en el TOC. En un estudio prospectivo de 3 meses realizado con 85 padres y madres recientes, las creencias relevantes a las obsesiones y compulsiones, evaluadas en el Tiempo 1 (es decir, prenatal) constituían un elemento predictor significativo del TOC subclínico posparto pero no de la sintomatología depresiva o

ansiosa. Además, la mayoría de los progenitores revelaba pensamientos intrusos angustiosos de agresión hacia su criatura y utilizaba diversas estrategias de neutralización en respuesta a las intrusiones (Abramowitz et al., 2006). En un estudio prospectivo de 6 semanas con 277 estudiantes universitarios, Coles y Horng (2006) hallaron que el Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ, *Obsessive Beliefs Questionnaire*) y la cifra de acontecimientos vitales negativos del Tiempo 1 predecían, de forma independiente, los síntomas TOC del Tiempo 2 tal y como se determinaban mediante la puntuación total del Inventario Obsesivo Compulsivo. Sin embargo, en un estudio más reciente que conllevaba un seguimiento de 6 meses de una muestra de estudiantes universitarios, la réplica de los resultados anteriores fue débil y no se encontró evidencia de la interacción diátesis-estrés entre las creencias OC y los acontecimientos vitales negativos (Coles et al., 2008).

Aunque no dispongamos de estudios prospectivos que hayan investigado si ciertos conceptos de auto-estructura pueden constituir una vulnerabilidad sostenida al TOC, existen algunos hallazgos relevantes sobre este particular. Bhar y Kyrios (2007) encontraron que el auto-merrecimiento ambivalente (es decir, incertidumbre sobre el propio valor) se asociaba significativamente con los síntomas OC y las creencias sobre control, importancia y responsabilidad auto-reveladas. Sin embargo, tanto los grupos TOC como los grupos ansiosos no-obsesivos presentaban puntuaciones significativamente más altas que el grupo control de estudiantes en la ambivalencia del auto-merrecimiento. En un estudio diferente basado exclusivamente en una muestra no-clínica Doron, Kyrios y Moulding (2007) revelaban que la sensibilidad relativa al auto-merrecimiento tanto en el dominio de moralidad como el de competencia laboral se relacionaban con niveles más altos de síntomas OC. Dos estudios hallaron que tanto los individuos TOC como los controles no-clínicos valoraban que su pensamiento intruso más molesto tenía más sentido y contradecía aspectos importantes y valiosos del self en mayor medida que los pensamientos menos molestos (Rowa & Purdon, 2003; Rowa et al., 2005). Dada la importancia atribuida a las preocupaciones sobre uno mismo, sin duda estas intrusiones molestas se asociaban con valoraciones de control e importancia del pensamiento. De modo similar

Ferrier y Brewin (2005) hallaron que los individuos con TOC generaban más auto-inferencias negativas a partir de sus pensamientos intrusos que el grupo de ansiosos no-obsesivos y su “self temido” contenía más atributos de rasgo inmoral y malo. Aunque sólo de manera provisional por el momento, estos estudios indican que las preocupaciones sobre el auto-merrecimiento pueden desempeñar un papel importante en el modo en que los individuos evalúan el sentido de sus pensamientos intrusos y, por consiguiente, podría ser una vía fructífera para examinar la vulnerabilidad al TOC.

Evaluación cognitiva y formulación de caso

Diagnóstico y medidas de síntomas

Para efectuar la evaluación diagnóstica del TOC se pueden emplear tanto el SCID-IV (First et al., 1997) como el ADIS-IV (Brown, Di Nardo & Barlow, 1994). El ADIS-IV es más recomendable porque la versión global ha logrado una fiabilidad inter-evaluadores excelente para el TOC ($\kappa = .85$; Brown et al., 2001) y proporciona una evaluación de síntomas más completa preguntando por el contenido específico de las obsesiones y compulsiones, su gravedad, grado de insight, resistencia y patrones de evitación. La desventaja que plantea el ADIS-IV es la duración de la entrevista (2-4 horas) para los pacientes TOC (Taylor, 1998; Summerfeldt & Antony, 2002).

Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS)

La Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS, *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*) es una escala de valoración de entrevista semiestructurada que evalúa la gravedad de las obsesiones y compulsiones independientemente del tipo (contenido) o cantidad de síntomas (Goodman et al., 1989a, 1989b). Se emplea de forma habitual para evaluar la efectividad de tratamientos farmacológicos y conductuales para el TOC y se ha convertido en el “estándar de oro” para la evaluación de la gravedad de los síntomas OC en los estudios de resultados. Tras indicar sus obsesiones y compulsiones pasadas y presentes en un listado de 64 ítems, se pregunta al paciente en rela-

ción a cinco aspectos de la expresión de síntomas, usando una escala Likert para registrar la gravedad de cada rasgo del síntoma. Se genera una puntuación de gravedad diferente para las obsesiones (suma de ítems 1-5) y para las compulsiones (suma de ítems 6-10) sobre la base de las mismas cinco características de los síntomas diana (1) duración/frecuencia, (2) interferencia en el funcionamiento social o laboral, (3) angustia asociada, (4) grado de resistencia y (5) falta de control percibido sobre la obsesión o compulsión. La suma de los 10 ítems proporciona una puntuación de gravedad total.

Diversos estudios han analizado las propiedades psicométricas del Y-BOCS y se han publicado varias revisiones de dicha literatura (véanse D. A. Clark, 2004; Feske & Chambless, 2000; Grabill et al., 2008; St. Clare, 2003; Taylor, 1995b, 1998). La puntuación total del Y-BOCS presenta una excelente fiabilidad inter-evaluadores, una buena consistencia interna y fiabilidad temporal. En general presenta una buena validez convergente con otras medidas de síntomas TOC pero la validez discriminante es menor dada su moderada correlación con las medidas de ansiedad y depresión. Los individuos con TOC obtienen puntuaciones significativamente más altas en la puntuación total Y-BOCS que los pacientes no-obsesivos y que los grupos de comparación no-clínicos. La puntuación de corte de 16 en la puntuación total Y-BOCS produce una buena sensibilidad pero baja especificidad (Steketee, Frost & Bogart, 1996; véase también Baer, 2000) y las puntuaciones posteriores al tratamiento normalmente se reducen entre un 40 y un 50% en los individuos (p. ej., Abramowitz et al., 2003; Goodman et al., 1989b). Hay disponible una versión de auto-informe del Y-BOCS que correlaciona altamente con el formato de entrevista, aunque Grabill et al. (2007) advierten que podría sobreidentificar el TOC a consecuencia de la baja especificidad (véase Baer, 2000, para una copia). Sin embargo, algunas debilidades son aparentes como, por ejemplo, la escasa validez de los ítems de resistencia y control, la falta de respaldo factorial para las dos subescalas de gravedad de las obsesiones y de las compulsiones y la omisión de una valoración de la evitación en la puntuación estándar de gravedad (Amir, Foa & Coles, 1997; Deacon & Abramowitz, 2005; Woody, Steketee & Chambless, 1995). Una copia del Y-BOCS ha sido reproducida en Antony (2001b).

Inventario Obsesivo Compulsivo de Clark-Beck

El Inventario Obsesivo Compulsivo de Clark-Beck (CBOCI, *Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory*) es un cuestionario de auto-informe de 25 ítems de los cuales 14 evalúan las características diagnósticas y de contenido de las obsesiones y los 11 restantes evalúan las compulsiones (D.A. Clark & Beck, 2002; D.A. Clark, Antony, Beck, Swinson & Steer, 2005). Se ha elaborado un detector para el TOC con una estructura y formato de respuesta idéntico al BDI-II. Los ítems del CBOCI se puntúan de 0 a 3, y cada ítem dispone de cuatro afirmaciones posibles de respuesta. La medida fue diseñada para cubrir los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TOC así como varios síntomas cognitivos adicionales. Pueden obtenerse las subescalas de obsesión y compulsión y también la puntuación total.

Dada la reciente creación del CBOCI, son aún limitadas las investigaciones relativas a sus propiedades psicométricas. El estudio original de validación reveló que las obsesiones, compulsiones y puntuación total presentaban una alta fiabilidad interna, validez factorial y una convergencia entre moderada y fuerte con otras medidas de síntomas TOC como el Y-BOCS (D. A. Clark, Antony et al., 2005). Además, la validez de criterio es muy fuerte, y los pacientes TOC obtienen puntuaciones significativamente superiores a los grupos de comparación ansiosos no-obsesivos, depresivos y grupos no-clínicos en las tres escalas¹. De manera similar a todas las medidas de síntomas TOC, el CBOCI presenta una menor validez discriminante como se observa en sus moderadas correlaciones con las medidas de ansiedad y depresión. La sensibilidad al tratamiento de la medida no ha sido investigada aún y la fiabilidad test-retest tampoco ha sido determinada en una muestra TOC. Los análisis basados en la muestra de validación indican que la puntuación de corte de 22 en la puntuación total del CBOCI producía alta sensibilidad (90%) y especificidad (78%) para diferenciar el TOC de los controles (D. A. Clark, 2006b). El CBOCI y su manual correspondiente pueden obtenerse a través de Pearson Assessment en pearsonasses.com.

1. Grabill et al. (2008) llegaron a una conclusión errónea sobre la validez relacionada con el criterio del instrumento en base a una lectura incorrecta de las diferencias significativas de los grupos descritas en el estudio de validación.

Otras medidas de síntomas TOC

Existen otras tres medidas de síntomas TOC que se emplean habitualmente para evaluar la frecuencia y la gravedad de los síntomas obsesivos y compulsivos. El Inventario Obsesivo-Compulsivo (OCI, *Obsessive-Compulsive Inventory*) de 42 ítems fue elaborado por Foa y colaboradores para evaluar la frecuencia y angustia de siete dominios de síntomas TOC (Foa, Kozak, Salkovskis, Coles & Amir, 1998). La medida consiste en diferentes escalas de frecuencia y angustia para el lavado, comprobación, duda, orden, obsesión, acumulación y neutralización mental. Las pruebas psicométricas del instrumento son firmes, aunque la validez discriminante de la subescala de acumulación es cuestionable (Foa et al., 1998). Posteriormente se ha elaborado una versión revisada del OCI con 18 ítems que incluye seis escalas de angustia: lavado, comprobación, orden, obsesión, acumulación y neutralización (Foa, Huppert et al., 2002). Las nuevas subescalas OCI-R presentan correlaciones muy altas con las viejas subescalas del OCI ($r_s = .92$) y ofrece características psicométricas razonables. Dos estudios recientes confirman una estructura de seis factores que se corresponde con las subescalas del OCI-R, buena validez convergente con otras medidas TOC (aunque las correlaciones con el Y-BOCS son bastante débiles), validez discriminante más moderada (es decir, moderada asociación con las medidas de ansiedad y depresión) y capacidad sistemática para discriminar el TOC de los grupos ansiosos no-obsesivos (Abramowitz & Deacon, 2006; Huppert et al., 2007; véanse hallazgos similares para muestras no-clínicas en Hajcak, Huppert, Simmons & Foa, 2004). Abramowitz y Deacon (2006) hallaron que las subescalas de obsesiones y de comprobación, en particular, presentaban modestas relaciones con medidas de cognición OC y que la puntuación total de corte del OCI-R de 14 proporcionaba la mejor diferenciación entre el TOC y los restantes trastornos de ansiedad. Una limitación importante del OCI-R es su escasa representación de las obsesiones (solamente tres ítems) y el desproporcionado peso de los síntomas compulsivos (Grabill et al., 2008). El OCI-R ha sido publicado en el apéndice de Foa et al. (2002).

El Inventario de Padua (PI, *Padua Inventory*) es un cuestionario de 60 ítems originalmente desarrollado con una muestra italiana para evaluar la angustia asociada con los fenómenos obsesivos y compulsi-

vos comunes, usando escalas de Likert de 5 puntos (Sanavio, 1988). Aunque disponía de buenas características psicométricas, se elaboró una versión del instrumento con 41 ítems (van Oppen, Hoekstra & Emmelkamp, 1995) y otra versión con 39 ítems por los investigadores de la Universidad Estatal de Washington (Burns, Keortge, Formea & Sternberger, 1996) a fin de eliminar los ítems que podrían contribuir a la alta correlación entre el PI y las medidas de preocupación (Freeston, Ladouceur et al., 1994). El Inventario de Papua – Revisión de la Universidad Estatal de Washington (PI-WSUR, *Papua Inventory – Washington State University Revision*) es la versión más usada del PI e incluye cinco subescalas racionalmente determinadas: (1) pensamientos obsesivos de daño a uno mismo o a los demás (siete ítems), (2) impulsos obsesivos a agredir a su propia persona o a los demás (nueve ítems), (3) obsesiones de contaminación y compulsiones de lavado (diez ítems), (4) compulsiones de comprobación (diez ítems) y (5) compulsiones de vestido/acicalamiento (3 ítems). El PI-WSUR parece haber mejorado las propiedades psicométricas del PI original y, por lo tanto, es muy popular entre los investigadores del TOC (véanse revisiones de Antony, 2001b; Grabill et al., 2008; St. Clare, 2003). Sin embargo, se ha cuestionado la validez de contenido de la medida porque algunos síntomas del TOC no son evaluados y porque otros ítems son más ambiguos o representan fenómenos que pueden ser no tan centrales para el TOC. El PI original puede encontrarse en Sanavio (1988) mientras que el PI-WSUR ha sido reproducido por Antony (2001b).

El Inventario Obsesivo Compulsivo de Vancouver (VOCI, *Vancouver Obsessive Compulsive Inventory*; Thordarson et al., 2004) es un cuestionario de 55 ítems que constituye la culminación de una amplia elaboración y revisión de ítems del Inventario Obsesivo Compulsivo de Maudsley originalmente elaborado en la década de los setenta por Hodgson y Rachman (1977). El VOCI consiste en seis subescalas factorialmente determinadas: (1) contaminación (doce ítems), (2) comprobación (seis ítems), (3) obsesiones (doce ítems), (4) acumulación (siete ítems), (5) corrección (doce ítems) y (6) indecisión (seis ítems). Las características psicométricas iniciales del VOCI son muy firmes, tal y como se observa en la alta validez convergente con otras medidas de auto-informe TOC, puntuaciones significativamente superiores de las muestras TOC que de los ansiosos no-

obsesivos o depresivos y de los controles no-clínicos, y validez discriminante moderada. Como una medida de síntomas TOC más comprensiva con particular relevancia para los enfoques cognitivo-conductuales presentes del TOC, el VOCI es una medida con futuro. Sin embargo, se requiere más investigación sobre sus propiedades psicométricas y se han formulado dudas sobre la validez de criterio de las subescalas de obsesiones y acumulación (Thordarson et al., 2004).

Pauta clínica 11.6

Recomendamos que se administren la versión de entrevista del Y-BOCS y el CBOCI como parte de la evaluación pretratamiento para obtener una evaluación que incluya la visión profesional y del auto-informe del contenido y gravedad de los síntomas TOC. El VOCI también puede utilizarse para lograr una evaluación más global de la presentación de síntomas TOC.

Conceptualización de caso

Para formular una conceptualización individual del caso TOC se necesitan formularios de valoración y diarios ideográficos, orientados al proceso a fin de determinar la valoración específica del individuo y sus respuestas de neutralización ante las obsesiones. En D. A.

Tabla 11.3. Síntesis de la evaluación ideográfica orientada en el proceso de las obsesiones y compulsiones

Características de las obsesiones	Características de las compulsiones
• Listado de situaciones o señales que provocan la obsesión • Frecuencia diaria de la obsesión primaria • Tipo e intensidad de la emoción asociada con la obsesión • Amenaza percibida o consecuencias negativas debidas a la obsesión • Esfuerzos de control y su éxito percibido • Otras valoraciones primarias de la obsesión • Consecuencias percibidas del fracaso en el control de la obsesión	• Jerarquía de las situaciones ansiosas o evitadas relacionadas con las obsesiones o compulsiones • Frecuencia diaria de la compulsión primaria • Urgencia a ejecutar la compulsión • Grado y éxito percibido de la resistencia a la compulsión • Identificación de otros tipos de neutralización y estrategias de control utilizadas • Nivel de insight sobre la naturaleza excesiva o irracional de las obsesiones y compulsiones

Clark (2004) puede encontrarse una detallada descripción del enfoque de formulación cognitiva del caso para el TOC, juntamente con numerosos formularios de registros clínicos y escalas de valoración. En la Tabla 11.3 se presenta un resumen de las principales características cognitivas y conductuales de las obsesiones y compulsiones que deberían ser evaluadas para una formulación cognitiva de caso.

Evaluación orientada al proceso de las obsesiones

Tras determinar la obsesión primaria del cliente a partir de la entrevista diagnóstica y de la evaluación de síntomas, el terapeuta obtiene una evaluación individualizada y detallada de varios rasgos de la obsesión y su valoración que orientarán sobre la dirección que ha de adoptar la terapia. Con los clientes que presentan más de una obsesión principal, el cliente y el terapeuta deberán seleccionar de forma colaboradora una obsesión que se convertirá en el foco inicial del tratamiento. El terapeuta pregunta al cliente en relación a todas las situaciones o señales que provocan la obsesión. Se recopila un listado de situaciones que incluya tanto los estímulos frecuentes (es decir, a diario) como los menos frecuentes que provocan la obsesión. El principal foco de atención serán las situaciones externas pero también podrían incluirse claves internas, como ciertas sensaciones corporales, emociones u otros pensamientos que generen la obsesión. Un análisis situacional completo debería incluir la angustia media asociada con cada situación o señal, la probabilidad de que la situación provoque las obsesiones y el grado de evitación asociado con la situación. Si a los clientes les cuesta describir las situaciones que dan pie a las obsesiones, como tarea para casa se les puede asignar un formulario de auto-monitoreo (para una copia del Formulario de Registro Situacional, véase D. A. Clark, 2004).

Es también necesario asignar una tarea de auto-monitoreo de la obsesión para recoger los datos de la línea base pretratamiento sobre la frecuencia, nivel de angustia, esfuerzos de control y urgencia a ejecutar la neutralización. Esta información será útil para estimar la duración aproximada del tratamiento y para determinar el éxito de la intervención. En el Apéndice 11.1 puede encontrarse una copia del Registro Diario de la Obsesión Primaria.

El terapeuta determina también el tipo y la intensidad de la emoción asociada con la obsesión. Aunque la ansiedad sea la emoción más común asociada con las obsesiones, también pueden estar presentes otras emociones como la culpa, frustración, vergüenza e ira. El terapeuta examina también juntamente con el cliente la amenaza percibida o las consecuencias negativas anticipadas asociadas a la obsesión. Por ejemplo, un cliente que comprobaba compulsivamente si la puerta de la secadora estaba bien cerrada temía que su gato se encerrara en la secadora y se ahogara. Además de las amenazas primarias, a los clientes a menudo les preocupa que la obsesión genere una ansiedad insoportable o la incapacidad para funcionar en el trabajo o en los estudios. Todas las amenazas o consecuencias negativas asociadas con la obsesión deberían ser recogidas, cada una con las correspondientes valoraciones de angustia asociada a la consecuencia esperada, la probabilidad de aparición, y la valoración de la importancia de impedir el resultado (véase D. A. Clark, 2004, para un formulario de registro). El terapeuta cognitivo debería evaluar también el nivel de esfuerzo dirigido a prevenir o suprimir la intrusión obsesiva, así como el éxito percibido del cliente en el control de la obsesión. La función que desempeñan otras valoraciones primarias en la persistencia de la obsesión debería ser determinada, como la responsabilidad percibida, la TAF, la intolerancia a la incertidumbre, el perfeccionismo, la importancia del pensamiento, su importancia o sentido personal y la necesidad de controlar el pensamiento. Además, la valoración que hace el cliente de su fracaso en el control de las obsesiones debería evaluarse para determinar la función de las valoraciones secundarias en la patogénesis de la obsesión. Es poco probable que toda la información pueda obtenerse en la sesión inicial de evaluación, pero a medida que progresa el tratamiento surgirá una imagen más completa de las bases cognitivas de la obsesión. Aunque algunos de los cuestionarios estandarizados de cognición TOC como el OBQ, III, Escalas TAF o RAS puedan ser útiles en este estadio, sin lugar a dudas el enfoque más útil es una entrevista bien informada juntamente con registros de auto-monitoreo que se asignen como tareas para casa (para ejemplos de formularios de registros de valoración, véanse D. A. Clark, 2004; Purdon & Clark, 2005; Wilhelm & Steketee, 2006).

Evaluación orientada al proceso de las compulsiones

En la Tabla 11.3 se presentan también varias características de las compulsiones y otras formas de neutralización que deberían ser incluidas en la evaluación cognitiva. Al igual que en el tratamiento conductual del TOC, el desarrollo de una jerarquía de las situaciones ansiosas que son evitadas por las preocupaciones obsesivas es una parte importante de la evaluación cognitiva. El análisis situacional previamente comentado puede ser muy útil en la elaboración de esta jerarquía. Además, muchos manuales de tratamiento conductual ofrecen formularios de registro que son útiles para la elaboración de la jerarquía de evitación (p. ej., Foa & Kozak, 1997; Steketee, 1993). Las situaciones evitadas deberían ser organizadas jerárquicamente desde la situación menos angustiada o evitada hasta la situación que más angustia provoca y más se evita. La reducción o eliminación completa del patrón de evitación puede incorporarse entre los objetivos de tratamiento (Baer, 2000). Por ejemplo, uno de los objetivos de un cliente con una compulsión de limpieza podría ser hacer uso de los baños públicos en un centro comercial con sólo ansiedad moderada, una situación que en la actualidad evita por la intensa ansiedad y miedo a la contaminación.

También es importante obtener datos de auto-monitoreo sobre la frecuencia diaria de la compulsión primaria así como valoraciones sobre la urgencia subjetiva asociada con la compulsión y el grado de resistencia ejercida antes de ceder a la compulsión. Algunos individuos con TOC ceden ante la urgencia casi de forma inmediata, mientras que otros pueden invertir un esfuerzo considerable en resistirse. Es también importante evaluar el éxito percibido por el cliente en sus esfuerzos por resistirse a la compulsión, así como los factores que podrían contribuir a que la resistencia fuera más satisfactoria. Dado que los individuos con TOC recurren a la neutralización y a otras formas de control mental incluso con más frecuencia que a los rituales compulsivos abiertos, es necesario evaluar el tipo, frecuencia y éxito percibido de varias estrategias de neutralización y control mental. En el Apéndice 11.2 se presenta un formulario de control del pensamiento que puede usarse para este fin. Por último, debería determinarse el grado de insight sobre la naturaleza excesiva, irracional o no razona-

ble de las obsesiones y las compulsiones. Las preguntas deberían centrarse en el grado en que los clientes creen que la amenaza imaginada o consecuencias negativas asociadas con el miedo obsesivo son probables y si el ritual compulsivo u otras formas de neutralización son necesarias y efectivas para prevenir el resultado temido. Por ejemplo, un cliente con escaso insight creería que es necesaria la lectura repetida y la relectura de información trivial de los periódicos locales y de los panfletos publicitarios para garantizar que no pierde ningún detalle de la información local que pueda interesarle. Las consecuencias percibidas y la efectividad de la compulsión podrían convertirse en el principal foco de la terapia porque a los clientes con escaso insight suele costarles más responder al tratamiento (p. ej., Foa, Abramowitz, Franklin & Kozak, 1999; Neziroglu, Stevens, McKay & Yaryura-Tobia, 2001).

Ilustración clínica de una conceptualización cognitiva de caso

Podemos volver al caso presentado al comienzo de este capítulo para ilustrar una conceptualización cognitiva de un caso TOC. Recordemos que Richard presentaba obsesiones múltiples bien instauradas (1) de que sus manos estaban contaminadas y de transmitir gérmenes a los demás, (2) de tener un olor corporal asqueroso y de que los demás pudieran olerlo, (3) de imágenes blasfemas horribles e intrusiones sexuales que eran ofensivas con Dios y lo enviarían al infierno, (4) de dudas sobre la corrección de su trabajo y (5) de que otros pudieran ver una erupción cutánea en la parte inferior de su espalda y que sintieran asco. Estas obsesiones le llevaban a diversos rituales compulsivos como el repetido lavado de manos, rituales de duchas prolongadas, excesiva comprobación y recomprobación, rutinas diarias rígidas y compulsiones mentales. Sin embargo, su obsesión primaria era “los pensamientos relativos a exponer el punto rojo invisible”.

La evaluación reveló que la obsesión relativa al sarpullido de la espalda se producía, como mínimo, durante 25-30 minutos en los días malos y se asociaba con niveles de ansiedad de 65-70/100. Se identificó una serie de situaciones que provocaban la “obsesión del sarpullido” como estar en un lugar público y sentir la presencia de personas tras de sí, sentir que sus pantalones eran flojos, inclinarse,

moverse demasiado en la silla, sentir escozor y similares. El trabajo era la situación más común asociada con la obsesión, donde levantarse de su asiento y pasar frente a otros le provocaba ansiedad por temor a exponer la parte inferior de su espalda. La ansiedad moderada era la principal emoción asociada con la obsesión. Las valoraciones primarias eran de *amenaza sobrestimada* (“Las personas verán el sarpullido de la espalda, sentirán asco y no querrán tener nada que ver conmigo”), *responsabilidad inflada* (“Tengo que asegurarme de que nadie vea la parte inferior de mi espalda”), *necesidad de control* (“Si no me libero de la obsesión, la ansiedad me sobrepasará y tendré que abandonar el trabajo”), *TAF-Probabilidad* (“Si creo que estoy exponiendo mi espalda, probablemente lo estaré haciendo”), *importancia del pensamiento* (“El pensamiento sobre el sarpullido de la parte inferior de la espalda debe ser importante porque aparece una y otra vez”) e *intolerancia a la incertidumbre* (“Necesito estar seguro de tener completamente cubierta la parte inferior de la espalda”).

Richard desarrolló diferentes respuestas para controlar su obsesión sobre “el sarpullido de la espalda”. Su principal ritual compulsivo conllevaba la comprobación repetida de si esa zona corporal estaba expuesta o no tirando hacia abajo de su camisa o suéter. Sin embargo, también ejecutaba conductas de seguridad como aplicarse diariamente grandes cantidades de pomada en la parte inferior de la espalda o vestir ropa muy holgada. Además, confiaba en estrategias de neutralización como confirmar que nadie podría ver su espalda desnuda, preguntar a su esposa si su camisa estaba bien metida dentro del pantalón (búsqueda de reconfirmación), distraerse con el trabajo o tratar de ignorar el pensamiento. En esta misma línea, evitaba cualquier situación asociada con la probabilidad de que se expusiera su espalda al aire libre, como las playas, piscinas, gimnasios y equivalentes. Richard valoraba la urgencia compulsiva a tirar de su camisa como muy alta (90/100) y su nivel de resistencia como bajo. Percibía que sus esfuerzos por controlar la obsesión y la ansiedad asociada eran moderadamente satisfactorios. Cualquier fracaso en la reducción inmediata de la ansiedad era interpretado como una prueba adicional de estar aumentando el riesgo de ofender a los demás con la exposición de la parte inferior de su espalda. Aunque Richard reconocía que su obsesión era inusual, la intensidad de su ansiedad

le convencía de que las restantes personas probablemente sentirían asco ante la presencia del punto rojo de su espalda.

A lo largo del curso de la terapia se hacen evidentes algunas creencias nucleares. Richard creía que “las personas se ofenden con facilidad y, por consiguiente, era responsabilidad suya asegurarse de que esto no ocurriera”. Creía también que “la ansiedad es intolerable” y que “ciertos pensamientos son peligrosos y deben ser controlados o le llevarían a una vida miserable y tormentosa”. Por lo tanto, creía que lo que necesitaba era “mayor control sobre sus pensamientos y emociones” a fin de alcanzar estabilidad y calma en la vida. La formulación del caso de Richard produjo los siguientes objetivos de tratamiento:

1. Modificar su valoración exagerada de la amenaza derivada de la exposición en público de la parte inferior de su espalda.
2. Reformular sus creencias de control para que renuncie a sus esfuerzos por controlar la obsesión.
3. Aumentar su tolerancia a la ansiedad.
4. Prevenir los rituales compulsivos asociados con la obsesión como comprobar la parte inferior de la espalda y tirar repetidas veces de sus camisas y suéteres.
5. Eliminar sus conductas de seguridad como vestir ropa holgada o darse pomada en el sarpullido.
6. Reducir la evitación de las situaciones de “exposición de la espalda” como la de inclinarse, pasar frente a las personas, nadar, etc.

Descripción de la terapia cognitiva para el TOC

Muchos investigadores clínicos defienden en la actualidad que las intervenciones cognitivas deberían incorporarse en el tratamiento conductual estándar de exposición y prevención de respuesta (EPR) en la psicoterapia para el TOC (p. ej., D. A. Clark, 2004; Freeston & Ladouceur, 1997b; Rachman, 1998; Salkovskis & Warwick, 1988; van Oppen & Arntz, 1994). En terapia cognitiva la mejoría de los síntomas obsesivo-compulsivos y el alivio de la ansiedad se alcanzan mediante la modificación de las falsas valoraciones y creencias de la obsesión,

así como de los esfuerzos individuales por controlar la obsesión. El modelo cognitivo del TOC proporciona el marco teórico y los principios que guían la terapia. Sin embargo, la EPR es aún un ingrediente terapéutico central de la terapia cognitiva para el TOC, donde las intervenciones cognitivas se emplean, a menudo, para preparar al cliente para las tareas de casa basadas en la exposición. A continuación presentamos una revisión de los ocho componentes de tratamiento de la terapia cognitiva para las obsesiones y compulsiones. En la actualidad disponemos de diversos manuales de tratamiento cognitivo-conductual para el TOC a los que se remite al lector interesado en profundizar sobre este tema (p. ej., D. A. Clark, 2004; Purdon & Clark, 2005; Rachman, 2003, 2006; Salkovskis & Wahl, 2004; Wilhelm & Steketee, 2006). En la Tabla 11.4 se presenta una síntesis de los componentes terapéuticos claves para la terapia cognitiva del TOC.

Tabla 11.4. Componentes terapéuticos de la terapia cognitiva para el TOC

Componente terapéutico	Descripción
Formar al cliente	Justificación del tratamiento basada en el rol de las valoraciones y de la neutralización en la persistencia de las obsesiones y compulsiones.
Distinguir las valoraciones y las obsesiones	Los clientes aprenden a identificar sus valoraciones erróneas que les llevan a las falsas interpretaciones de la importancia personal de la obsesión.
Reestructuración cognitiva	Recogida de pruebas, análisis de coste-beneficio, decatastrofización e identificación de errores cognitivos para debilitar la creencia relativa a la peligrosidad de la obsesión y para aumentar la voluntad de iniciar los experimentos conductuales basados en la exposición.
Explicación alternativa	Se promueve una interpretación más benigna y la aceptación de la obsesión y su control.
Prevención de respuesta	Se introducen estrategias para bloquear o prevenir los rituales compulsivos, las conductas de seguridad, evitación, neutralización y otras estrategias de control mental.
Experimentación conductual	Se emplean ejercicios de exposición durante y entre las sesiones para modificar las falsas valoraciones y creencias.
Modificación de creencias nucleares	Hacia el final de la terapia se contemplan las creencias nucleares sobre la peligrosidad y control de pensamientos y vulnerabilidad personal.
Prevención de recaídas	Se contempla la respuesta efectiva ante la reaparición de síntomas en las últimas sesiones de la terapia.

Fase de formación

En el Capítulo 6 hemos comentado la función central que desempeña la formación en terapia cognitiva y el modo en que el terapeuta debería informar a los clientes sobre la naturaleza de la ansiedad, la explicación cognitiva sobre la persistencia de la ansiedad y la justificación del tratamiento. Aunque estas cuestiones se incluyan en el componente educativo de la terapia cognitiva para el TOC, el terapeuta también debería subrayar la normalidad de los pensamientos intrusos indeseados, el rol de las falsas valoraciones metacognitivas y los efectos perjudiciales a largo plazo de la neutralización y de otros esfuerzos de control mental. El objetivo de la formación del cliente es facilitar la aceptación de la justificación del tratamiento, es decir, que la reducción de los síntomas obsesivos o compulsivos se alcanza mejor modificando el modo en que se valoran la obsesión y su control.

Una parte importante del proceso de formación consiste en normalizar la experiencia de los pensamientos, imágenes e impulsos intrusos indeseados de modo que se subraye el rol crítico de las valoraciones exageradas relativas a su importancia (Salkovskis & Wahl, 2003). A los clientes se les puede mostrar un listado de pensamientos intrusos indeseados comunes que han sido recogidos de muestras no-clínicas (para listados véanse D. A. Clark, 2004; Rachman & de Silva, 1978; Wilhelm & Steketee, 2006). A los individuos con TOC, con frecuencia, les sorprende que individuos no-clínicos releven pensamientos e imágenes similares en contenido a sus propias obsesiones. Al demostrar el rol de las valoraciones, el terapeuta puede pedir al cliente que seleccione una o dos intrusiones que no sean problemáticas y comentar cómo podría interpretarse dicho pensamiento para que se convierta en una amenaza muy importante. Esto puede contrastarse con su propia interpretación más benigna que reduzca la intrusión hasta convertirla en algo insignificante, incluso trivial dentro de la corriente de la conciencia. Tras esto el terapeuta está preparado para seleccionar la principal obsesión del cliente a partir de un listado y examinar con él cómo “ha convertido esta intrusión en una amenaza personal muy importante”. Los efectos negativos a largo plazo de la neutralización pueden demostrarse mediante el “efecto camello” (Freeston & Ladouceur, 1997b). Se instruye al cliente para

que sostenga intencionadamente el pensamiento o imagen de un camello durante 2 minutos y después que suprima el pensamiento del camello durante otros 2 minutos. Se señalan las dificultades que ha experimentado el cliente para sostener o eliminar el pensamiento del camello y son registradas por el terapeuta. Este ejercicio es útil para demostrar la futilidad de nuestros esfuerzos por controlar intencionadamente los pensamientos indeseados. También pueden comentarse con los clientes los potenciales efectos de rebote una vez cesados los esfuerzos de supresión. En conjunto estos ejercicios, que se presentan al comienzo del tratamiento, subrayan la importancia del cambio cognitivo en la interpretación y control que hace el cliente de las preocupaciones obsesivas.

Pauta clínica 11.7

Educar al cliente en la terapia cognitiva para el TOC requiere la aceptación de la normalidad de los pensamientos intrusos indeseados, del rol primario de las falsas valoraciones y de los efectos negativos de la neutralización y de otros esfuerzos de control mental.

Distinguir las valoraciones de las obsesiones

Educar al cliente sobre cómo distinguir las obsesiones de las valoraciones que hace de las mismas puede ser una tarea ardua porque los individuos con TOC muchas veces han pasado años preocupados por sus inquietudes obsesivas. Además, el concepto de metacognición, o “pensar sobre la acción de pensar” parecerá algo abstracto y esotérico a algunos clientes. Sin embargo, es crítico para el éxito de la terapia cognitiva que los clientes lleguen a ser conscientes del sentido maladaptativo que atribuyen a la obsesión. De hecho, es difícil que proceda la terapia con la modificación de las falsas valoraciones si el cliente no es plenamente consciente de sus “valoraciones metacognitivas” de la obsesión.

Algunas preguntas de la entrevista pueden usarse para facilitar la aproximación del cliente al concepto de valoración metacognitiva. A continuación se presentan algunas pruebas a las que hemos recurrido nosotros con clientes TOC:

- “¿Qué es lo que hace que este pensamiento [la obsesión] sea importante para usted?”.
- “¿Qué es lo importante de este pensamiento? ¿Refleja el pensamiento algo sobre usted –su carácter o valores?”.
- “¿Hay algo molesto o temible en relación al pensamiento? ¿Le preocupa alguna posible consecuencia negativa? ¿Cuando piensa en sus preocupaciones obsesivas, qué es lo peor que podría ocurrir?”.
- “¿Hay algo relativo al pensamiento que capte su atención, que le cueste ignorar?”.
- “¿Qué ocurriría si no pudiera eliminar de su mente el pensamiento o si no pudiera evitar o completar su ritual compulsivo?”.

Tras examinar detenidamente con el cliente el sentido o significado especial de la obsesión, el terapeuta y el cliente, juntamente, crean una breve narrativa sobre lo que hace que la obsesión sea una amenaza personal muy importante para el cliente. Ambos con una copia del modelo de valoración cognitiva de las obsesiones (Figura 11.1) y una hoja que defina las valoraciones y creencias del TOC (véase Tabla 11.2 o Apéndice 10.1 en D. A. Clark, 2004), el terapeuta y el cliente revisan la “narrativa de importancia” y seleccionan varios tipos de falsas valoraciones específicas (p. ej., responsabilidad, TAF, necesidad de control, perfeccionismo) que caracterizan a la narrativa. Esto puede ir seguido por una asignación para casa en la que el cliente registre la aparición de la obsesión, qué es lo que convierte a la obsesión en significativa en ese momento y qué falsas valoraciones estaban presentes en ese momento específico de evaluación de la obsesión (véase también Purdon, 2007).

Pauta clínica 11.8

Conviene garantizar que los clientes son capaces de distinguir entre sus valoraciones de la obsesión y el contenido obsesivo antes de proceder con las intervenciones cognitivas o conductuales destinadas a modificar las falsas valoraciones y creencias.

Reestructuración cognitiva

En el Capítulo 6 se ha presentado una descripción detallada de las intervenciones cognitivas como son la recogida de pruebas, el análisis de coste-beneficio, la decatastrofización y la identificación de errores que se emplean para desafiar los pensamientos y creencias ansiosas. Estas mismas estrategias pueden usarse para desafiar las falsas valoraciones y creencias relativas a las obsesiones y su control con alguna adaptación al TOC. Sin embargo, es importante que las intervenciones cognitivas se centren en las valoraciones de la obsesión y no en modificar el contenido obsesivo mismo. Salkovskis (1985, 1989) advierte que las estrategias cognitivas no serán efectivas para persuadir a los clientes a abandonar sus miedos obsesivos. Las estrategias cognitivas no se emplean para persuadir sino para reeducar a los clientes en relación a que su evaluación exagerada de la importancia de la obsesión es errónea. Por ejemplo, en nuestro caso ilustrativo, Richard no podía ser convencido de que las personas no “verían el punto rojo de la parte inferior de su espalda” y no sentirían asco hacia él (es decir, el contenido de su obsesión). En lugar de esto, recurrimos a la recogida de pruebas, experimentación conductual y explicaciones alternativas para desafiar su valoración exagerada de la amenaza relativa a la exposición pública de la parte inferior de su espalda.

La reestructuración cognitiva debería ser adaptada para contemplar las siete valoraciones y creencias erróneas que son cruciales en el TOC (es decir, amenaza sobrestimada, importancia de pensamientos o TAF, control de pensamientos, responsabilidad inflada, intolerancia a la incertidumbre, perfeccionismo y fracasos en el control del pensamiento). El terapeuta cognitivo destinará más tiempo a las valoraciones que sean particularmente importantes para el TOC del individuo. En este caso mencionamos unas pocas estrategias de reestructuración cognitiva que pueden usarse con cada una de las valoraciones (véanse D. A. Clark, 2004; Purdon, 2007; Purdon & Clark, 2005; Rachman, 2003; Wilhelm & Steketee, 2006, para descripciones más detalladas). La técnica de la flecha descendente, el cálculo de la probabilidad de daño y los estudios de las estimaciones ajenas de daño pueden ser útiles para desafiar las *valoraciones de amenaza sobrestimada*. Un gráfico en forma de queso puede servirnos para que

el cliente asigne porcentajes de responsabilidad relativa a un resultado a varios factores, incluyéndose a sí mismo, para desafiar las *creencias infladas de responsabilidad personal* (Salkovskis & Wahl, 2003). El cuestionamiento socrático es útil para subrayar la circularidad y falso razonamiento implicado en las valoraciones de *importancia del pensamiento* (es decir, “¿La obsesión es importante porque ocurre con tanta frecuencia o es frecuente porque supongo que es importante?”). Wilhelm y Steketee (2006) mencionan la “técnica del juzgado”, mediante la cual se presentan evidencias a favor y en contra de la “importancia de la obsesión”. Purdon y Clark (2005) recomendaban hacer que los clientes piensen en todos los momentos en los que han tenido un pensamiento obsesivo y nunca haya generado el hecho o resultado temido, indicando que el pensamiento obsesivo podría no ser tan importante como se suponía. Para las valoraciones de *intolerancia a la incertidumbre*, puede emplearse una intervención cognitiva de coste-beneficio. Se puede pedir a los clientes que recuerden un momento en el que tuvieran certeza con respecto a una acción que ejecutaban o a una decisión que adoptaban y la cantidad de tiempo y esfuerzo adicional que esto requirió para lograr tal “sentimiento de certidumbre”. A continuación se les puede pedir que recuerden un momento en el que ejecutaron una acción o tomaron una decisión incluso ante cierto grado de incertidumbre. Se comparan los resultados de cada acción o decisión y se examinan los costes beneficios del tiempo extraordinario dedicado a lograr un mayor nivel de certidumbre. ¿Mereció la pena a largo plazo? El mismo tipo de intervención cognitiva puede usarse con las creencias de *perfeccionismo*, para lo que se puede pedir a los clientes que puntúen el nivel de perfección con que ejecutaron determinada tarea, las consecuencias de su ejecución no tan perfecta y si los recursos extraordinarios necesarios para lograr el 10 o 20% adicional merecieron o no el esfuerzo realizado. Las consecuencias negativas de luchar por el perfeccionismo también pueden asignarse como tarea para casa.

Debería destinarse atención particular a las valoraciones y creencias relativas a la *necesidad de controlar* la obsesión y el *fracaso en la obtención del control completo*. Se puede animar a los clientes a experimentar con diferentes niveles de esfuerzo por controlar la obsesión y registrar las consecuencias asociadas con los diferentes esfuerzos.

“¿Qué ocurre con la ansiedad y la frecuencia de la obsesión si las compulsiones, la neutralización y otras estrategias de control se postergan o bloquean?”. “¿Qué es lo peor que podría ocurrir si usted dejara de controlar la obsesión?”. Se pueden sugerir períodos breves de “eliminación del control” (postergación de los esfuerzos de control durante unos pocos minutos) y aumento gradual de los períodos de retraso hasta llegar a horas o incluso días. Para maximizar el impacto cognitivo de estos ejercicios, se pide a los clientes que registren las consecuencias de sus esfuerzos. Este material se examina en profundidad durante las siguientes sesiones terapéuticas como confirmación a favor o en contra de las falsas creencias sobre el control de la obsesión. Se puede recurrir a una intervención de decatastrofización para las valoraciones secundarias del fracaso en el control. Se puede pedir a los clientes que describan el peor resultado posible que puedan imaginar si perdieran completamente el control mental sobre la obsesión. “¿Qué ocurriría en su vida?”. “¿Cómo podría superarlo si la obsesión no dejara de estar presente en su conocimiento consciente?”. El terapeuta y el cliente colaboradoramente podrían elaborar un plan de contingencia para la posible experiencia del fracaso completo en el control mental. El cliente también podría preguntar a familiares y amigos sobre su tolerancia a los fallos en el control mental. De hecho, se podría pedir al cliente que monitoree los momentos en los que no logra el control mental de pensamientos no-obsesivos. Los clientes podrían descubrir que disponen de menor control de lo supuesto y que son más tolerantes al control mental imperfecto en lo que respecta a los pensamientos no-obsesivos.

La recogida de pruebas y el análisis de coste-beneficio se usaron para desafiar varias de las creencias de Richard respecto a la importante amenaza planteada por la obsesión relativa al sarpullido de la parte inferior de su espalda y la necesidad de alcanzar un mayor control sobre la obsesión, a fin de poder neutralizar sus propiedades provocadoras de ansiedad. Por ejemplo, a Richard se le pidió que tomara una fotografía de la parte inferior de su espalda y que la comparara con imágenes de la parte inferior de la espalda de otros hombres para ver si exageraba el punto rojo de su espalda (es decir, valoración sobrestimada de la amenaza). En otro ejercicio de reestructuración cognitiva comparamos las valoraciones de amenaza, importancia y

sentido que atribuía Richard al pensamiento “¿Qué ocurriría si alguien viera la parte inferior de mi espalda?” (es decir, la obsesión ansiosa), al pensamiento “¿Qué ocurriría si alguien advirtiera que un moco me cuelga de la nariz?” (es decir, un pensamiento neutral no-ansioso). Incluso aunque el último pensamiento estuviera asociado con una probabilidad realista muchísimo más alta de asco y vergüenza social, no causaba ansiedad por el modo en que era valorado. Richard pudo ver que eran sus falsas valoraciones relativas a la importancia las que ocasionaban su ansiedad y preocupación por el sarpullido. Por último, se recurrió a la recogida de pruebas para desafiar (1) el peligro imaginado por Richard de que sería peligrosa la exposición de la parte inferior de su espalda a los demás (es decir, “buscar cualquier registro conocido de que alguien se sintiera horriblemente asqueado ante la visión de la parte inferior de su espalda”), (2) su insistencia en estar seguro de que las personas no sienten asco al mirarle y (3) su fracaso para reconocer las consecuencias negativas de esforzarse mucho por controlar cualquier traza de la “obsesión sobre el punto rojo” que atravesara su mente.

Pauta clínica 11.9

La reestructuración cognitiva se introduce a comienzos del tratamiento para debilitar las creencias disfuncionales sobre la amenaza personalmente significativa y la importancia de la obsesión, su necesidad de control y los efectos negativos percibidos de la exposición y prevención de respuesta.

Explicación alternativa

Las intervenciones de reestructuración alternativa deberían animar a los clientes con TOC a cuestionarse las creencias relativas a que las obsesiones son amenazas muy peligrosas de cuyo control son ellos mismos responsables. Pero la reestructuración cognitiva también debería guiar a los clientes hacia la adopción de perspectivas más sanas y adaptativas sobre la obsesión y su control. El objetivo de la terapia cognitiva es que los clientes con TOC adopten la siguiente perspectiva sobre sus obsesiones y compulsiones.

Las obsesiones son intrusiones benignas, carentes de sentido, sin ninguna importancia personal particular. Son la manifestación normal de una mente activa y creativa. El pensamiento se convierte en muy frecuente y angustioso debido a las “malinterpretaciones catastróficas de amenaza significativa” y a los esfuerzos excesivos por neutralizarlas y controlarlas. El control mental es esquivo en el mejor de los casos, de modo que el enfoque más efectivo consiste en cesar todas las compulsiones, neutralizaciones y otras respuestas de control mental. Los esfuerzos por controlar la obsesión y la ansiedad asociada a la misma pueden producir el alivio inmediato pero esto es sólo temporal. Con el paso del tiempo la obsesión sólo aumenta en frecuencia e intensidad. Un enfoque pasivo, de aceptación para la obsesión es la mejor cura para mi ansiedad.

Para facilitar la aceptación de esta perspectiva alternativa, el terapeuta cognitivo debería trabajar colaboradoramente con los clientes hasta que escriban su propia narrativa sana de las obsesiones y compulsiones. Los clientes suelen estar más dispuestos a aceptar la explicación alternativa si se expresa en sus propias palabras y se ilustra con ejemplos de su propia experiencia. El cliente debería recibir una copia de la explicación alternativa y la implementación diaria de esta perspectiva se convertirá en uno de los principales objetivos de la terapia. En el caso de Richard, la explicación alternativa se centraba en abandonar sus esfuerzos por controlar la obsesión y en tolerar cierta ansiedad inicial a fin de alcanzar reducciones a largo plazo de sus preocupaciones obsesivas y de la ansiedad.

Pauta clínica 11.10

La explicación alternativa subraya normalmente que la intrusión obsesiva es una molestia mental sin sentido cuya frecuencia y propiedades provocadoras de ansiedad se desvanecerán cuando cesen todos los esfuerzos por controlarla o neutralizarla.

Prevención de respuesta

La prevención de respuesta es un elemento terapéutico importante en todo tratamiento cognitivo para el TOC. De hecho, la confianza continuada en los rituales compulsivos o en otras formas de neutralización minará la efectividad de la terapia cognitiva para las obsesiones. En el Capítulo 7 hemos comentado los siete pasos necesarios para implementar la prevención de respuesta. Es conveniente que la terapia no sólo se centre en prevenir los rituales compulsivos sino también cualquier neutralización o estrategia de control mental que funcione para reducir la ansiedad, para evitar que ocurra el resultado temido o para distraer la atención de la obsesión. Naturalmente, la eficacia de la exposición al miedo obsesivo se diluirá si no se previenen las compulsiones y otras estrategias de control.

Es probable que los clientes se muestren reacios a participar en la prevención de respuesta cuando la ansiedad es muy alta, por ello el terapeuta normalmente comienza previniendo compulsiones y respuestas de neutralización ante situaciones que eliciten ansiedad moderada, situaciones que han sido colocadas hacia la mitad de la jerarquía de la exposición. Es preferible que el terapeuta parta de una exposición y prevención de respuesta durante la sesión misma para garantizar que el cliente bloquea todas las compulsiones y otras formas de neutralización. Esto también proporciona al terapeuta la oportunidad de comentar las respuestas de afrontamiento apropiadas que puedan ser usadas durante la prevención de respuesta y de manejar cualquier creencia o valoración negativa que el cliente pueda tener en relación a la exposición y prevención de respuesta. Las sesiones efectivas de EPR suelen durar entre 60 y 90 minutos y siempre se anima al cliente a poner diariamente en práctica las tareas EPR. Los clientes deberían registrar la frecuencia, duración y resultados de sus tareas EPR en un formulario de auto-monitoreo, de modo que pueda analizarse la efectividad de la intervención. Con Richard, la prevención de respuesta se centró en evitar tirar hacia abajo del suéter o evitar comprobar que la camisa estuviera metida dentro del pantalón o tratar de convencerse de que nadie le miraba la espalda (es decir, estrategia de control de auto-confirmación).

Pauta clínica 11.11

La prevención de respuesta es uno de los principales ingredientes de la terapia cognitiva para el TOC. Desafía directamente las valoraciones y creencias secundarias relativas a la necesidad de controlar la obsesión y su ansiedad.

Experimentación conductual

La mayoría de los experimentos conductuales usados en la terapia cognitiva para el TOC conlleva alguna forma de exposición sostenida a la obsesión y a la ansiedad asociada a la misma. Sin embargo, la principal diferencia entre la terapia conductual y la terapia cognitiva es que en esta última la exposición se emplea para modificar las falsas valoraciones y creencias sobre la importancia y peligrosidad percibidas de la obsesión. Los experimentos conductuales basados en la exposición se introducen a comienzos de la terapia, muchas veces orientados en la jerarquía del miedo. Tras educar al cliente en el modelo cognitivo y poner en práctica varias intervenciones cognitivas destinadas a subrayar la importancia del rol de las valoraciones y creencias en la persistencia de las obsesiones, el terapeuta presenta ejercicios de exposición durante la sesión y entre sesiones como un método para poner a prueba empíricamente la validez de las creencias relacionadas con las obsesiones y compulsiones. D. A. Clark (2004, Tabla 11.1) describe diversos ejercicios conductuales específicos que pueden usarse con los clientes para modificar las valoraciones y creencias de amenaza, responsabilidad, control, intolerancia a la incertidumbre y similares (véanse también Purdon, 2007; Purdon & Clark, 2005; Rachman, 2003; Wilhelm & Steketee, 2006; Whittal & Malean, 2002, para descripciones de experimentos conductuales para el TOC).

Muchos de estos experimentos conductuales conllevan la exposición repetida y sostenida a la obsesión en una variedad de situaciones evitadas con prevención de respuesta de cualquier forma de neutralización. Se pide al cliente que monitoree el resultado de estos ejercicios de exposición a fin de poner a prueba las creencias que tan firmemente sostiene, como son la de la amenaza anticipada, la responsabi-

lidad personal o la necesidad de controlar las obsesiones y prevenir las consecuencias directas imaginadas que cree que ocurrirán si vacila en el control sobre la obsesión. Es importante que el terapeuta cognitivo examine con los clientes el resultado de sus experimentos conductuales en las siguientes sesiones para consolidar las pruebas que desafían las falsas valoraciones y creencias. Por ejemplo, a los clientes que crean firmemente “que es necesario el control estricto sobre la obsesión para evitar sentirse superado por la ansiedad” se les podría pedir que alternen los días (o momentos del día) en los que destinan un gran esfuerzo a controlar el pensamiento con otros días en los que renuncien al control del pensamiento. El terapeuta cognitivo revisaría entonces con los clientes sus registros de auto-monitoreo. Algunas observaciones o preguntas de prueba que pueden ser útiles para modificar las falsas creencias de control podrían ser (1) “Observo en su formulario de registro que no ha tenido más obsesiones ni ansiedad durante los ‘días de control bajo en comparación con los días de control alto’. ¿Qué le indica esto con respecto a su preocupación de que empeore la ansiedad si no se esfuerza por suprimir la obsesión?”; (2) “Usted preveía que le resultaría extremadamente difícil no responder a la obsesión, pero, ¿cuál ha sido su experiencia? A partir de los registros parece que lo ha hecho muy bien” y (3) “Observo que usted señala que los días de control le resultaron bastante frustrantes y agotadores en comparación con los ‘días sin control’. ¿Qué le indica eso en relación a los costes personales de la repetida neutralización y esfuerzos de control mental?”. En terapia cognitiva, por lo tanto, la exposición se convierte en una de las herramientas terapéuticas más potentes para modificar directamente las falsas valoraciones y creencias que subyacen al pensamiento obsesivo.

Un experimento conductual empleado con Richard consistió en seleccionar períodos de tiempo de su jornada laboral durante los cuales él recurría voluntariamente a la obsesión (p. ej. “¿Pueden los demás ver la parte inferior de mi espalda?”) y al mismo tiempo evitar cualquier comprobación de la camisa o auto-confirmación. Además también colocó un *Post-it* cerca del monitor de su ordenador con las palabras “RETROCEDE” escritas en él para recordarle que pensara voluntariamente en el sarpullido de la parte inferior de su espalda. El componente imaginario de este ejercicio de exposición desafiaba

la creencia de Richard de que la obsesión era una amenaza significativa porque se iba a ver superado por la ansiedad. Además, la clave escrita “RETROCEDE” era un tipo de exposición situacional porque desafiaba la creencia de Richard de que cualquier estímulo relacionado con su preocupación obsesiva elicitaría preguntas de sus compañeros que le provocarían ansiedad. Este ejercicio fue moderadamente difícil para Richard por su creencia irracional en que los demás le formularían preguntas relativas al mensaje del *Post-it* y descubrirían de alguna manera su obsesión.

Pauta clínica 11.12

Las tareas conductuales basadas en la exposición, tanto las que se realizan durante la sesión como las que se practican entre las sesiones, se usan como ejercicios directos que ponen a prueba hipótesis empíricas para estructurar experiencias que desafíen directamente las valoraciones y creencias obsesivas, llevando al individuo a la modificación de las bases cognitivas de las obsesiones y compulsiones.

La función de las creencias nucleares y la prevención de respuesta

El mantenimiento a largo plazo de los efectos del tratamiento aumentará si la última fase de la terapia cognitiva contempla las creencias nucleares maladaptativas del individuo y si durante esta fase se elaboran algunas estrategias de prevención de recaídas. Wilhelm y Steketee (2006) sugieren que las creencias nucleares relevantes al TOC muchas veces rondan sobre los mismos temas como se ha señalado en las valoraciones y creencias de las obsesiones. Las creencias nucleares de indefensión y vulnerabilidad personal se relacionan con la amenaza sobrestimada; las creencias sobre la debilidad y falta de control se vinculan con las valoraciones de control del pensamiento y las asunciones nucleares sobre inferioridad e incompetencia se relacionan con el perfeccionismo. A lo largo del curso de la terapia se puede animar al cliente a mantener un registro de las experiencias que desafíen directamente estas creencias nucleares sobre él mismo. Por ejemplo, la persona que crea carecer particularmente de “voluntad y control mental fuerte” podría guardar un registro de todas sus

experiencias de “disciplina mental”. Esta información podría ser usada para readaptar su creencia nuclear de modo que se convierta en un punto de vista más sano sobre la propia persona como “Obviamente tengo más fortaleza mental de lo que pensaba” y “No soy ni mejor ni peor que la media en mi capacidad para dirigir mis procesos de pensamiento”.

El último par de sesiones de terapia se destina a la prevención de recaídas, que se ha demostrado que favorece el mantenimiento del tratamiento en la TCC para el TOC (p. ej., Hiss, Foa & Kozak, 1994). Algunas estrategias de intervención han sido descritas para mejorar la prevención de recaídas. Tolin y Steketee (2007) sugieren que durante las últimas sesiones terapéuticas la responsabilidad relativa a la exposición debería cambiar del terapeuta al cliente (p. ej., “¿Qué tipo de exposición podría realizar ahora que le sea útil?”) y debería animarse a los individuos a desarrollar cambios permanentes en el estilo de vida de manera que desafíen con frecuencia sus miedos y evitación como parte natural de la vida cotidiana. Además, educar al cliente en relación a la probabilidad de las futuras recaídas y a la identificación de las situaciones de alto riesgo es una parte importante de la prevención de recaídas (D. A. Clark, 2004; Tolin & Steketee, 2007). El cliente y el terapeuta deberían elaborar un protocolo escrito sobre el modo de afrontar la recaída (Freeston & Ladouceur, 1999). En este punto también se recomienda la introducción de habilidades básicas para la resolución de problemas, los grupos de apoyo y el modo de manejar los cambios en medicación (Wilhelm & Steketee, 2006). Por último, la terminación progresiva y la planificación de sesiones adicionales de mantenimiento pueden mejorar los efectos a largo plazo del tratamiento.

Pauta clínica 11.13

Dada la cronicidad del TOC, es importante centrarse en la modificación de las creencias nucleares así como en cuestiones relativas a las futuras recaídas durante las últimas sesiones de terapia cognitiva. Esto favorecerá la generalización y el mantenimiento a largo plazo de los efectos del tratamiento.

Eficacia de la terapia cognitiva para el TOC

Una cantidad considerable de ensayos bien diseñados y controlados ha demostrado con absoluta claridad la efectividad inmediata y a largo plazo de la exposición y prevención de respuesta (EPR) para el TOC (para revisiones véanse, Foa & Kozak, 1996; Foa, Franklin & Kozak, 1998; Kozak & Coles, 2005; Rowa, Antony & Swinson, 2007). La TCC, que incluye tanto la EPR como la terapia cognitiva, se recomienda en la actualidad como tratamiento alternativo, bien como único tratamiento o en combinación con medicación SRI, para todos los casos TOC en adultos (March, Frances, Carpenter & Kahn, 1997). En esta breve revisión, adoptamos la corriente actual de referirnos a la EPR como tratamiento que es inicialmente conductual con sólo un leve énfasis en los procesos cognitivos, y la terapia cognitiva como el tratamiento que consiste sobre todo en la reestructuración cognitiva sin un EPR formal y la TCC como el tratamiento que hace un énfasis casi similar en la EPR y en la reestructuración cognitiva.

En la actualidad está bien establecido que la EPR es un tratamiento efectivo para el TOC (p. ej., Foa, Liebowitz et al., 2005; Marks, Hodgson & Rachman, 1975; Rachman et al., 1979) y que también es efectivo cuando se ofrece a pacientes externos (Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt & Foa, 2000) o cuando se ofrece a los pacientes de minorías étnicas (Friedman et al., 2003). En su revisión de 12 estudios de resultados que implicaban a 330 pacientes con TOC, Foa y Kozak (1996) concluyeron que el 83% de los pacientes habían mejorado con la EPR. Muchos estudios meta-analíticos han concluido que la EPR se asocia con tamaños significativos de efectos pre-post tratamiento (Abramowitz, 1996; Abramowitz, Franklin & Foa, 2002; Eddy, Dutra, Bradley & Westen, 2004; Kobak, Greist, Jefferson, Katzelnick & Henk, 1998; van Balkom et al., 1994) y reducciones medias en los síntomas que oscilan entre el 48 y el 59% (véase Kozak & Coles, 2005). El porcentaje de pacientes que alcanzan la recuperación en el postratamiento oscila entre el 24 y el 73%, definida la recuperación como la reducción de síntomas entre el 25 y el 50% (Eddy et al., 2004; Fisher & Wells, 2005). Sin embargo, cuando se emplean criterios más estrictos, menos del 30% de los pacientes no presentan síntomas en el postratamiento (Fisher & Wells, 2005).

Se ha demostrado que la EPR es significativamente más efectiva que la medicación a solas (Foa, Liebowitz et al., 2005), aunque otros estudios han hallado efectos de tratamiento equivalentes (van Balkom et al., 1998; véase revisión de comparaciones de Christensen, Hadzi-Pavlovic, Andrews & Mattick, 1987) o una posible ventaja derivada de la combinación de EPR y medicación SRI (Cottraux et al., 1990; Hohagen et al., 1998). En su estudio meta-analítico Eddy et al. (2004) revelaron tamaños de efecto mayores para la EPR o terapia cognitiva que para la medicación a solas, pero los tamaños de efecto más importantes se encontraron para las condiciones de farmacoterapia y psicoterapia combinadas. Aunque solamente unos pocos estudios se refieren a los seguimientos a largo plazo, Foa y Kozak (1996) concluyeron que el 76% de los pacientes mantenían sus logros del tratamiento durante una media de 29 meses. Sin embargo, una proporción significativa de individuos TOC (37%) se negaba a la EPR, abandonaba la terapia o no respondía (Stanley & Turner, 1995) y sólo una minoría de quienes completaban el tratamiento lo concluían sin síntomas en el postratamiento (p. ej., Fisher & Wells, 2005). En este mismo orden, sólo algunos subtipos de TOC podrían no responder tan bien a la EPR como los individuos con obsesiones puras, acumulación o contaminaciones mentales (Rachman, 2003, 2006; Steketee & Frost, 2007). Por ello, a pesar de la eficacia documentada de la EPR, sigue abierta la posibilidad de mejorar los resultados.

Los recientes estudios sobre resultados de tratamiento TOC mediante la TCC que conceden un peso equivalente a las intervenciones cognitivas y a la EPR son más relevantes para la terapia cognitiva descrita en este capítulo. Aunque estos estudios no sean aún numerosos, los resultados iniciales parecen ser muy alentadores, y la TCC muestra efectos intensos de tratamiento (p. ej., Franklin, Abramowitz, Bux, Zoellner & Feeny, 2002; Freeston et al., 1997; O'Connor, Aardema, Bouthillier et al., 2005; Malean et al., 2001; van Oppen, de Haan et al., 1995; Whittal et al., 2005). Además, los pacientes que muestran una buena respuesta a la TCC experimentan también una mejoría significativa en su calidad de vida que va más allá de la reducción de síntomas TOC (Diefenbach, Abramowitz, Norberg & Tolin,

2007; Norberg, Calamari, Cohen & Riemann, 2007). Sin embargo, una cuestión crítica es si al añadir intervenciones cognitivas a la EPR se mejora el tratamiento en comparación con el enfoque estrictamente conductual de tratamiento. Los hallazgos derivados de los estudios de comparación no son muy determinantes. Algunos investigadores revelan que la TCC (terapia cognitiva más EPR) es equivalente a la EPR a solas (O'Connor, Aardema, Bouthillier et al., 2005; Whittal et al., 2005), mientras que otros sugieren que la EPR más intensiva a solas puede ser la más efectiva (Malean et al., 2001) y un estudio, como mínimo, revela la superioridad de la TCC (van Oppen, de Haan et al., 1995). Parece que la TCC grupal para el TOC es menos efectiva que la terapia individual (Fisher & Wells, 2005; Malean et al., 2001; O'Connor, Freeston et al., 2005).

Incluso si se considera que la TCC es equivalente a la EPR a solas, esto no sería un hallazgo incoherente porque podría defenderse que la adición de intervenciones cognitivas debilitaría la potencia de la EPR reduciendo la cantidad de exposición que reciben los pacientes en la terapia (véanse argumentos de Kozak, 1999). Kozak y Coles (2005) concluían su revisión de la literatura sobre resultados señalando que no estaba justificada la adición de intervenciones de terapia cognitiva a la exposición intensiva, supervisada por el terapeuta y a la rigurosa abstinencia de los rituales compulsivos, porque de hecho podría reducir la efectividad de la terapia conductual. Sin embargo, Fama y Wilhelm (2005) señalan que es insuficiente la cantidad de estudios que han comparado directamente la TCC con la EPR y que se han empleado protocolos subóptimos de terapia cognitiva en algunos de los estudios incluidos en las revisiones literarias. Además, Fama y Wilhelm defienden que dado el reciente advenimiento de la terapia para el TOC, sería recomendable seguir mejorando y elaborando las intervenciones cognitivas en lugar de descartarlas prematuramente por inefectivas.

Diversos estudios han demostrado que las intervenciones cognitivas exclusivamente, sin instrucciones explícitas para ejecutar la exposición y prevención de respuesta, pueden producir una mejoría significativa de los síntomas obsesivos y compulsivos. En uno de estos estudios 65 pacientes externos TOC que habían sido asignados

al azar a 20 sesiones de terapia cognitiva o a 20 horas de EPR intensiva mostraron una respuesta equivalente en el postratamiento y en el seguimiento (Cottraux et al., 2001). Wilson y Chambless (2005) proporcionaron terapia cognitiva sin EPR a seis pacientes TOC y revelaron que dos de los seis estaban recuperados en el postratamiento. Freeston, Léger y Ladouceur (2001) emplearon terapia cognitiva que contemplaba específicamente las seis valoraciones y creencias del TOC comentadas en este capítulo y obtuvieron una mejoría significativa en el postratamiento en cuatro de los seis pacientes con obsesiones puras sin compulsiones abiertas. Muchos estudios de caso previos indicaban que sólo la terapia cognitiva puede producir cambios clínicamente significativos en pacientes con rituales compulsivos de comprobación (Ladouceur, Léger, Rhéaume & Dubé, 1996; Rhéaume & Ladouceur, 2000). En comparación con el grupo de control en lista de espera, Jones y Menzies (1998) revelaron que los pacientes con rituales compulsivos de lavado, que recibieron un protocolo de tratamiento basado específicamente en intervenciones cognitivas sin exposición a los estímulos provocadores, mostraban reducciones significativas de los síntomas pre-post tratamiento. En un estudio posterior, cuatro de cinco pacientes con TOC intratable que no habían respondido a la EPR mostraron una mejoría significativa de los síntomas siguiendo el mismo protocolo anterior (Krochmalik, Jones & Menzies, 2001). En su totalidad, estos estudios indican que sólo las intervenciones cognitivas pueden tener un efecto significativo en la reducción de síntomas, aunque los tamaños de efecto sean menores que cuando se comparan con la EPR intensiva (Abramowitz et al., 2002).

Pauta clínica 11.14

La terapia cognitiva individual es un tratamiento efectivo para el TOC que puede demostrarse particularmente beneficiosa para ciertos subtipos de TOC como los individuos con obsesiones puras y sin compulsiones abiertas. Las intervenciones cognitivas deberían ser introducidas durante las sesiones iniciales juntamente con ejercicios conductuales frecuentes e intensivos de exposición y que serán empleadas a lo largo de todo el tratamiento.

Resumen y conclusión

Desde diversos puntos de vista el TOC es el trastorno de ansiedad más difícil y complejo dada su presentación heterogénea e idiosincrásica de síntomas. Es una condición sorprendente porque los individuos revelan una ansiedad intensa ante el pensamiento más inocuo e incluso increíble (p. ej., “Yo podría contagiar una enfermedad mortal a los demás porque estoy contaminado de radioactividad”) y simultáneamente reconocen lo absurdo e imposible de su miedo. Un miedo tan irracional requiere la adaptación del enfoque cognitivo estándar.

En este capítulo se ha presentado una teoría metacognitiva que explica la persistencia de los síntomas obsesivos y compulsivos en términos de falsas valoraciones y creencias que conducen a evaluaciones exageradas de que la obsesión representa una amenaza personal significativa que podría asociarse con consecuencias catastróficas (Rachman, 1997). Las valoraciones que conllevan una sobrestimación de la amenaza, responsabilidad inflada, excesiva importancia del pensamiento (es decir, TAF), control de pensamientos, intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo participan como procesos cognitivos claves, juntamente con un razonamiento inductivo erróneo, y llevan al individuo propenso a la obsesión a malinterpretar los pensamientos intrusos indeseados normales. Una vez que la intrusión mental sea considerada como una amenaza personal altamente significativa, el individuo inicia varias respuestas abiertas y encubiertas para controlar o neutralizar el miedo obsesivo. Sin embargo, la repetida neutralización (p. ej., ritual compulsivo) y las malinterpretaciones de importancia relativas a la falta de control contribuirán también a la persistencia de la obsesión. Esto da inicio a un ciclo cada vez mayor de ansiedad elevada, donde el aumento en la frecuencia y saliencia de la obsesión se asocia con el repetido fracaso en el logro de una neutralización efectiva o de un estado de calma satisfactorio. Tal y como se ha revisado en el capítulo, existen cada vez más pruebas empíricas que respaldan el modelo cognitivo de las obsesiones, especialmente la amenaza sobrestimada, la responsabilidad inflada, el TAF y la necesidad de control de pensamientos. Se ha presentado una terapia cognitiva para el TOC de ocho com-

ponentes en la cual, los principales ingredientes terapéuticos son la reestructuración cognitiva, la experimentación conductual basada en la exposición y la prevención de respuesta que tratan las falsas valoraciones y creencias específicas del TOC.

En los últimos años hemos atestiguado una cantidad creciente de investigación sobre las bases cognitivas del TOC. Sin embargo, sólo hemos comenzado a desarrollar un enfoque cognitivo para el mismo y sigue habiendo multitud de cuestiones por investigar. ¿Son específicas del TOC las falsas valoraciones y creencias, y son éstas causa o consecuencia del trastorno? ¿Sufren los individuos con TOC de escaso control mental o el problema se deriva de su valoración subjetiva del control y de las consecuencias anticipadas? ¿Presentan algunos individuos una vulnerabilidad subjetiva al TOC? ¿Constituyen las intervenciones cognitivas un valor añadido más allá de los efectos de la exposición y prevención de respuesta? ¿Es el enfoque cognitivo de tratamiento más efectivo para algunos subtipos de TOC que para otros? ¿Añadir intervenciones cognitivas aumenta los efectos profilácticos de la TCC como se observa en el tratamiento de la depresión? Aunque queden aún muchas cuestiones a resolver para la investigación futura, la perspectiva cognitiva está ofreciendo nuevos puntos de vista, en particular, sobre el conocimiento y tratamiento de las obsesiones.

Apéndice 11.1

Registro Diario de la Obsesión Primaria

Nombre: _____ Fecha: _____

Obsesión primaria: _____

Instrucciones: En consulta con su terapeuta, por favor registre el pensamiento, imagen o impulso obsesivo que más le moleste en este momento. Señale el número aproximado de veces que experimenta la obsesión cualquier día particular. A continuación complete las escalas de valoración de cada día que indiquen su experiencia más típica de la obsesión durante ese día. Este formulario debe ser cumplimentado cada noche al acostarse.

Día de la semana	Frecuencia aproximada de la obsesión durante el día	Angustia media de la obsesión (0 = ninguna, 100 = extrema, próxima al pánico)	Intensidad del esfuerzo por controlar la obsesión (0 = ningún esfuerzo, 100 = esfuerzo enorme por dejar de pensar en la obsesión)	Intensidad de la urgencia a ejecutar la compulsión o neutralización (0 = ninguna urgencia, 100 = urgencia irresistible)
Domingo				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 11.2

Registro de Estrategias de Control Asociadas a la Obsesión Primaria

Nombre: _____ Fecha: _____

Obsesión primaria: _____

Instrucciones: En consulta con su terapeuta, por favor registre el pensamiento, imagen o impulso obsesivo que más le moleste en este momento. A continuación encontrará diversos modos que emplean las personas para detener sus pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos. Por favor indique la frecuencia y el éxito de cada estrategia de control en relación a su obsesión primaria. Use la escala de valoración que se incluye en cada categoría.

Listado de estrategias de control asociadas con la obsesión primaria	Frecuencia de uso de dicha estrategia 0 = nunca 1 = ocasionalmente 2 = a menudo 3 = frecuentemente 4 = diariamente 5 = muchas veces por día	¿Qué grado de efectividad presenta esta estrategia para detener el pensamiento obsesivo? 0 = nunca efectiva 1 = ocasionalmente efectiva 2 = a menudo efectiva 3 = frecuentemente efectiva 4 = siempre efectiva	¿Qué grado de efectividad presenta esta estrategia para reducir la angustia? 0 = nunca efectiva 1 = ocasionalmente efectiva 2 = a menudo efectiva 3 = frecuentemente efectiva 4 = siempre efectiva
1. Iniciar una compulsión conductual (p. ej., lavar, comprobar, repetir). [CC]			
2. Iniciar una compulsión mental (p. ej., decir una frase particular, repetir una oración, pensar en algo específico). [CM]			
3. Pensar en las razones por las que la obsesión carece de sentido, no es importante o es irracional. [RC]			
4. Tratar de tranquilizarme pensando que todo saldrá bien. [AC]			
5. Buscar la confirmación de los demás de que todo saldrá bien. [CA]			

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles). Estrategias adaptadas de Freeston y Lado-uceur (2000), de Wells y Davies (1994) y de Purdon y Clark (1994b)

Apéndice 11.2 (cont.)

Listado de estrategias de control asociadas con la obsesión primaria	Frecuencia de uso de dicha estrategia 0 = nunca 1 = ocasionalmente 2 = a menudo 3 = frecuentemente 4 = diariamente 5 = muchas veces por día	¿Qué grado de efectividad presenta esta estrategia para detener el pensamiento obsesivo? 0 = nunca efectiva 1 = ocasionalmente efectiva 2 = a menudo efectiva 3 = frecuentemente efectiva 4 = siempre efectiva	¿Qué grado de efectividad presenta esta estrategia para reducir la angustia? 0 = nunca efectiva 1 = ocasionalmente efectiva 2 = a menudo efectiva 3 = frecuentemente efectiva 4 = siempre efectiva
6. Distraerme haciendo algo. [DCc]			
7. Distraerme pensando en otro pensamiento o imagen agradable. [DCo]			
8. Tratar de relajarme. [R]			
9. Decirme que deje de pensar en la obsesión. [DP]			
10. Enfadarme, castigarme por pensar en la obsesión. [C]			
11. Tratar de evitar cualquier cosa que provoque la obsesión. [E]			
12. No hacer nada cuando me obsesione. [NH]			

Clave de codificación: CC = compulsión conductual, CM = compulsión mental, RC = reestructuración cognitiva, AC = auto-confirmación, CA = confirmación ajena, DCc = distracción conductual, DCo = distracción cognitiva, R = relajación, DP = detención del pensamiento, C = castigo, E = evitación, NH = no hacer nada.

12

Terapia cognitiva del trastorno por estrés postraumático

La visión sin la acción es un ensueño;
la acción sin la visión, una pesadilla.

PROVERBIO JAPONÉS

Edward era un hombre de 42 años con un currículum de 20 años de servicios distinguidos en la Infantería canadiense. Inmediatamente después de finalizar su licenciatura en Filosofía se alistó al ejército. Estaba entusiasmado y pleno de optimismo con la decisión profesional adoptada, deseando “ver el mundo” y cambiar la vida de las personas que se encontraran atrapadas por la pobreza o el conflicto. El potencial de Edward fue inmediatamente reconocido por sus superiores y recibió múltiples promociones, condecoraciones y acceso a entrenamiento especial. Fue seleccionado para tres viajes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en misiones de mantenimiento de paz, viajes que los soldados consideraban como asignaciones muy deseables porque constituían oportunidades importantes de promoción. Edward disfrutaba de una situación familiar estable, tenía una estrecha relación con su esposa y con sus dos hijas pequeñas. Económicamente disfrutaban de una posición segura y tenían una vida social activa con sus colegas de trabajo más próximos. Para Edward la vida progresaba en una dirección previsible y muy satisfactoria.

Pero en 1994 todo esto cambió. Dos años atrás Edward había aceptado participar en una misión de paz que conllevó un viaje de 4 meses por la antigua Yugoslavia. El trabajo era intenso con jornadas laborales muy prolongadas, puestos mortales de control de carreteras. Además tuvo que atestiguar la muerte de su amigo al estallar una mina. Volvió a Canadá habiendo aumentado su nivel de consumo de alcohol, pero volvió a sumergirse en el trabajo. Su siguiente misión llegó en 1994, cuando se ofreció voluntario para acudir durante 6 meses a un pequeño país africano que casi desconocía, Rwanda. Sin saberlo, Edward iba a introducirse en un país que experimentaría el peor de los genocidios de la historia –el asesinato de 800.000 personas durante un período de entre 3 y 4 meses. Las consecuencias del genocidio eran visibles en cualquier lugar de Rwanda, y las imágenes de los asesinatos y del sufrimiento quedaron grabadas en la mente de Edward. Recordaba las muchedumbres de refugiados amedrentados y hambrientos caminando por las carreteras o dando vueltas alrededor de su camión en busca de comida y seguridad. Aún podía seguir oliendo el aire apestado por los cuerpos putrefactos que yacían a lo largo de todo el territorio y las imágenes de mujeres y niños hacinados en iglesias y centros de reunión de los pueblos. Recordaba las escenas de fosas comunes y de cuerpos flotando en el río. Aún podía ver la cara de una niña de 5 años a quien conoció en un orfanato y que sospecha que fue posteriormente asesinada por el Ejército Patriótico de Rwanda (EjPR). Revivía el miedo a aproximarse a los puntos de control, donde los jóvenes soldados ruandeses visiblemente intoxicados y armados con metralletas automáticas y machetes les sobrepasaban en número. Edward podía ver el coste que el viaje estaba teniendo sobre él y sobre sus soldados. Fue testigo del suicidio de uno de sus camaradas, quien se pegó un tiro frente al estadio de Kigali.

Cuando Edward volvió a Canadá, asumió inmediatamente una carga laboral normal de tareas y deberes. De hecho, 4 años después aceptó un viaje final de 9 meses a Bosnia con la misión de eliminar las minas antipersona. Aunque él mismo no observó ningún trauma, el trabajo fue intenso, estresante y muy peligroso. Volvió de aquel viaje sin energía, sin interés por la vida, depri-

mido, indefenso, cínico, furioso y fuera de control, distanciado y alienado de los demás. Durante los siguientes años Edward fue capaz de seguir funcionando en su trabajo, pero su estado mental y emocional se deterioraba incesantemente. Estaba cada vez más deprimido, irritable, ansioso, fácilmente frustrado y distante. Con frecuencia tenía brotes de ira en casa que asustaban a su esposa e hijas. Comenzó a mostrarse cada vez más ansioso socialmente y, llegado un momento, se negó a tener contactos sociales ajenos a su contexto laboral. La mayoría de las noches y durante los fines de semana se quedaba solo en casa, frente al televisor bebiendo hasta emborracharse. Le costaba mucho conciliar el sueño y cuando lo hacía, a menudo, solía despertarse con pesadillas de Rwanda. En 2002 su mujer y sus hijas lo abandonaron, y algunos meses después su mujer solicitó el divorcio. Impulsado por la desesperación y el apoyo de su familia, Edward se sobrepuso al estigma de los servicios de salud mental y solicitó tratamiento psiquiátrico y psicológico.

La evaluación inicial reveló que Edward satisfacía los criterios diagnósticos de varios trastornos del Eje I: TEPT crónico, dependencia del alcohol y depresión mayor recurrente. La administración del módulo SCID para el TEPT reveló que su experiencia en Rwanda podría clasificarse como un acontecimiento traumático, Criterio A. Además, Edward reexperimentaba múltiples síntomas entre los que se encontraban (1) pensamientos e imágenes recurrentes de las multitudes ruandesas y de la niña pequeña, (2) pesadillas recurrentes, (3) *flashbacks* de las multitudes ruandesas o imágenes intrusas de la pequeña con un gorila vestido con uniforme del EjPR y (4) temblores intensos y nerviosismo al exponerse a los recuerdos de Rwanda. Desarrolló una evitación extensiva hacia todo lo que le recordara a Rwanda, incluido cierto tramo de autopista próximo a su domicilio así como los centros comerciales o grandes almacenes que estuvieran repletos de personas. Tenía muy poco interés por las actividades sociales y se sentía distanciado e incapaz de empatizar con los demás. Experimentaba también elevados síntomas de activación, como dificultad para conciliar el sueño, brotes de ira y dificultad para concentrarse, incluyendo episodios de disociación. En el Inventario de Depre-

sión de Beck– II obtuvo una puntuación de 40 y se atribuyó la afirmación relativa a presentar pensamientos suicidas aunque no los llevara a cabo.

Edward comenzó con un largo tratamiento de TCC individual así como con numerosas combinaciones de medicación a intervalos con un programa de 4 semanas de recuperación del TEPT y varias iniciativas de rehabilitación del alcohol. La TCC contempló varios pensamientos y creencias automáticas relacionadas con el trauma, los síntomas TEPT y la depresión, pero incluyó también otros componentes de tratamiento como la exposición al trauma, la relajación aplicada, la exposición gradual y la activación conductual.

En las restantes páginas del presente capítulo volveremos a referirnos a Edward a fin de ilustrar las bases cognitivas del TEPT y su tratamiento. Pero, antes de eso comenzaremos con una breve consideración de las dificultades diagnósticas en el TEPT, así como de la naturaleza del trauma y de los predictores de riesgo y resiliencia. Esto irá seguido por una descripción del modelo cognitivo para el TEPT y su estado empírico. El resto del capítulo se destina a la evaluación cognitiva, formulación del caso, tratamiento y su eficacia.

Consideraciones diagnósticas

Criterios diagnósticos DSM-IV

El TEPT fue inicialmente introducido como constructo diagnóstico oficial en el DSM-III (APA, 1980). Es el único trastorno de ansiedad que incluye una variable etiológica entre sus criterios diagnósticos, es decir, que el TEPT se define como la respuesta de una persona ante un acontecimiento específico (McNally, 2003a). Para satisfacer los criterios diagnósticos del TEPT DSM-IV, se requiere la exposición a un suceso extremadamente traumático (Criterio A1) en el que (1) el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; (2) el individuo ha atestiguado un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas y/o (3) el

individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves (APA, 2000). Además, la respuesta de la persona ante este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (Criterio A2). Por consiguiente, el TEPT puede aparecer en respuesta a una amplia gama de sucesos traumáticos como una guerra, agresión, tortura, crimen, accidentes graves de tráfico, accidentes laborales, desastres naturales, encarcelamiento como prisionero de guerra o internamiento en un campo de concentración, muerte repentina de una persona querida, recibir un diagnóstico de enfermedad potencialmente mortal y similares (APA, 2000; Keane & Barlow, 2002). En la Tabla 12.1 se presentan los criterios diagnósticos para el TEPT del DSM-IV-TR.

Tres categorías de síntomas adicionales deben también estar presentes en respuesta al estresor traumático a fin de satisfacer los criterios diagnósticos del TEPT. Resick, Monson y Rizvi (2008) hicieron varias observaciones a tenor de estas categorías de síntomas. Como mínimo es necesario que el síntoma de reexperimentación esté presente, el cual equivalga a alguna forma de recuerdo intruso del trauma y esté asociado con un intenso afecto negativo y se experimente de una manera incontrolable. La evitación y los síntomas de embotamiento (Criterio C) pueden reflejar el esfuerzo del individuo por alcanzar cierta distancia psicológica del trauma y reducir las emociones negativas asociadas con la reexperimentación de los síntomas. Los síntomas de hiperactivación fisiológica (Criterio D) reflejan el estado persistente de hipervigilancia del individuo ante nuevas amenazas o peligros, pero al fin esto tendrá efectos negativos sobre el funcionamiento diario. El criterio relativo a la duración de 1 mes se incluye porque la mayoría de los individuos (es decir, más del 90%) experimenta síntomas sistemáticos de TEPT inmediatamente después de un trauma pero tales síntomas remiten para la mayoría de los individuos entre el tercer o sexto mes (Monson & Friedman, 2006). El DSM-IV introdujo también el criterio del malestar clínicamente significativo o deterioro funcional para el TEPT, que juntamente con el criterio de la respuesta emocional al trauma (A2) trataba de hacer un diagnóstico más riguroso del TEPT (Norris & Slone, 2007).

**Tabla 12.1. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR
para el trastorno por estrés postraumático**

-
- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
- (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 - (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
- (1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones
 - (2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar
 - (3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashbacks*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse)
 - (4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
 - (5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausentes antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
 - (2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
 - (3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
 - (4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
 - (5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás
 - (6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
 - (7) sensación de un futuro limitado (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, tener la esperanza de una vida normal)
- D. Síntomas persistentes de aumento de activación (*arousal*) (ausentes antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
 - (2) irritabilidad o ataques de ira
 - (3) dificultades para concentrarse
 - (4) hipervigilancia
 - (5) respuestas exageradas de sobresalto
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Nota. De la Asociación Americana de Psiquiatría (2000). Copyright 2000 de American Psychiatric Association. Reproducción autorizada.

Pauta clínica 12.1

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es un trastorno de ansiedad crónica que ocurre en respuesta a uno o más estresores traumáticos y se caracteriza por la reexperimentación de síntomas intrusos relacionados con el trauma, la evitación, el embotamiento emocional y la persistente hiperactivación que origina un malestar clínico pronunciado o un deterioro funcional.

Trastorno por estrés agudo

Otro progreso importante del DSM-IV fue la inclusión del trastorno por estrés agudo (TEA) a fin de explicar las reacciones iniciales al trauma (es decir, respuestas peritraumáticas) y predecir el subsiguiente TEPT. Esta categoría diagnóstica fue desarrollada para cubrir el intervalo de 1 mes impuesto para el TEPT y para contemplar la respuesta inmediata de los individuos al estresor traumático que, a menudo, incluye importantes síntomas disociativos (Friedman, Resick & Keane, 2007). Se basa en la idea de que las reacciones disociativas dificultarán la recuperación porque impedirán el acceso al afecto y a los recuerdos de la experiencia traumática (Harvey & Bryant, 2002). En la Tabla 12.2 se presentan los criterios diagnósticos DSM-IV para el TEA.

Es abundante la controversia existente sobre la validez diagnóstica y predictiva del TEA. El elemento central del trastorno es la presencia de los síntomas disociativos prominentes (Criterio B). El DSM-IV-TR define la disociación como “una disrupción en las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad o percepción” (APA, 2000) tal y como lo indican la desrealización, los *flashbacks*, la despersonalización o las experiencias externas al cuerpo, la sensación de que se ralentiza o acelera el tiempo, el embotamiento emocional y la incapacidad para recordar aspectos de la experiencia traumática. McNally (2003b) señala que este modo de definir el constructo de la disociación es excesivamente vago, abstracto y global para disfrutar de capacidad explicativa. Adicionalmente, Panasetis y Bryant (2003) hallaron que la disociación persistente o continua podía relacionarse con las reacciones postraumáticas mientras que la disociación peritraumática, que se produce durante el acontecimiento traumático, puede incluso llegar a tener una función más adaptativa.

**Tabla 12.1. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR
para el trastorno por estrés agudo**

-
- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
- (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas a su integridad física o a la de los demás
 - (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos
- B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
- (1) sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia re reactividad emocional
 - (2) reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
 - (3) desrealización
 - (4) despersonalización
 - (5) amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)
- C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (*arousal*) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.
-

Nota. De la Asociación Americana de Psiquiatría (2000). Copyright 2000 de American Psychiatric Association. Reproducción autorizada.

El TEA se produce en proporciones que oscilan entre el 13 y el 33% de los adultos y entre el 17 y el 21% de los niños y adolescentes expuestos a acontecimientos traumáticos (p. ej., Brewin, Andrews, Rose & Kira, 1999; Classen, Koopman, Hales & Spiegel, 1998; Bryant & Harvey, 1998; Harvey & Bryant, 1998b; Kangas, Henry & Bryant, 2005; Meiser-Stedman, Dalgleish, Smith & Glucksman, 2007). Aunque entre el 75 y el 80% de los individuos con TEA suelen satisfacer posteriormente los criterios diagnósticos del TEPT (Brewin et al., 1999; Bryant

& Harvey, 1998; Harvey & Bryant, 1998b), es posible que el TEA no sea el mejor predictor del TEPT (véase revisión de Harvey & Bryant, 2002) porque (1) un diagnóstico TEA no predice mejor que los criterios TEPT preexistentes, (2) muchas personas desarrollan TEPT sin un TEA previo, (3) sólo una submuestra de síntomas TEA predice el TEPT, mientras que otros síntomas no lo hacen y (4) el TEA podría patologizar en exceso una respuesta adaptativa transitoria a un estrés traumático (Bryant, 2003; Harvey & Bryant, 2002; Shalev, 2002). A pesar de estas dudas relativas a la validez predictiva, la TCC es un tratamiento efectivo para el TEA en términos de reducir el subsiguiente desarrollo de TEPT (Bryant, Moulds & Nixon, 2003; Bryant et al., 2006).

Pauta clínica 12.2

El trastorno por estrés agudo (TEA) es un estado de ansiedad inmediata en respuesta a un acontecimiento traumático en el que los síntomas disociativos agudos predominan juntamente con algunos síntomas de reexperimentación relacionada con el trauma, evitación e hiperactivación que en conjunto causan un malestar acusado o deterioro funcional. La mayoría de los individuos con TEA, en un futuro, pueden llegar a satisfacer los criterios del TEPT.

Controversia diagnóstica

El debate relativo a los problemas prácticos y conceptuales asociados al diagnóstico TEPT ha sido muy abundante (Rosen, Spitzer & McHugh, 2008; Spitzer, First & Wakefield, 2007). En primer lugar, parece que no es necesario ni suficiente que ocurra un acontecimiento traumático para que se desarrolle TEPT (Rosen et al., 2008). Los individuos pueden satisfacer los criterios de síntomas TEPT tras acontecimientos que no se corresponden con el Criterio A, como una ruptura marital, divorcio, duelo, ruptura amistosa y similares (Rosen & Lilienfeld, 2008) y tampoco se ha confirmado sistemáticamente que exista una relación entre la dosis y la respuesta (es decir, que el TEPT más grave no necesariamente se asocia con el trauma más grave) (McNally, 2003a; Rosen & Lilienfeld, 2008). McNally (2003a) se ha mostrado muy crítico con la ampliación de los acontecimientos que pueden calificarse como estresores del Criterio A del DSM-IV,

señalando que esta tendencia podría estar medicalizando las reacciones humanas esperadas ante el trauma.

En segundo lugar, es débil e inconsistente la confirmación obtenida a través de los estudios factoriales para los tres agrupamientos de los síntomas centrales del DSM-IV (reexperimentación, evitación/embotamiento y activación fisiológica) (p. ej., Palmieri, Weathers, Difede & King, 2007; Simms, Watson & Doebbeling, 2002; véase también Resick et al., 2008, para una revisión). Además, los análisis taxométricos sugieren que el TEPT no es un síndrome discreto sino más bien una condición dimensional que representa el extremo más grave de un continuo que oscila desde las reacciones más leves hasta las experiencias traumáticas (Ruscio et al., 2002).

En tercer lugar, ante el trauma suelen producirse otras respuestas emocionales negativas como la culpabilidad y la vergüenza que son evidentes en el TEPT pero no se incluyen en el DSM-IV (véase Resick et al., 2008). Otros problemas diagnósticos detectados son (1) la presencia de síntomas TEPT en otros trastornos como la depresión mayor (Bodkin, Pope, Detke & Hudson, 2007), (2) una visible variabilidad en la presentación de síntomas en los diferentes casos de TEPT, (3) un alto ratio de comorbilidad y (4) los esfuerzos fallidos por encontrar algún índice biológico o psicológico distinto para el trastorno (Rosen & Lilienfeld, 2008). Estas cuestiones diagnósticas pueden tener importantes implicaciones en el momento en que los terapeutas deben establecer un diagnóstico TEPT fiable sin hacer uso de entrevistas diagnósticas estructuradas (Nielssen & Large, 2008). Además, las preocupaciones relativas a la validez diagnóstica podrían llevarnos a altos índices de positivos falsos (McNally, 2007b). A la luz de estos problemas diagnósticos, muchos investigadores solicitan la reconsideración de la nosología del TEPT y sugieren revisiones importantes para el DSM-V (Rosen et al., 2008; Spitzer et al., 2007).

Pauta clínica 12.3

Las características diagnósticas que definen el TEPT siguen siendo debatidas, incluida la naturaleza y gravedad de la experiencia traumática requerida para el diagnóstico.

Epidemiología y características clínicas

Prevalencia de la exposición al trauma

Existe mucha discrepancia entre la cantidad de personas expuestas a acontecimientos traumáticos que satisfacen el Criterio A del DSM-IV-TR y la minoría muy inferior que desarrolla TEPT en algún momento. De hecho, hacia el comienzo de la edad adulta el 25% de los individuos han experimentado como mínimo un acontecimiento traumático, y algunos individuos han experimentado para entonces múltiples acontecimientos traumáticos (Norris & Slone, 2007). Evidentemente los índices de prevalencia de estrés traumático aumentan dramáticamente en las poblaciones expuestas a guerras, violencia comunitaria, desastres naturales y similares.

El análisis de los datos de la muestra NCS indicaban que el 60,7% de los hombres y el 51,2% de las mujeres experimentaban como mínimo un acontecimiento traumático DSM-III-R, siendo los más comunes el de ser testigo de cómo es herida o asesinada otra persona, participar en un incendio o desastre natural y verse implicado en un accidente mortal (Kessler, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Otros estudios comunitarios o epidemiológicos a gran escala han confirmado que entre dos tercios y el 90% de los adultos ha experimentado como mínimo un acontecimiento traumático en su vida (p. ej., Breslau et al., 1998; Creamer, Burgess & McFarlane, 2001; Elliot, 1997).

La frecuencia y tipo de exposición al trauma no se distribuye equivalentemente en toda la población. Aunque se desconoce si algunos grupos étnicos experimentan más o menos trauma que otros, es posible que los ciudadanos urbanos estén expuestos a más violencia comunitaria (véase Norris & Slone, 2007). Además, ciertas profesiones se asocian con mayores índices de exposición traumática como el personal militar, el paramédico, los bomberos urbanos y equivalentes (p. ej., Corneil, Beaton, Murphy, Johnson & Pike, 1999; U.S. Department of Veteran Affairs, 2003). Asimismo, los países que han padecido guerras o inestabilidad política o que tienen bajos niveles de calidad de vida presentan índices más altos de exposición al trauma en su población (p. ej., Sachs, Rosenfeld, Lhewa, Rasmus-

sen & Keller, 2008; Seedat, Njenga, Vythilingum & Stein, 2004; Turner, Bowie, Dunn, Shapo & Yule, 2003).

El género es otro importante factor en la prevalencia del trauma. Aunque los hombres se exponen a más acontecimientos traumáticos que las mujeres (p. ej., Breslau et al., 1998; Vrana & Lauterbach, 1994), las mujeres son más propensas a experimentar trauma interpersonal como es el caso de las agresiones físicas o sexuales, violación y abuso infantil y los hombres suelen revelar victimización criminal, incendio/desastres, accidentes mortales, combates y ser atrapados como prisioneros (Breslau et al., 1998; Creamer, Burgess & McFarlane, 2001; Kessler, Sonnega et al., 1995; Williams, Williams et al., 2007). En efecto, aproximadamente un tercio de las mujeres experimenta agresión física o sexual (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders & Best, 1993). La agresión física y sexual se asocia con altos índices de TEPT, siendo la violación particularmente tóxica para el trastorno postraumático (Norris, 1992; Resnick et al., 1993). En el prestigioso estudio de Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock y Walsh (1992) las víctimas de violación fueron evaluadas prospectivamente 9 meses después de la agresión. En la evaluación inicial el 94% satisfacía los criterios de síntomas del TEPT, un mes después el 65%, 3 meses después el 47% presentaba TEPT y a los 9 meses el 47,1% satisfacía los criterios diagnósticos del TEPT. Así pues, los acontecimientos interpersonales traumáticos que conllevan una amenaza directa para la vida o seguridad del individuo se asocian con los mayores índices de TEPT. Esta tendencia también se observa en las muestras militares en las que se aprecia una relación significativa entre la cantidad de exposición al combate y los índices de TEPT (p. ej., Hoge, Auchterlonie & Milliken, 2006).

Pauta clínica 12.4

La mayoría de los adultos experimenta como mínimo un estresor traumático correspondiente al Criterio A, con una prevalencia superior en los hombres que en las mujeres. Aunque la mayoría de los individuos experimenta síntomas TEPT como respuesta inmediata al trauma, sólo una pequeña fracción desarrollará posteriormente TEPT DSM-IV.

Vulnerabilidad y desarrollo del TEPT

Dada la discrepancia entre la alta prevalencia del trauma y el muy inferior índice TEPT, una gran cantidad de investigación se ha centrado en los factores de vulnerabilidad potencial al trastorno. Los constructos de vulnerabilidad se corresponden con tres categorías: (1) los factores de vulnerabilidad resistentes que están presentes antes del trauma, (2) las características de la experiencia traumática y (3) las características del contexto posterior al trauma y las respuestas de afrontamiento de los individuos.

Factores de vulnerabilidad previos al trauma

Un meta-análisis a gran escala que incluye 77 estudios ha investigado una variedad de factores de riesgo que predecían el TEPT en muestras militares y civiles expuestas al trauma (Brewin, Andrews & Valentine, 2000). Se hallaron diferentes factores de riesgo para cada grupo. En las muestras civiles las siguientes variables pretrauma tenían pequeños tamaños de efecto para el TEPT: (1) ser mujer; (2) estatus socioeconómico bajo; (3) un historial psiquiátrico positivo; (4) un historial denunciado de abuso, otras experiencias traumáticas o adversidad infantil y (5) historial psiquiátrico familiar. En los estudios con muestras militares, una edad menor, la falta de educación y un rango minoritario sobresalían como variables pretrauma adicionales, pero el género ya no era un predictor significativo. Sin embargo, estas variables previas al trauma eran predictores mucho más débiles de riesgo al trauma que la gravedad del trauma o las variables posteriores al trauma como el apoyo social y el aumento del estrés vital subsiguiente.

Un meta-análisis más reciente de 476 estudios confirma que las variables previas al trauma, como el historial previo de trauma, los problemas psicológicos o psiquiátricos previos y el historial familiar de psicopatología tenían tamaños de efecto pequeños pero significativos para predecir el TEPT (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Otros estudios han mostrado que la cantidad de acontecimientos estresantes antes del trauma (Galea et al., 2002; Vrana & Lauterbach, 1994) y el historial de abuso sexual durante la infancia en mujeres supervivientes a la agresión sexual predecían la gravedad de los síntomas TEPT (Ull-

man, Filipas, Townsend, Starzynski, 2007). Breslau (2002) concluía que los trastornos psiquiátricos previos, el historial de trauma infantil y la historia familiar de trastornos psiquiátricos eran los factores pre-trauma de riesgo más coherentemente asociados con el TEPT.

Características del trauma

El tipo de trauma, su gravedad y la respuesta emocional del individuo son predictores más potentes del subsiguiente TEPT que ninguna otra variable pretrauma. La implicación personal en el acontecimiento traumático se asocia con un aumento del riesgo de TEPT comparado con la posición de ser testigo del hecho o de escucharlo (es decir, exposición vicaria) como experiencia traumática de un familiar (Breslau et al., 1998; Eriksson, Vande Kemp, Gorsuch, Hoke & Foy, 2001; véase Vogt, King & King, 2007). En este mismo orden, la proximidad geográfica al acontecimiento comunitario traumático, como el ataque terrorista del 11 de Septiembre o la proximidad al epicentro de un terremoto, se asocia con mayores índices de TEPT (p. ej., Galea et al., 2002; Pynoos et al., 1993).

Existen algunas pruebas según las cuales el TEPT aumenta con la gravedad del acontecimiento traumático (Brewin et al., 2000; Lauterbach & Vrana, 2001; Pynoos et al., 1993), aunque otros han concluido que las pruebas relativas a la relación dosis-respuesta no son sistemáticas (McNally, 2003; Rosen & Lilienfeld, 2008). La gravedad del trauma, definido en términos de exposición al combate, es el predictor de riesgo más significativo de desarrollar TEPT o sus síntomas en las muestras militares (p. ej., Hoge et al., 2006; Kulka et al., 1990; Lee, Vaillant, Torrey & Elder, 1995; Vogt, Samper, King, King & Martin, 2008). Asimismo, la percepción de que la propia vida peligra durante el acontecimiento traumático o de ser amenazado por los demás (Hollifield et al., 2008; Jeon et al., 2007; Ozer et al., 2003; Ullman et al., 2007) y los sucesos que causan lesiones se relacionan con mayores índices de TEPT (Rasmussen, Rosenfeld, Reeves & Keller, 2007). Por último, ciertos tipos de trauma que conllevan una amenaza o peligro interpersonal grave, como la violación, agresión física o sexual y abuso infantil, son particularmente tóxicas para el TEPT y sus síntomas (p. ej., Breslau et al., 1998; Creamer et al., 2001; Norris, 1992; Resnick

et al., 1993; Seedat et al., 2004; Vrana & Lauterbach, 1994). Por otra parte, los estresores traumáticos como los accidentes de tráfico, los desastres naturales y la visión o el conocimiento de traumas ocurridos a otras personas parecen estar asociados con una menor presencia de TEPT (Creamer et al., 2001; Jeon et al., 2007; Norris, 1992).

Ciertas respuestas emocionales en el momento del trauma predicen el posterior desarrollo del TEPT. Tal y como se ha comentado previamente, la presencia de TEA aumenta el riesgo de TEPT o de síntomas posteriores al trauma (Brewin et al., 1999; Bryant & Harvey, 1998; Harvey & Bryant, 1998b), como también lo hace la presencia y gravedad de síntomas tempranos relacionados con el TEPT (p. ej., síntomas de evitación y embotamiento) o las reacciones de estrés de combate (p. ej., Koren, Arnon & Klein, 1999; North et al., 1999; Solomon & Mikulincer, 2007). Los individuos que revelan intensas reacciones emocionales negativas como miedo, indefensión, horror, culpa o vergüenza durante o inmediatamente después del trauma presentan mayores niveles de TEPT (Ozer et al., 2003). Por último, la aparición de síntomas disociativos o de crisis de angustia durante el tiempo del trauma puede ser un predictor significativo del posterior TEPT (Galea et al., 2002; Ozer et al., 2003; véase Bryant, 2007 para un punto de vista opuesto).

Factores de riesgo posteriores al trauma

Un nivel bajo de apoyo social percibido que incluya las reacciones sociales negativas de los demás es un potente predictor del subsiguiente trastorno y síntomas TEPT (Brewin et al., 2000; Galea et al., 2002; Ozer et al., 2003; Ullman et al., 2007). Por el contrario, un alto nivel de apoyo social podría mitigar los efectos negativos de la exposición a acontecimientos que ponen en peligro la propia vida (Corneil et al., 1999; Eriksson et al., 2001). Asimismo, se han asociado ciertas respuestas de afrontamiento con mayores índices de TEPT como la negación, la auto-inculpación, la búsqueda de apoyo social, el retardo en la apertura y el desinterés por los esfuerzos de afrontamiento (Silver et al., 2002; Ullman et al., 2007). Las consecuencias negativas a largo plazo que se derivan del trauma, como la pérdida del puesto de trabajo, podrían aumentar el riesgo de TEPT (Galea et al., 2002). Y por último,

ciertas variables cognitivas han servido para predecir el TEPT como son las valoraciones sobrestimadas de amenaza, la baja seguridad percibida, la ausencia de optimismo, la desvinculación, la derrota mental y las creencias y valoraciones negativas sobre el trauma, sus consecuencias y síntomas TEPT (para más información al respecto, véase el apartado relativo a la investigación empírica del modelo cognitivo).

Implicaciones clínicas

Los resultados de las investigaciones sobre la vulnerabilidad y riesgo para el TEPT aportan información útil que puede incorporarse a la fase de formación de la terapia cognitiva y que puede emplearse en la reestructuración cognitiva para modificar las creencias y valoraciones negativas sobre los síntomas TEPT iniciales. Muchos individuos con TEPT se culpan a sí mismos por el trastorno. Edward, por ejemplo, creía que era culpa suya sufrir TEPT crónico. Creía que en su carácter debía haber alguna debilidad o alguna predisposición hacia la enfermedad mental que originaba el TEPT mientras otros soldados concluían su vida laboral sin aparentes dificultades de salud mental. El terapeuta pudo comentar con él las últimas investigaciones sobre los factores de riesgo para el TEPT, subrayando que las variables pretrauma predecían sólo débilmente quién desarrollaba TEPT en las muestras militares y que las variables relacionadas con la gravedad de la exposición al trauma, como son experimentar amenaza a la propia vida y el grado de exposición al combate, eran los predictores más importantes del trastorno. Señalamos también que las respuestas postrauma como las estrategias de afrontamiento y las formas de pensar sobre el trauma, sobre uno mismo y sobre el futuro eran elementos contribuyentes importantes en la persistencia del TEPT y éstas son variables que se pueden modificar con la terapia.

Pauta clínica 12.5

Las variables peritraumáticas y postraumáticas son predictores más potentes del desarrollo del TEPT que los factores de riesgo pretrauma. Este hallazgo puede usarse para contrarrestar las creencias maladaptativas de auto-inculpación que son tan habituales en el TEPT.

Características clínicas

Prevalencia y curso

La investigación epidemiológica sobre el TEPT establece una distinción entre prevalencia del trastorno en la población y prevalencia condicional, que examina los índices en poblaciones expuestas a trauma (Norris & Slone, 2007). También se ha estudiado la incidencia del TEPT en profesiones específicas asociadas con altos índices de exposición al trauma como el ejército, la policía, los trabajadores de servicios de emergencia, así como en respuesta a traumas comunitarios como un desastre natural (p. ej., terremoto) o ataque terrorista. Se han analizado los índices de TEPT a lo largo del tiempo, y los mayores índices se producen inmediatamente después del trauma y posteriormente van declinando durante los siguientes 3-6 meses.

Índices de TEPT en la población y en diversas profesiones

La prevalencia global de TEPT en la población de EEUU era del 7,8% en el NCS (10,4% en mujeres y 5,0% en hombres; Kessler et al., 1995) y del 6,8% en el NCS-R (Kessler, Berglund et al., 2005). Un estudio anterior basado en una muestra nacional representativa de mujeres ($N = 4.008$) revelaba un índice de prevalencia global del 12,3% (Resnick et al., 1993). Sin embargo, se han hallado índices inferiores en otros países como Australia (Creamer et al., 2001), Chile (Zlotnick et al., 2006) y Korea (Jeon et al., 2004). En base a los resultados de los estudios americanos, el TEPT sería el segundo trastorno después de la fobia social y específica en términos de mayor prevalencia en la población general.

Probabilidad condicional del TEPT

Como la presencia del trauma es un criterio necesario para el TEPT, tiene más sentido determinar los índices de trastorno entre los individuos expuestos al trauma. Se han realizado numerosos estudios con muestras militares en las que el riesgo de TEPT se relaciona directamente con la cantidad de exposición al combate (p. ej., Hoe et al., 2006; Ikin et al., 2007; Lee et al., 1995; Tanielian & Jaycox, 2008).

Según el Estudio Nacional de Readaptación de Veteranos del Vietnam (Kulka et al., 1990), el 30,9% de los hombres que sirvieron en la guerra del Vietnam desarrollaron TEPT y otro 22,5% sufrieron TEPT parcial, unas cifras extraordinariamente altas que han sido objeto de crítica (McNally, 2007b). El seguimiento durante 50 años de veteranos australianos de Korea produjo un índice de prevalencia global del 25,6%, que era sustancialmente superior al grupo de comparación no-veterano (4.6; Ikin et al., 2007). Un reciente estudio mediante entrevistas telefónicas al azar con 1.965 veteranos de Afganistán e Irak concluía que el 13,8% presentaba un probable diagnóstico TEPT (Tanielian & Jaycox, 2008). Índices de TEPT más altos se han encontrado entre bomberos (Corneil et al., 1999) y entre voluntarios internacionales (Eriksson et al., 2001; véase también Whalley & Brewin, 2007). Claramente el TEPT es un riesgo profesional para quienes están expuestos a altos ratios de experiencias de peligro mortal.

Numerosos estudios han documentado también índices elevados de TEPT para individuos de la población general expuestos a trauma. En el NCS el 20,4% de las mujeres expuestas al trauma presentaba una probabilidad global de TEPT frente al 8,1% de los hombres expuestos a trauma (Kessler et al., 1995). Entre el 20 y el 25% de los individuos expuestos a lesiones graves, accidentes de tráfico o desastres naturales, como el huracán Katrina (Galea et al., 2007) o el tsunami de Sri Lanka (Hollifield et al., 2008), desarrollan TEPT (p. ej., Koren et al., 1999; Mayou et al., 2001; Zatzick et al., 2007).

El trauma debido a terrorismo, como los ataques del 11 de Septiembre del World Trade Center o de las bombas del 5 de Julio en el metro londinense, puede causar un aumento inmediato en los síntomas relacionados con el estrés y la angustia incluso en las personas que no estén directamente expuestas al trauma, y estos síntomas pueden persistir durante meses, aunque a un nivel significativamente reducido (Rubin et al., 2007; Rubin, Brewin, Greenberg, Simpson & Wessely, 2005; Silver et al., 2002). Con todo, los individuos directamente expuestos a los ataques terroristas padecerán especialmente los mayores índices de TEPT (30-40%), de los cuales el 20% seguirá experimentando síntomas 2 años después (Galea et al., 2002; North et al., 1999; véase Whalley & Brewin, 2007). Por consiguiente, los altos índices de

TEPT y sus síntomas son evidentes inmediatamente después de la exposición a un acontecimiento que ponga en peligro la propia vida, pero 6 meses después la mitad o dos tercios de estos casos remitirán, muchas veces sin tratamiento (p. ej., Foa & Rothbaum, 1998; Mayou et al., 2001; Milliken, Auchterlonie & Hoge, 2007; véase Whalley & Brewin, 2007). Y sin embargo, una cantidad importante de individuos (es decir, un tercio) que presenta síntomas TEPT durante la fase aguda de exposición al trauma continuará experimentando una forma persistente y crónica del trastorno que será evidente muchos meses e incluso años después de la exposición al trauma (Kessler et al., 1995; véase también Norris & Slone, 2007, para una revisión).

Pauta clínica 12.6

Incluso aunque el TEPT sea una reacción transitoria ante la exposición al trauma que remite en dos tercios de los individuos durante los 3-6 meses siguientes, un tercio de los individuos expuestos al trauma desarrollará una forma crónica del trastorno que puede persistir durante muchos años. Los segmentos de la población con mayor exposición a traumas que conlleven peligro mortal presentan mayores índices del trastorno.

Género y cultura

Los estudios de riesgo, tanto los basados en la población como los condicionales, han observado que los síntomas relacionados con el estrés y el TEPT son evidentes en más mujeres que en hombres (p. ej., Breslau et al., 1998; Jeon et al., 2007; Galea et al., 2002; Galea et al., 2007; Kessler et al., 1995; Silver et al., 2002). Se han propuesto diversas explicaciones para este efecto del género en el TEPT, como (1) el mayor índice de exposición de las mujeres a traumas particularmente tóxicos como la violación o la agresión sexual (Creamer et al., 2001; Kessler et al., 1995), (2) un elevado historial psiquiátrico para otros trastornos de ansiedad y depresión, (3) una mayor tendencia a adoptar una respuesta emocional de miedo, indefensión u horror ante el trauma (Breslau & Kessler, 2001) o (4) un índice de confirmación diferencial ante pequeñas submuestras de síntomas (Peters,

Issakidis, Slade & Andrews, 2006). Por consiguiente, puede haber diversas razones posibles que justifiquen los índices superiores de TEPT entre las mujeres que entre los hombres.

Se ha discutido mucho en relación a las diferencias étnicas y culturales en respuesta al trauma y al TEPT. Aunque se hayan encontrado diferencias transnacionales en los índices de TEPT, el NCS no encontró diferencias étnicas en la prevalencia global del TEPT (Kessler et al., 1995) ni tampoco el Estudio Nacional Australiano sobre Salud Mental y Bienestar (Creamer et al., 2001). Parece haber algunas señales indicativas de un mayor índice de TEPT tras el 11 de Septiembre asociadas a la etnia hispana (Galea et al., 2002) y la prevalencia del TEPT fue superior entre los veteranos del Vietnam hispanos y negros que entre los veteranos blancos (p. ej., Koenen, Stellman & Sommer, 2003; Kulka et al., 1990; véase Tanielian & Jaycox, 2008, para resultados similares entre veteranos de Afganistán e Irak), aunque esto podría deberse a diferencias en la gravedad de la exposición al combate o a variables pretrauma como menor edad, menor educación y puntuaciones en las pruebas de aptitud (Dohrenwand, Turner, Turse, Lewis-Fernandez & Yager, 2008).

Pauta clínica 12.7

Aunque el TEPT es más prevalente en las mujeres que en los hombres, esta diferencia de género puede deberse a un mayor índice de trauma interpersonal. La diversidad étnica y cultural podría desempeñar un rol más débil en las respuestas relacionadas con el estrés y el desarrollo del TEPT tras la exposición traumática.

Diferencias de aparición y edad

El TEPT presenta una aparición repentina, los índices de prevalencia para los síntomas TEPT y para alcanzar el pico del trastorno suelen coincidir con el primer mes de la exposición traumática, seguidos por un índice pronunciado de remisión en porcentajes que oscilan entre el 40-60% de los casos durante los 6-12 meses posteriores al trauma (p. ej., Breslau et al., 1998; Kessler et al., 1995; Galea et al., 2003). Kessler et al. (1995) encontraron que la remisión era más

breve entre quienes obtenían tratamiento (es decir, una media de 36 meses) que entre quienes no solicitaban tratamiento (es decir, una media de 64 meses), aunque este hallazgo no siempre haya sido replicado en otros estudios (p. ej., Milliken et al., 2007). El DSM-IV-TR (APA, 2000) contempla una modalidad de inicio demorado, cuando entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses. Sin embargo, este inicio tardío parece ser poco común, especialmente en las muestras civiles, y suele ocurrir en el 5% o menos de los casos (p. ej., Mayou et al., 2001; North et al., 1999; véase Andrews, Brewin, Philpott & Stewart, 2007).

El trauma se produce a cualquier edad, y por ello los síntomas TEPT pueden aparecer en cualquier momento de la vida, aunque 23 años era la edad media de aparición en el NCS-R (Kessler, Berglund et al., 2005). La mayoría de los niños y adolescentes, especialmente en centros urbanos, están expuestos a acontecimientos traumáticos (p. ej., Breslau, Lucia & Alvarado, 2006; Seedat et al., 2004). Breslau et al., (2006) determinaron que el 8,3% de los adolescentes de 17 años que habían experimentado un acontecimiento traumático satisfacían los criterios diagnósticos del TEPT, mientras que Pynoos et al., (1993) se refirieron a que un sorprendente 93% de niños expuestos al terremoto armenio de 1988 presentaban TEPT crónico severo 18 meses después de la exposición al trauma. Tal y como se ha señalado previamente, el abuso físico y sexual durante la infancia así como otras adversidades infantiles pueden ser especialmente predisponentes a generar TEPT en la edad adulta (véase también Norris & Slone, 2007). Sin embargo, son poco comunes los casos de TEPT que se presentan después de los 50 años de edad y la prevalencia del TEPT incluso con exposición al trauma puede ir reduciéndose según se aumenta en edad (Kessler et al., 1995; Kessler, Berglund et al., 2005).

Pauta clínica 12.8

El TEPT es un trastorno particularmente prevalente entre la adolescencia y la primera mitad de la fase adulta y la exposición a acontecimientos traumáticos durante los primeros años de vida puede tener un efecto acumulativo negativo que persiste hasta bien entrada la fase adulta.

Calidad de vida y deterioro funcional

El TEPT crónico se asocia con importantes reducciones de los logros sociales, ocupacionales y educativos así como de la calidad de vida. En comparación con otros trastornos de ansiedad, los individuos con TEPT presentan algunos de los índices más altos de trastorno físico (p. ej., Sareen et al., 2005; Zatzick et al., 1997). Además, el TEPT crónico se asocia con un deterioro funcional laboral y escolar significativo (Stein, Walter, Hazen & Forde, 1997; Zatzick et al., 1997) y significativamente peor funcionamiento social en las relaciones maritales y familiares, en el cuidado de los hijos y en la satisfacción sexual (p. ej., Koenen, Stellman, Sommer & Stellman, 2008). Asimismo, el TEPT se asocia con una serie de conductas negativas para la salud como el abuso de nicotina y alcohol (Breslau, Davis & Schultz, 2003; Koenen et al., 2008; Vlahov et al., 2002). Un meta-análisis de estudios sobre la calidad de vida reveló que el TEPT y el trastorno de angustia se asociaban con los mayores deterioros en los diferentes dominios de la calidad de vida (Olatunji et al., 2007; véase también Hansson, 2002).

En el NCS-R, el 34% de los individuos con TEPT había contactado con un profesional de la salud mental durante los 12 primeros meses, que es uno de los mayores índices de utilización entre los trastornos de ansiedad, aunque la demora media para establecer el contacto inicial de tratamiento era de 12 años (Wang, Berglund et al., 2005; Wang, Lane et al., 2005). Con el aumento en la utilización de los servicios de atención primaria y de salud mental emparejados con un deterioro funcional significativo, el TEPT se asocia con mayores costes sanitarios que el resto de los trastornos de ansiedad (Marciniak et al., 2005; Walker et al., 2003). Tanielian y Jaycox (2008), por ejemplo, concluían que los costes durante 2 años que se derivaban del TEPT y de la depresión mayor para 1.6 millones de miembros del ejército desplegados desde 2001 podría oscilar entre 4 y 6.2 billones de dólares y la oferta de tratamiento basado en pruebas podría reducir este coste en un 27%. Obviamente, la elevada incapacidad y carga económica causada por el TEPT crónico convierte este trastorno en un serio problema de salud mental.

Pauta clínica 12.9

El TEPT crónico se asocia con algunos de los índices más altos de incapacitación, mala salud física y funcionamiento social reducido entre los trastornos de ansiedad. El trastorno afecta considerablemente sobre el sufrimiento humano y comporta un coste económico significativo para el sistema de atención sanitaria.

Comorbilidad

Al igual que los restantes trastornos de ansiedad, el TEPT se asocia con un alto índice de comorbilidad con otros trastornos del Eje I. En el NCS, el 88% de los hombres con un TEPT global y el 79% de las mujeres presentaba como mínimo otro diagnóstico del Eje I (Kessler et al., 1995). La mitad de los hombres con TEPT presentaba una depresión comórbida mayor o abuso/dependencia del alcohol, y los trastornos de conducta (43%), el abuso/dependencia de drogas (35%), la fobia simple (31%), la fobia social (28%) y la distimia (21%) también se manifestaban de forma concomitante con bastante frecuencia. En el caso de las mujeres con TEPT, la depresión mayor (49%), la fobia simple (29%), la fobia social (28%), el abuso/dependencia del alcohol (28%), el abuso/dependencia de drogas (27%), la distimia (23%) y la agorafobia (22%) eran frecuentes en los diagnósticos secundarios (véase también Zlotnick et al., 2006, para índices similares de comorbilidad). La relación temporal entre los diagnósticos es compleja, y muchos de los trastornos comórbidos se producen como consecuencia del TEPT y, además, la mayoría de las personas con TEPT presenta como mínimo un trastorno diagnóstico preexistente (Kessler et al., 1995). En las muestras clínicas de TEPT se pueden encontrar incluso índices superiores de comorbilidad. En base a la importante muestra de pacientes externos, Brown et al., (2001) revelaban que el 98% de los individuos con diagnóstico catalogado de TEPT presentaba como mínimo un trastorno comórbido. Los diagnósticos concomitantes más habituales eran la depresión mayor (65%), el trastorno de angustia (55%), el TAG (45%) y la fobia social (41%). No se revelaron los niveles de abuso/dependencia de sustancias.

La relación entre la depresión mayor y el TEPT con acontecimientos traumáticos es especialmente importante porque ambos trastornos pueden ocurrir simultáneamente como trastornos distintos en los individuos traumatizados (Blanchard, Buckley, Hickling & Taylor, 1998; Kilpatrick et al., 2003). Además, los individuos con TEPT y depresión mayor comórbida están más angustiados, más deteriorados en las principales funciones, son más propensos a los intentos de suicidio y presentan menores probabilidades de remitir que los individuos que sólo padecen TEPT (Blanchard et al., 1998; Oquendo et al., 2003).

Entre el TEPT y los trastornos por abuso/dependencia de sustancias suele haber índices altos de comorbilidad. Una revisión de la literatura relevante indica que el TEPT normalmente precede al abuso/dependencia del alcohol o drogas y es probablemente un intento de medicar los síntomas del TEPT (Jacobsen, Southwick & Kosten, 2001). Además, el cambio en el consumo de alcohol o el aumento en la confianza en el consumo de fármacos se debe a la presencia del TEPT y no a la exposición al trauma (Breslau et al., 2003; Chilcoat & Breslau, 1998; McFarlane, 1998). Asimismo, el TEPT y el trastorno por consumo de sustancias comórbidos se asocian con peores resultados del tratamiento (Ouimette, Brown & Najavitis, 1998).

Algunos individuos con TEPT, especialmente los que sufren del impacto a largo plazo de abuso sexual infantil, presentan síntomas TEPT y trastorno límite de personalidad (McLean & Gallop, 2003). Muchos investigadores han propuesto un nuevo concepto nosológico denominado TEPT *complejo* (Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk & Mandel, 1997) que consiste en una constelación de síntomas caracterizadas por:

1. Alteraciones en la auto-regulación (p. ej., regulación del afecto, control de la ira, conductas auto-destructivas, inquietud suicida).
2. Alteraciones en la atención o en la conciencia (p. ej., amnesia, episodios disociativos transitorios).
3. Alteraciones en la auto-percepción (p. ej., ineficacia, culpa y responsabilidad, vergüenza, minimización).

4. Alteraciones en la percepción del perpetrador (p. ej., idealización del perpetrador aunque este criterio no se requiere).
5. Alteraciones en las relaciones con los demás (p. ej., incapacidad para confiar, victimizar a los demás).
6. Somatización (p. ej., dolor crónico, síntomas de conversión, síntomas sexuales).
7. Alteraciones en el sistema del sentido de la vida (p. ej., desesperanza e indefensión, pérdida de creencias previamente defendidas).

Existen pruebas de que el TEPT complejo se asocia con el abuso físico y sexual, especialmente en mujeres (Roth et al., 1997) y puede ser incluso más prevalente en las mujeres que han sufrido abuso sexual infantil de aparición temprana (McLean & Gallop, 2003). En este mismo orden, los análisis de agrupamientos revelaban que es posible obtener un subtipo de síntomas TEPT empíricamente derivado que se corresponda con el TEPT complejo (Taylor, Asmundson & Carleton, 2006). En este punto la homogeneidad diagnóstica del constructo ha sido cuestionada y puede haber múltiples formas de TEPT complejo (véase Taylor, 2006, para más detalles). Con todo, los individuos con una presentación de síntomas similar al TEPT complejo requerirán un curso de psicoterapia más prolongado que necesitará contemplar cuestiones centrales de auto-definición, regulación del afecto y relaciones interpersonales que no son parte del protocolo de tratamiento cognitivo-conductual estándar para el TEPT (p. ej., Pearlman, 2001).

Pauta clínica 12.10

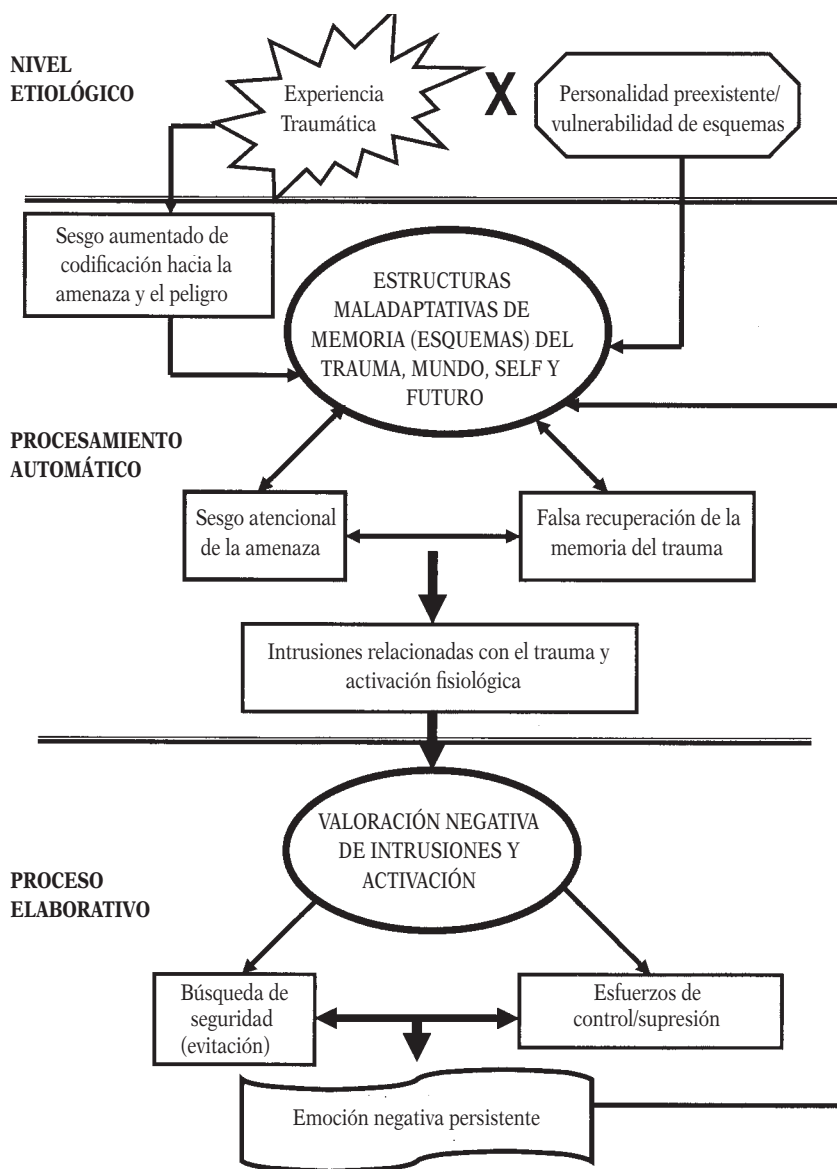
Los individuos con TEPT con frecuencia se presentan de forma simultánea con una depresión mayor, un trastorno por consumo de sustancias o, en menor grado, con otros trastornos de ansiedad como el TAG, fobia específica o fobia social. Una condición debilitante más crónica, denominada TEPT complejo, conlleva tanto síntomas postraumáticos como patología de la personalidad y requiere un enfoque de tratamiento más amplio y multifacético.

Modelo cognitivo del TEPT

El modelo cognitivo presentado en este capítulo se basa en los importantes avances logrados en el desarrollo de una perspectiva cognitiva sobre el TEPT por Ehlers y Clark (2000), Brewin, Dalgleish y Joseph (1996) y Foa y colaboradores (Foa & Rothbaum, 1998; Hembree & Foa, 2004). Se han identificado estructuras y procesos cognitivos disfuncionales claves para la persistencia de los síntomas postraumáticos incluso en ausencia de una amenaza presente. Aunque cada uno de estos modelos cognitivos ofrece una explicación completa del TEPT, cada uno de ellos ha propuesto ciertos constructos críticos que han desempeñado un rol determinante en el desarrollo de nuestra perspectiva sobre el trastorno.

Ehlers y Clark (2000) sostenían la importancia de dos procesos cognitivos para que se produzca la sensación de una amenaza presente grave en el TEPT: (1) las valoraciones excesivamente negativas del acontecimiento traumático y sus secuelas, y (2) la escasa elaboración e integración contextual de la memoria autobiográfica del trauma. Las valoraciones y creencias negativas sobre el acontecimiento traumático y sus consecuencias, una interpretación errónea de amenaza ante la propia reacción de estrés agudo, la memoria fragmentada del trauma que está sesgada hacia el recuerdo de información congruente con las propias valoraciones negativas y la confianza en las estrategias disfuncionales de afrontamiento, en conjunto, contribuyen a percibir la amenaza presente y los síntomas TEPT (véase también D.M. Clark & Ehlers, 2004). A partir del modelo de representación dual de Brewin extraemos que las valoraciones negativas del trauma son un producto complejo de aspectos conscientemente percibidos del trauma, almacenados como *recuerdos verbalmente accesibles* (RVA) y como los *flashbacks* que reflejan la activación automática, involuntaria y sensorialmente rica de *recuerdos situacionalmente accesibles* (RSA) del trauma (Brewin et al., 1996; Brewin & Colmes, 2003). La representación mental del trauma en la memoria de trabajo, por consiguiente, comporta la codificación de información tanto de base conceptual como sensorialmente rica que, en combinación, son responsables de generar los síntomas TEPT (véase también Dalgleish, 2004). Por último, Foa y Rothbaum (1998) defienden que el recuerdo del trauma en el TEPT conlleva una estructura de memoria patológica pero altamente accesi-

Figura 12.1. Modelo cognitivo del trastorno por estrés postraumático



ble que incluye estímulos, respuestas y asociaciones semánticas erróneas así como una falsa evaluación del peligro. Dos elementos relativos a los estímulos que son críticos de la estructura del miedo asociado con el sentido de “peligro” son las percepciones de que *el mundo es un lugar extremadamente peligroso* y el punto de vista relativo a *uno mismo como extremadamente incompetente* (Hembre & Foa, 2004). La activación de la memoria del trauma da pie a la aparición de los síntomas TEPT que se interpretan como aversivos y posiblemente peligrosos. En consecuencia, el individuo trata de evitar cualquier señal que pudiera activar la memoria del trauma. Aunque cada una de estas teorías cognitivas ofrezca una perspectiva distinta sobre el TEPT, todas ellas comparten un presupuesto subyacente común: los síntomas del TEPT son el resultado de falsas creencias y valoraciones de la amenaza relacionada con el trauma así como de la codificación y recuperación disfuncional de la memoria del trauma.

En la Figura 12.1 y en los siguientes apartados se presenta el modelo propuesto sobre el TEPT persistente que organiza las bases cognitivas del trastorno alrededor de tres niveles interrelacionados de conceptualización.

Nivel etiológico

Como sólo una minoría de los individuos expuestos al trauma desarrolla TEPT, todas las teorías del trastorno reconocen que deben existir diferencias individuales preexistentes que aumenten la vulnerabilidad al TEPT. Además de ciertas variables psiquiátricas pretrauma y otras correspondientes al contexto, previamente mencionadas, el modelo cognitivo propone que algunas creencias particulares y sostenidas sobre la amenaza personal, la vulnerabilidad y el mundo pueden predisponer a la persistencia de los síntomas TEPT en respuesta a una experiencia traumática. Las creencias rígidas de que el mundo es extremadamente peligroso o por el contrario, extremadamente seguro, y los auto-esquemas representando ideas de extrema competencia o incompetencia pueden ser factores predisponentes al TEPT (Foa & Rothbaum, 1998). Ehlers y Clark (2000) sugerían que las creencias sobre la importancia de mantener el control sobre los pensamientos y las emociones podrían llevar al individuo a reexperimentar los síntomas de un modo más negativo y amenazante.

Los constructos cognitivos-de personalidad de sociotropía y autonomía, que Beck (1983) propuso originalmente como factores de vulnerabilidad para la depresión, podrían ser relevantes para el desarrollo del TEPT. Dependiendo del tipo de trauma, una persona cuyo auto-merrecimiento sea excesivamente dependiente de recibir el amor y la aprobación ajena (es decir, alta sociotropía) podría verse más negativamente afectada por un trauma interpersonal, mientras que la persona que valora la maestría y el logro (es decir, alta autonomía) podría verse más afectada por el trauma que amenace la seguridad personal, la disposición del control y las presunciones sobre los parámetros del logro. En un estudio no-clínico se observó que la sociotropía y la autonomía se relacionaban significativamente con los síntomas TEPT auto-revelados, aunque no se hizo ningún intento de evaluar la congruencia entre la personalidad y el tipo de trauma (Kolts, Robinson & Tracy, 2004). Aún siendo solamente una propuesta, la estrecha asociación entre el TEPT y la depresión mayor en respuesta al trauma es coherente con la posibilidad de que exista una vulnerabilidad cognitiva común que subyazga a ambos trastornos.

Al igual que otros modelos del TEPT, la aparición de un acontecimiento traumático desempeña un rol central en la etiología del TEPT. El *trauma* se ha definido como “cualquier experiencia que, por su aparición ha amenazado la salud o bienestar del individuo” (Brewin et al., 1996, p. 675). Esto indica que una amplia gama de acontecimientos podrían ser traumáticos si violaran los esquemas nucleares del individuo sobre sí mismo, sobre el mundo y/o sobre otras personas. Como se ilustra en la Figura 12.1, el modelo cognitivo propone una interacción entre el trauma y los esquemas predisponentes de donde se deriva la activación de las estructuras esquemáticas maladaptativas del TEPT. Se sugiere un tipo de relación de diátesis-estrés en la que la naturaleza y la gravedad del trauma interactúan con la vulnerabilidad esquemática. Para los individuos que sean extremos en un factor de vulnerabilidad (es decir, creencias relativas a que el mundo es peligroso), posiblemente una menor cantidad y gravedad de experiencias de cierto tipo elicitará síntomas TEPT, mientras que un individuo que muestre una forma leve de vulnerabilidad requerirá experiencias amenazantes mucho más intensas o múltiples para llegar a padecer un TEPT persistente. Edward, por ejemplo, creía firmemente en las normas de la ley, en el respeto a la vida humana y en la efectividad del control. El caos y

la carnicería que atestiguó en Rwanda destrozaron sus puntos de vista sobre el mundo, la naturaleza humana y su capacidad para controlar los acontecimientos amenazantes de la vida. Estos esquemas nucleares que caracterizan a una orientación autónoma de personalidad podrían haber interactuado con la brutalidad que apreció para aumentar su vulnerabilidad al TEPT.

Pauta clínica 12.11

La teoría cognitiva propone un modelo de diátesis-estrés de la vulnerabilidad al TEPT en el que el riesgo se define en términos de una combinación entre la experiencia traumática y los factores cognitivos-de personalidad preexistentes como lo son los intereses sociotrópicos o autónomos.

Procesamiento automático***Codificación elevada durante el trauma***

El modo en que se procesa un acontecimiento traumático en el momento en que ocurre influirá sobre el modo en que se represente el suceso en la memoria de trabajo. El sesgo de codificación selectivo, automático y preconsciente para los elementos de amenaza y peligro más sobresalientes del trauma, juntamente con la correspondiente incapacidad para procesar características positivas o más benignas de la situación contribuirá a la activación de la estructura de esquemas TEPT maladaptativos. Ehlers y Clark (2000) señalaban asimismo que si durante la codificación se produce un procesamiento fundamentalmente impulsado por datos (es decir, procesamiento de impresiones sensoriales) en lugar de un procesamiento contextualizado, más organizado y dirigido por conceptos (es decir, procesamiento del sentido del suceso), entonces los recuerdos del trauma estarán más desorganizados, fragmentados y serán más susceptibles a la intensa impronta perceptiva. Estos autores sugerían también que la incapacidad para adoptar una perspectiva auto-referencial durante el trauma contribuirá a la dificultad para integrar el recuerdo del trauma con el resto de las memorias autobiográficas de la persona. En el modelo cognitivo presentado en la Figura 12.1, este procesamiento maladaptativo durante el trauma contribuye directamente a la activación de la estructura esquemática disfuncional del TEPT, mientras que el recuerdo pobremente

elaborado, desorganizado o fragmentado del trauma es el principal responsable de la aparición de intrusiones de reexperimentación del trauma (véase D. M. Clark & Ehlers, 2004, para más información).

Estructura esquemática nuclear y memoria del trauma

Un argumento central en las teorías sociales-cognitivas del TEPT es que los acontecimientos traumáticos alteran enormemente los presupuestos básicos sobre uno mismo, el mundo y las demás personas porque no pueden ser automáticamente asimilados a los esquemas existentes (Shipherd et al., 2006). Brewin et al. (1996) indicaban que el trauma conlleva una violación de los principios básicos sobre (1) la invulnerabilidad personal ante la muerte o enfermedad, (2) el propio estatus en la jerarquía social, (3) la capacidad de una persona para alcanzar los estándares morales personales y los objetivos de la vida, (4) la disponibilidad y fiabilidad de los otros significativos y (5) la existencia de un orden entre las acciones y los resultados. Brewin y sus colaboradores sugerían que la violación de estos presupuestos lleva al individuo con TEPT a percibir que el mundo es un lugar incontrolable, imprevisible y más peligroso (véase también Foa & Rothbaum, 1998). Janoff-Bulman (1992) defendía que el trauma hace añicos los presupuestos del individuo sobre la invulnerabilidad personal, el mundo como algo benevolente y con sentido y el self como positivo y valioso. Por otra parte, una experiencia traumática puede confirmar creencias negativas previamente defendidas sobre el self y sobre el mundo (D.M. Clark & Ehlers, 2004). Horowitz (2001) subrayaba que las alarmas emocionales se producen cuando las representaciones internas del trauma no coinciden con los esquemas preexistentes de uno mismo y de los demás. Esta incongruencia evocará emociones desagradables como la ansiedad, el pánico o la culpa, lo que conduce a los procesos de exceso de control destinados a evitar los estados emocionales temidos.

Los investigadores han propuesto diversos esquemas negativos que son característicos del TEPT (véase Ehlers & Clark, 2000; Foa & Rothbaum, 1998; Janoff-Bulman, 1992; McCann, Sakheim & Abrahamson, 1988; Taylor, 2006). Tales esquemas se sintetizan en la Tabla 12.3.

La estructura esquemática del TEPT viene definida por tres clases de esquemas maladaptativos: (1) creencias negativas sobre uno mis-

mo, (2) esquemas negativos sobre el mundo, incluyendo a las restantes personas y (3) creencias negativas sobre el trauma y los síntomas TEPT. Dependiendo de la naturaleza y de la frecuencia del trauma, los individuos creen que son vulnerables, están marcados por la experiencia traumática y son más propensos a afrontar más daño y peligro en el futuro. Conciben el mundo como un contexto peligroso, egoísta y cruel en el que las personas son insensibles, críticas y poco fiables. Se pueden considerar como parcialmente responsables del trauma y creer que han sido dañados para siempre por el terrible(s) suceso(s) de su vida. Creen que el TEPT seguirá teniendo un efecto negativo perdurable y esta interpretación negativa de los síntomas TEPT, especialmente los recuerdos intrusos del trauma, les llevarán a iniciar estrategias maladaptativas de control que producirán el efecto involuntario de contribuir a la persistencia del trastorno (D.M. Clark & Ehlers, 2004). En la terapia cognitiva para el TEPT, se destina un gran esfuerzo a la modificación de estos tres tipos de esquemas maladaptativos nucleares y a las valoraciones asociadas a los mismos.

El modo en que se representa el trauma en la memoria de trabajo es un aspecto importante de la constelación maladaptativa de esquemas en el TEPT. Los investigadores coinciden en que el trauma se almacena de forma diferente en quienes presentan TEPT y en quienes experimentan trauma sin TEPT persistente (véase comentario previo de Brewin et al., 1996; Dalgleish, 2004). Ehlers y Clark (2000) defienden que los rasgos intrusos del TEPT se deben a la escasa elaboración (es decir, fragmentación) e integración de la memoria del trauma en su contexto, en el tiempo, en el espacio y en relación a otras fuentes de información así como a otras memorias autobiográficas. Asimismo, las intensas asociaciones estímulo-estímulo y estímulo-respuesta y el umbral perceptual bajo o reducido para los estímulos relacionados con el trauma producen el recuerdo involuntario y provocado por señales, de manera que el individuo presenta síntomas de reexperimentación causados por la exposición a señales y activación del recuerdo del trauma que es ajeno a la conciencia (D.M. Clark & Ehlers, 2004; Ehlers & Clark, 2000). Ehlers y D.M. Clark concluían que la representación desorganizada y fragmentada del trauma contribuye a la sensación de amenaza presente mediante la creación de un recuerdo selectivo de los detalles del trauma y estableciendo asociaciones muy firmes entre ciertos estímulos traumáticos y valoraciones de peligro grave para el self.

Tabla 12.3. Esquemas maladaptativos nucleares que caracterizan al trastorno por estrés postraumático

Creencias maladaptativas	Ejemplo clínico
Creencias sobre uno mismo	
• De ser débil y vulnerable ante el daño futuro	“Como soy una persona tan débil, es más probable que me hieran en el futuro”.
• No puede confiar en las propias percepciones o juicios	“No puedo seguir confiando en mí porque mis juicios son equivocados”.
• De ser inferior a los demás	“No soy tan fuerte ni tengo tantos recursos como los demás”.
• De ser una mala persona por permitir que esto ocurra	“Debería ser castigado por permitir que me ocurriera esto”.
• De carecer de control o ser inefectivo	“Soy incapaz de controlar lo que me ocurre, por consiguiente soy incapaz de protegerme”.
• Pérdida de autonomía o sensación de ser humano (es decir, derrota mental)	“He sido deshonrado; he perdido toda mi dignidad y respeto como ser humano. Soy un mero objeto”.
Creencias sobre los demás	
• De estar solo	“Me siento tan vacía y sola”.
• De no importar a nadie	“Nadie entiende realmente mi caso y no intereso a nadie”.
• De que los demás culpan a la víctima por lo ocurrido o por no superarlo	“Las personas me responsabilizan por lo ocurrido. Creen que estoy exagerando y debería ser capaz de dejar atrás todo esto”.
• Las personas son, en esencia, malas o malignas.	“La naturaleza humana es básicamente malvada y por ello con capacidad de mostrar mucha crueldad”.
• Las personas nos dañarán, por eso no se puede confiar en ellas	“Las personas son crueles y te harán daño por eso no puedes confiar en ellas”.
• La vida humana no vale la pena	“La vida humana no tiene un valor o un sentido especial”.
Creencias sobre el mundo y el futuro	
• El mundo es un lugar peligroso	“Nunca estaré seguro en un mundo tan peligroso”.
• En el mundo hay poca bondad o benevolencia	“En este mundo la crueldad y el egoísmo son mucho más comunes que la bondad o la atención hacia el ajeno”.
• Expectativa de daño o peligro futuro	“En el futuro es probable que vuelvan a ocurrirme cosas malas”.

Creencias sobre el trauma

• El peligro se produce al azar y es imprevisible	“Cuando menos te lo esperas estás inmerso en el mayor peligro”.
• Interpretaciones negativas de las respuestas durante el trauma	“Hubiera debido quedarme inmóvil durante el ataque”.
• Fracaso por no ser más efectivo para auto-protegerse	“Hubiera debido enfrentarme al agresor. Si lo hubiera hecho, no estaría sufriendo tanto ahora”.
• Por causar el trauma	“Hubiera debido actuar con más responsabilidad y no pasear sola”.
• Sobre los efectos negativos a largo plazo del trauma	“Nunca volveré a ser la misma después de lo que me ha ocurrido”.

Creencias sobre el trastorno por estrés postraumático

• Que el trastorno tiene consecuencias negativas duraderas	“Nunca me sobrepondré al TEPT. Me ha arruinado la vida”.
• La malinterpretación catastrófica de síntomas particulares del trastorno por estrés postraumático	“Debo de estar volviéndome loco porque sigo teniendo estos <i>flashbacks</i> ”.
• La necesidad de ejercer un mayor auto-control sobre los síntomas relacionados con el trauma	“No mejoraré nunca mientras siga pensando en el trauma”.
• Auto-inculpación por sufrir trastorno por estrés postraumático	“Sufro de TEPT porque soy una persona débil e indefensa”.
• Objetivos y fines vitales frustrados	“Nunca alcanzaré los objetivos de mi vida ni una vida productiva y satisfactoria”.
• Sobre la importancia de controlar las emociones negativas	“Debo controlar de cerca mis emociones o me sentiré superada por ellas”.
• Los efectos beneficiosos de la evitación	“Es mejor evitar cualquier cosa que sea potencialmente molesta o que me recuerde al trauma”.

Recuperación errónea de la memoria del trauma

En el presente modelo cognitivo proponemos que un recuerdo del trauma sensorialmente rico, fragmentado y poco elaborado que no pueda ser acomodado con otras memorias autobiográficas mantendrá un bajo umbral de activación de manera que aporte pruebas confirmatorias recurrentes de las creencias negativas sobre el self, el mundo, el futuro y el trauma. A su vez, estas creencias nucleares negativas sesgarán la recuperación de la memoria de manera tal que

los individuos recordarán aspectos del trauma que sean congruentes con los esquemas TEPT disfuncionales. Como la estructura de la memoria para el trauma está fragmentada y poco elaborada, el individuo experimenta recuerdos intrusos recurrentes del trauma que confirman los esquemas nucleares negativos del TEPT. De este modo se produce una relación recíproca entre el modo de representación del trauma en la memoria y los esquemas nucleares disfuncionales sobre el self, el mundo y el futuro. Se recordarán aspectos del trauma que confirmen las creencias negativas sobre un mundo peligroso, un self vulnerable y las consecuencias negativas duraderas del TEPT. La información que sea incoherente con los esquemas posteriores al trauma no será accesible porque no estará representada en la memoria del trauma.

Durante las sesiones de terapia cognitiva con Edward surgieron recuerdos sesgados y fragmentados del trauma. Uno de los acontecimientos traumáticos experimentados por Edward mientras estaba en Rwanda fue el supuesto asesinato a manos de la EjPR de la niña huérfana de 5 años de edad y de sus amigos. Edward supuso que las niñas habían sido asesinadas porque en su última visita ya no estaban en el orfanato y allí estaba presente un soldado de la EjPR con una sonrisa en la faz y gesticulando con sus manos alrededor del cuello como enviando un mensaje a los soldados canadienses. Edward interpretó que esto significaba que los soldados habían matado a los niños. Sin embargo, cuando examinamos este recuerdo en profundidad, era obvio que había otras informaciones incoherentes con este supuesto, como por ejemplo que ninguna de las monjas que cuidaban de los niños les había dicho que éstos hubieran sido alejados y asesinados. Además, este incidente ocurrió una vez cesado el genocidio, mientras muchos niños estaban siendo devueltos a sus pueblos. A Edward le sorprendió reconocer que durante todos esos años él no hubiera podido recordar la información que fuera incompatible con su interpretación inmediata del suceso. Era obvio que sólo había codificado la presencia del soldado de la EjPR y la desaparición de los niños. En la terapia cognitiva del TEPT, gran parte del esfuerzo se dirige a evaluar y reestructurar la memoria del trauma de modo que

deje de ser fuente de evidencia confirmatoria de los esquemas nucleares negativos del self, del mundo y del futuro.

Sesgo atencional hacia la amenaza

De modo similar a como ocurre con otros trastornos de ansiedad, del dominio de la constelación esquemática maladaptativa de la amenaza y de la vulnerabilidad se derivará un sesgo atencional automático hacia la amenaza. Como la experiencia traumática ha violado los esquemas auto-referentes positivos sobre la seguridad personal, esperamos que el sesgo atencional en el TEPT sea hacia la amenaza y peligro generalizados y no sólo hacia la información específica del trauma. La información relacionada con el trauma será la que más atención reciba, pero se espera que cualquier información que constituya un peligro personal adquiera prioridad en el procesamiento.

Intrusiones traumáticas y activación fisiológica

En el modelo cognitivo (véase Figura 12.1), la reexperimentación de los síntomas y la hiperactivación fisiológica en el TEPT son productos de la activación de esquemas maladaptativos y de recuerdos del trauma ricos en información sensorial y fragmentados, así como consecuentes con la atención y el recuerdo selectivos de la información de amenaza relevante al trauma. Los investigadores han propuesto que los síntomas del Criterio C (es decir, evitación y embotamiento) son respuestas maladaptativas a los síntomas del Criterio B (reexperimentación) y del Criterio D (activación fisiológica/emocional) (Ehlers & Steil, 1995; Wilson, 2004; véase Resick et al., 2008, para más información). Este procesamiento erróneo de la información relativa al trauma constituye la base de la persistencia de las intrusiones de reexperimentación y activación fisiológica/emocional, mientras que la evitación y el embotamiento son respuestas maladaptativas de afrontamiento que son el producto de esfuerzos de procesamiento más conscientes y elaborativos.

Pauta clínica 12.12

Los recuerdos intrusos del trauma y los síntomas de hiperactivación fisiológica/emocional se deben al procesamiento automático de información que conlleva (1) la activación de estructuras esquemáticas maladaptativas sobre el self, la vulnerabilidad, el mundo, los demás y el futuro; (2) la representación mental fragmentada de la experiencia traumática; (3) el recuerdo selectivo de información del trauma y (4) el sesgo atencional para la amenaza personal. En consecuencia, la reestructuración de las creencias negativas sobre el self, el mundo, el futuro, el trauma y los síntomas TEPT así como la promoción de un recuerdo del trauma más elaborado, integrado y conceptual son los elementos claves de la terapia cognitiva para el TEPT.

Procesamiento elaborativo***Valoraciones negativas de las intrusiones relacionadas con el trauma y de la activación***

La intrusión frecuente de pensamientos e imágenes relacionados con el trauma así como la activación fisiológica aumentada derivará en una revaloración intencionada y consciente de la presente amenaza, vulnerabilidad y efectos negativos duraderos del trauma. De hecho, es esta revaloración intencionada de las intrusiones del trauma lo que produce la sensación de encontrarse ante una amenaza presente grave (Ehlers & Clark, 2000). Como las intrusiones relacionadas con el trauma suelen ser recuerdos poco precisos de lo ocurrido pero muy angustiosos, incontrolables y reflejo del procesamiento impulsado por datos (es decir, mayor procesamiento de percepciones sensoriales que de sentido del acontecimiento), el individuo con TEPT malinterpretará los síntomas intrusos de una manera catastrófica (véase Falsetti, Monnier & Resnick, 2005, para más información). Por ejemplo, Edward experimentaba recuerdos intrusos de Rwanda así como *flashbacks* sobre la pequeña huérfana muchas veces a lo largo del día y como pesadillas terribles durante la noche. Interpretaba estos síntomas como señal de no estar mejorando y de que su vida está arruinada por el TEPT. Se pregunta si los *flashbacks*, en particular, le llevarían a “volverse loco”. Su elevado estado

de activación es percibido como algo muy aversivo y señal de pérdida de control. Concluye que debe ser débil e incompetente para perder el control de sus pensamientos y emociones, y esto le lleva a considerar su futuro como desolador y caracterizado por la angustia persistente y la incapacidad para alcanzar cualquier cosa que merezca la pena o que satisfaga su vida.

Ehlers y Steil (1995) proponían que la valoración negativa de los pensamientos intrusos contribuía a la persistencia del TEPT. El sentido idiosincrásico negativo de los síntomas intrusos producirá un nivel asociado de angustia que confirma su naturaleza amenazante. Además, las interpretaciones negativas de los síntomas intrusos motivará a la persona a emplear estrategias de evitación cognitivas y conductuales que inadvertidamente derivarán en un aumento de la frecuencia de la intrusión y de la angustia asociada. De modo similar, en el modelo cognitivo presente (véase Figura 12.1), la valoración negativa de las intrusiones relacionadas con el trauma producirá una variedad de esfuerzos de control los cuales podrían reducir la reexperimentación de síntomas y la activación emocional, pero a largo plazo contribuirán a la persistencia del TEPT.

Control cognitivo y esfuerzos de supresión

La activación de esquemas maladaptativos posteriores al trauma, el dominio del procesamiento de información sesgada por la amenaza, la repetida aparición de recuerdos intrusos y la valoración negativa de estas intrusiones relacionadas con el trauma motivarán al individuo con TEPT a terminar inmediatamente con las intrusiones y reducir la angustia asociada a las mismas. Se recurrirá a diferentes estrategias cognitivas y conductuales para aliviar rápidamente los síntomas TEPT incluso aunque de este modo se contribuya a la persistencia a largo plazo del trastorno. Ehlers y Clark (2000) señalan que las estrategias maladaptativas de control contribuyen al mantenimiento del TEPT produciendo directamente síntomas, evitando el cambio de las valoraciones negativas del trauma e impidiendo la modificación del recuerdo mismo del trauma.

La *supresión del pensamiento* es una estrategia maladaptativa de afrontamiento frecuentemente hallada en el TEPT. En su revisión Rassin (2005) concluía que tratar de no pensar en el trauma podía producir el aumento paradójico mismo en la frecuencia de las intrusiones relacionadas con el trauma, tal y como se observa en la supresión de pensamientos más neutrales como el de los osos blancos. Sin embargo, se desconoce aún qué efectos puede tener la supresión sobre la calidad del recuerdo. Además, los intentos activos por apartar una imagen intrusa del trauma, por ejemplo, pueden aumentar su saliencia confirmando así la malinterpretación de la amenaza. El fracaso en el control efectivo de la intrusión podría confirmar la creencia del individuo de que estos pensamientos e imágenes relacionados con el trauma constituyen realmente una amenaza al bienestar personal que derivarán en consecuencias negativas a largo plazo (es decir, Ehlers & Steil, 1995; Ehlers & Clark, 2000). Otros efectos indirectos de la supresión del pensamiento podrían ser el aumento del nivel de angustia del individuo así como de la carga cognitiva, los cuales dificultarán su capacidad para concentrarse en las tareas y actividades cotidianas. Por consiguiente, los esfuerzos por suprimir las intrusiones relacionadas con el trauma podrían aumentar paradójicamente el grado de su interferencia con el funcionamiento diario, lo que reforzaría la creencia del paciente de que los síntomas TEPT están teniendo consecuencias negativas importantes y prolongadas.

Otras dos estrategias de respuesta asociadas con las intrusiones relacionadas con el trauma son la *rumiación* y la *disociación* (Ehlers & Clark, 2000). La *rumiación* es una forma persistente, cíclica y pasiva de pensar en el trauma y en sus consecuencias que mantiene a los individuos con TEPT estancados en su estado emocional presente (es decir, Ehlers & Clark, 2000; Papageorgiou & Wells, 2004). Ehlers y Clark sugerían que la rumiación es una estrategia cognitiva de evitación que fortalece las valoraciones negativas del trauma y podría interferir con la formación de recuerdos más completos del trauma. Los síntomas disociativos como la desrealización, la despersonalización y el embotamiento emocional pueden ser estrategias cognitivas de afrontamiento automáticas o intencionadas que pretenden evitar la conciencia de los recuerdos angustiosos del trauma o suprimir los síntomas de hiperactivación (Taylor, 2006). Ehlers y Clark (2000)

sugerían que los síntomas disociativos podrían impedir la elaboración del recuerdo del trauma y su integración con otras memorias autobiográficas.

Búsqueda de seguridad y evitación

La evitación es tan omnipresente en el TEPT que se incluye como criterio diagnóstico importante. El Criterio C incluye la evitación conductual (es decir, evitar personas, lugares u otras señales que recuerden al trauma), la evitación cognitiva (es decir, evitar pensar en diferentes aspectos del trauma) y la evitación experiencial (es decir, evitar las emociones negativas asociadas al trauma). Al igual que en otros trastornos de ansiedad, la evitación es una estrategia maladaptativa que impide desmentir las creencias y valoraciones disfuncionales de la amenaza presente. De este modo, la evitación contribuye a la persistencia del TEPT. Además, se pueden iniciar otras conductas a fin de alcanzar la sensación de seguridad. Edward, por ejemplo, evitaba las muchedumbres porque le recordaban a las multitudes ruandesas hambrientas y amedrentadas en los campos de refugiados. Además, la hipervigilancia en los lugares públicos era una conducta de seguridad que usaba para anticipar cualquier señal que le recordara a Rwanda. A pesar de la confianza en las conductas de evitación y seguridad, la persona con TEPT rara vez logra la “sensación de seguridad” que tan desesperadamente busca.

Pauta clínica 12.13

Los esfuerzos intencionados por manejar los síntomas indeseados reexperimentados y la hiperactivación en el TEPT contribuyen significativamente en la persistencia del trastorno. Las malinterpretaciones de amenaza de las intrusiones relacionadas con el trauma, los esfuerzos inefectivos por controlar el pensamiento, la evitación emocional y conductual y la confianza en respuestas de búsqueda de seguridad contribuyen a la persistencia de un estado emocional negativo y al trastorno mismo. La modificación o sustitución de estas estrategias maladaptativas de respuesta es un componente importante de la terapia cognitiva para el TEPT.

Persistencia de la angustia

El resultado final de los procesos automáticos y elaborativos maladaptativos posteriores al trauma descritos en el modelo cognitivo es la persistencia de un estado emocional negativo. Se conoce bien que la ansiedad no es la única emoción negativa experimentada en el TEPT. Los individuos experimentan también otras emociones fuertes como la vergüenza, la culpa, la ira y la tristeza (Resick, Monson & Rizvi, 2008). Desde la perspectiva cognitiva se espera un estado emocional negativo más generalizado dada la amplia gama de esquemas disfuncionales implicados en el TEPT como la amenaza a la seguridad y al bienestar, el aumento de la vulnerabilidad personal y el punto de vista del mundo como negativo. Como se indicaba en la Figura 12.1, la relación entre el falso procesamiento de información y el estado emocional negativo es bidireccional, donde el estado afectivo negativo persistente participa garantizando la activación continuada de la constelación esquemática TEPT.

Estado empírico del modelo cognitivo

En este apartado revisamos el respaldo empírico que recibe el modelo cognitivo del TEPT. Se proponen siete hipótesis que son críticas para el modelo cognitivo, aunque esto no impide que del modelo se deriven también otras previsiones. Sin embargo, consideramos que estas siete hipótesis son las más importantes para evaluar el estado empírico del modelo.

Hipótesis 1

En el TEPT la codificación de la información sobre el trauma se caracteriza por el modo de procesamiento promovido por los datos que genera un procesamiento aumentado de las características de amenaza y peligro del trauma.

Los estudios que recurren a entrevistas semiestructuradas o cuestionarios han investigado si los individuos con TEPT difieren de quienes no presentan TEPT en el modo en que procesan el trauma. En un

estudio con 92 sujetos que habían sido agredidos, aquellos con TEPT revelaban significativamente más derrota mental, confusión mental y distanciamiento durante la agresión que quienes no presentaban TEPT (Dunmore et al., 1999). En un estudio prospectivo estas mismas variables cognitivas predecían la gravedad de síntomas TEPT en el seguimiento realizado 6 y 9 meses después (Dunmore et al., 2001). En otro estudio, los individuos con TEPT tras una agresión revelaban más disociación de la memoria del trauma, más procesamiento promovido por datos y más falta de procesamiento auto-referente que quienes no presentaban TEPT y estas variables predecían los síntomas TEPT en el seguimiento realizado 6 meses después (Halligan et al., 2003). Sin embargo, estas variables de procesamiento cognitivo y desorganización de la memoria asociadas con la codificación del trauma pueden no ser específicas del TEPT si se comparan con otras secuelas emocionales del trauma como la depresión o las fobias (Ehring, Ehlers & Glucksman, 2006).

El olvido dirigido mediante ítems es un paradigma de procesamiento de información que puede usarse para investigar la codificación diferencial de la información del trauma. Se instruye a los individuos para que recuerden u olviden una serie de palabras, cuyo subsiguiente recuerdo suele ser peor para las palabras “a olvidar” que para los ítems “a recordar”. En un estudio de adultos supervivientes del abuso sexual infantil, quienes presentaban TEPT no mostraban déficits en el recuerdo ni procesamiento aumentado de las palabras relacionadas con el trauma, indicando que no mostraban un estilo de codificación evitativo hacia las palabras traumáticas (McNally, Metzger, Lasko, Clancy & Pitman, 1998; véase también Zoellner, Sacks & Foa, 2003, para hallazgos similares). En un estudio análogo en el que los estudiantes visionaban imágenes reales del centro de urgencias de un hospital, a quienes se les pidió que se concentraran en los procedimientos médicos revelaban significativamente menos recuerdos intrusos de la película durante la siguiente semana, aunque no había diferencias en la desorganización auto-revelada de la memoria (Laposa & Alden, 2006). La atención en los procedimientos médicos es coherente con la confianza en un procesamiento contextual, más organizado de las situaciones estresantes. En general hay un respaldo coherente para la Hipótesis 1, según la cual los individuos con

TEPT evidencian una codificación problemática de la información del trauma cuando se emplean medidas especializadas de auto-informe. La confirmación experimental para esta hipótesis ha sido menos sistemática y requiere investigación adicional.

Pauta clínica 12.14

Los individuos con TEPT codifican la información traumática de un modo que produce una memoria desorganizada y fragmentada del trauma. Sin embargo, se desconoce aún la naturaleza exacta del estilo problemático de codificación, aunque puede predominar el procesamiento perceptual o promovido por datos frente al procesamiento de base conceptual. Para el terapeuta cognitivo, la evaluación de la memoria del trauma debería incluir las variables de procesamiento como la derrota mental, la falta de perspectiva auto-referente, el grado de procesamiento basado en datos frente al basado en conceptos, la confusión mental y el distanciamiento.

Hipótesis 2

Las creencias negativas sobre un self vulnerable, un mundo peligroso, los efectos amenazadores del trauma y las consecuencias adversas de los síntomas TEPT son más características de los individuos con TEPT persistente que de las víctimas traumatizadas sin TEPT persistente.

Hay dos modos de estudiar las creencias disfuncionales en el TEPT. En el nivel más básico, diversos estudios han comparado la confirmación de creencias negativas tras la exposición al trauma en el TEPT frente a los grupos no-TEPT. Sin embargo, también se puede analizar la cuestión longitudinalmente y preguntarse si el trauma ha tenido un impacto negativo mayor sobre las creencias nucleares de los individuos con TEPT. Esta última pregunta es más difícil de contestar pero posiblemente es más importante para el modelo cognitivo.

Otros estudios han comparado la confirmación de creencias disfuncionales usando cuestionarios de auto-informe. Dunmore y sus colaboradores hallaron que las creencias negativas sobre los efectos del trauma eran significativamente mayores en el grupo TEPT que

entre los individuos del grupo no-TEPT y se relacionaban con la gravedad TEPT en el seguimiento realizado 6 y 9 meses después (Dunmore et al., 1999, 2001). La confianza en que las agresiones futuras fueran menos probables se asociaba con menor angustia entre las mujeres supervivientes de agresiones sexuales evaluadas 2 semanas, 2 meses, 6 meses y 12 meses después de la agresión (Frazier, 2003). En un estudio de 124 trabajadores municipales de Nueva York realizado 6 meses después de los ataques del 11 de Septiembre, las creencias que reflejaban una mayor expectativa de ataques terroristas futuros y pérdida de confianza en uno mismo se asociaban con mayores síntomas TEPT (Piotrkowski & Brannen, 2002).

El Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI, *Posttraumatic Cognitions Inventory*), que fue originalmente elaborado para evaluar las valoraciones del trauma y sus secuelas, contiene muchos ítems que realmente evalúan creencias negativas más estables (p. ej., “No se puede confiar en las personas”, “Si pienso en el acontecimiento, no seré capaz de manejarlo”, “El mundo es un lugar peligroso”). Los individuos traumatizados con TEPT presentan puntuaciones significativamente superiores en el PTCI que los individuos sin TEPT (Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999), aunque a partir de la subescala de Auto-Inculpación se han obtenido resultados menos coherentes (Startup, Makgekenene & Webster, 2007). Las elevadas puntuaciones de las subescalas de Cogniciones Negativas sobre el Self y el Mundo, pero no así de la Auto-Inculpación PTCI, correlacionaban significativamente con los síntomas TEPT evaluados 3 meses después de la evaluación inicial (Field, Norman & Barton, 2008). En un grupo de bomberos en fase de entrenamiento, Bryant y Guthrie (2007) hallaron que las auto-valoraciones negativas (es decir, subescala del PTCI Self) durante la fase de entrenamiento predecían la gravedad del estrés postraumático tras, como mínimo, 3 años de servicio activo que conllevaba múltiples situaciones de exposición al trauma. Además de las pruebas favorables a que la presencia de creencias disfuncionales pretrauma (p. ej., auto-valoraciones negativas) predice la tendencia a desarrollar TEPT tras la exposición al trauma, las creencias pretrauma optimistas podrían aliviar los efectos del trauma (véase Taylor, 2006, para más información). Por otra parte, Dunmore et al. (2001) observaron que el cambio en las creencias negati-

vas debidas a la exposición al trauma no era un predictor significativo de la gravedad de los síntomas TEPT (Dunmore et al., 2001).

En conjunto, existen pruebas coherentes de que los individuos con TEPT sostienen creencias negativas sobre un self vulnerable, un mundo peligroso y la amenaza de un trauma futuro. El tema de la amenaza continua y de un self vulnerable parece captar la esencia de la organización esquemática del TEPT. Las creencias negativas sobre el self pueden ser un predictor potente de los subsiguientes síntomas post-trauma. Sin embargo, no se sabe con absoluta certeza si estas creencias maladaptativas reflejan los esquemas pretrauma resistentes o un cambio de perspectiva producido por la exposición al trauma.

Pauta clínica 12.15

La modificación de las creencias disfuncionales sobre el self vulnerable, un mundo peligroso, las expectativas de amenaza futura y la alienación de los demás es el punto central de la terapia cognitiva para el TEPT.

Hipótesis 3

Los individuos con TEPT mostrarán un sesgo atencional automático hacia la información que represente una amenaza para la seguridad personal.

Una de las primeras revisiones sobre los estudios de procesamiento de información en el TEPT concluía que las pruebas relativas al sesgo de procesamiento automático para las señales de amenaza no eran determinantes pero que los hallazgos eran más sistemáticos en lo que respecta al sesgo atencional estratégico o elaborativo para los estímulos relevantes al trauma (Buckley, Blanchard & Nelly, 2000). La mayoría de los estudios han empleado la tarea Stroop modificada y han estudiado el sesgo atencional sólo en el estadio elaborativo del procesamiento de información. En uno de los primeros estudios, los combatientes veteranos del Vietnam con TEPT mostraban un efecto significativo de interferencia que era específico para las palabras relevantes al combate pero no para palabras TOC, positivas o neutrales

(McNally, Kaspi et al., 1990). Este efecto supraliminal Stroop para la información relativa al trauma ha sido replicado con supervivientes de accidentes de tráfico que presentan TEPT (p. ej., J.G. Beck et al., 2001; Bryant & Harvey, 1995), víctimas de violación con TEPT (p. ej., Cassiday, McNally & Zeitlin, 1992) y víctimas de crímenes con TEPT agudo (Paunovic, Lundh & Öst, 2002). Sin embargo, algunos estudios han hallado que la interferencia en la denominación del color puede no ser específica para los estímulos del trauma sino sensible a todos los estímulos emocionales (Vrana et al., 1995; véase también Paunovic et al., 2002) y que el sesgo atencional podría ser sólo evidente en el estadio elaborativo del procesamiento (Buckley et al., 2002; McNally, Amir & Lipke, 1996; Paunovic et al., 2002). Por último, el sesgo atencional para el trauma podría relacionarse con la gravedad de las intrusiones de reexperimentación pero no con los síntomas de evitación (Cassiday et al., 1992).

Los hallazgos derivados de otros estudios sugieren también que el sesgo atencional para la amenaza en el TEPT podría no ser tan directo como prevé el modelo cognitivo. Mediante una tarea de detección *dote probe*, los individuos con TEPT no mostraron un sesgo atencional hacia las imágenes relevantes al trauma en comparación con los controles no clínicos, incluso aunque presentaran un ritmo cardíaco acelerado ante los estímulos relacionados con el trauma (Elsesser, Sartory & Tackenberg, 2004). Sobre la base de una tarea de búsqueda visual que conllevaba palabras de amenaza, no-amenaza y distractores, veteranos del Vietnam con muchos síntomas TEPT mostraron interferencia atencional pero no facilitación para las palabras de amenaza (Pineles, Shipherd, Welch & Yovel, 2007). Este hallazgo es coherente con los estudios de interferencia Stroop y sugiere que el sesgo atencional en el TEPT refleja la dificultad para desengancharse de las claves relevantes a la amenaza. También podría pensarse que el sesgo atencional hacia el trauma es más transitorio que duradero porque el efecto parece desvanecerse con la repetición (McNally et al., 1996) o puede suprimirse cuando los individuos con TEPT anticipan la exposición a una situación levemente amenazante (Constans et al., 2004).

En suma, existe bastante respaldo empírico sobre el sesgo atencional para la información relacionada con el trauma en el TEPT. Sin

embargo, es escaso aún el respaldo empírico hallado para el sesgo atencional preconsciente (pero probablemente involuntario) y no se sabe con certeza si el sesgo es específico para el contenido del trauma. Se requiere más investigación mediante tareas experimentales diferentes a la tarea Stroop emocional a fin de determinar cuán robusto es el sesgo atencional. Al igual que los restantes trastornos de ansiedad, sin embargo, el sesgo atencional en el TEPT es más probable que refleje la dificultad para desengancharse de la amenaza que la facilitación de las señales de amenaza.

Pauta clínica 12.16

La evitación de las situaciones relevantes al trauma puede ser una estrategia de afrontamiento usada para evitar el sesgo atencional para la amenaza en el TEPT. La exposición gradual *in vivo* que suele usarse en la terapia cognitiva para reducir la evitación también puede ser útil para el sesgo de procesamiento atencional de los estímulos relacionados con el trauma.

Hipótesis 4

El TEPT se caracteriza por un recuerdo selectivo y distorsionado de la amenaza relacionada con el trauma y de la información relativa al peligro.

Dada la prominencia de las intrusiones relacionadas con el trauma y otros síntomas de reexperimentación del TEPT, el modelo cognitivo prevé que el recuerdo selectivo de los acontecimientos traumáticos sea un elemento contribuyente a la persistencia del TEPT. De hecho, la mayoría de las teorías cognitivas del TEPT consideran que la representación fragmentada del trauma en la memoria es un proceso cognitivo central en el trastorno (p. ej., Brewin et al., 1996; Ehlers & Clark, 2000; Horowitz, 2001). Si la representación del trauma en el TEPT es problemática, podríamos esperar un recuerdo aumentado de las señales del trauma y una memoria autobiográfica más desorganizada y menos elaborada del trauma.

En su revisión Buckley et al. (2000) concluían que existen pruebas relativas a que el TEPT se caracteriza por un sesgo de recuerdo de la

memoria implícita y explícita por los estímulos traumáticos. El hallazgo más coherente es que los individuos con TEPT muestran un recuerdo pronunciado del trauma o de palabras emocionales en comparación con los individuos con trauma pero sin TEPT o los controles sanos (p. ej., Kazspi, McNally & Amir, 1995; Paunovic et al., 2002; Vrana et al., 1995). Sin embargo, la confirmación relativa al sesgo de memoria implícita ha sido más incoherente, a este respecto Amir, McNally y Wiegartz (1996) hallaron un sesgo de memoria implícita para las afirmaciones específicas del trauma en una condición de mucho ruido pero no de ruido medio o bajo, mientras que otros no han sido capaces de encontrar efectos específicos del trastorno (p. ej., McNally & Amir, 1996; Paunovic et al., 2002). Por lo tanto, estos hallazgos indican que los individuos con TEPT presentan un mayor recuerdo explícito de la información sobre el trauma que podría contribuir en la persistencia de los síntomas intrusos de reexperimentación. Sin embargo, son escasas las pruebas relativas a que este sesgo de memoria se evidencie en un nivel de procesamiento automático y preconscious.

Muchos estudios han analizado la organización de la memoria traumática, especialmente si los recuerdos del trauma en el TEPT conllevan un procesamiento más basado en datos (es decir, mayor procesamiento de impresiones sensoriales y características perceptuales del trauma) que basado en conceptos (es decir, procesamiento centrado en el sentido del trauma). En un estudio de cuestionario Halligan, Michael, Clark y Ehlers (2003) hallaron que quienes sufrían TEPT, en comparación con las víctimas de agresión sin TEPT, presentaban memorias más desorganizadas del trauma, más disociación y una codificación del trauma más basada en datos. Estos hallazgos han sido replicados en niños con ASD (Trastorno de Estrés Agudo; *Acute Stress Disorder*) tras agresiones o accidentes de tráfico (Meiser-Stedman et al., 2007). Asimismo, McKinnon, Nixon y Brewer (2008) hallaron que las percepciones de la calidad de la memoria sobre el trauma mediaban en la relación entre el procesamiento basado en datos y los síntomas intrusos de reexperimentación en 75 niños que habían sufrido una lesión que requirió un tratamiento hospitalario. En dos estudios análogos Halligan, Clark y Ehlers (2002) hallaron que el procesamiento basado en datos de las grabaciones de accidentes de tráfico se asociaba con un recuerdo intencionado pobre

de la grabación, una memoria más desorganizada y que los estudiantes, que presentaban puntuaciones altas en un cuestionario de rasgo de procesamiento basado en datos, revelaban más desorganización de la memoria y síntomas TEPT. Sin embargo, la desorganización de la memoria puede no ser tan específica para el TEPT como el procesamiento basado en datos o la falta de procesamiento auto-referencial (Ehring, Ehlers & Glucksman, 2006). En otros estudios los individuos con TEPT mostraban olvido significativo de los ataques terroristas del 11 de Septiembre durante un intervalo de 9 meses (Qin et al., 2003) y los individuos con TEPT recuperaban menos memorias autobiográficas específicas (Sutherland & Bryant, 2008).

Las pruebas relativas al deterioro de la memoria para los acontecimientos traumáticos en el TEPT son bastante robustas. La mayoría de los estudios han hallado un recuerdo explícito aumentado de las señales relacionadas con el trauma y han extraído una relación sistemática entre la codificación basada en datos del trauma, una memoria más fragmentada o desorganizada del trauma y los síntomas de reexperimentación TEPT. Sin embargo, es posible que el TEPT tenga efectos negativos sobre la memoria en general. En un reciente meta-análisis se observó una asociación entre pequeña y moderada entre el TEPT y el deterioro de la memoria visual de material emocionalmente neutro, episódico (Brewin, Kleiner, Vasterling & Field, 2007). Además, Taylor (2006) concluía en su revisión que las pruebas sobre recuerdos fragmentados del trauma son, en el mejor de los casos incoherentes. A pesar de las dudas sobre la naturaleza exacta de la memoria perjudicada en el TEPT, existe suficiente confirmación empírica de que los individuos con TEPT disponen de una memoria selectiva, aumentada para el trauma que parece contribuir a la persistencia de la sintomatología.

Pauta clínica 12.17

Como los individuos con TEPT presentan un recuerdo selectivo y aumentado de la información relacionada con el trauma, una parte importante de la terapia cognitiva consiste en mejorar el procesamiento conceptual para que el individuo pueda construir una memoria más completa, organizada y adaptativa de las experiencias traumáticas pasadas.

Hipótesis 5

Los individuos con TEPT persistente son más propensos que los individuos sin TEPT persistente a malinterpretar sus imágenes y pensamientos intrusos relacionados con el trauma de una manera negativa y amenazante.

Esta hipótesis propone que la valoración consciente y deliberada de los recuerdos intrusos del trauma de manera negativa o amenazante es un factor importante en la persistencia del TEPT (Ehlers & Clark, 2000). Dos fuentes de información son relevantes para esta hipótesis: (1) las valoraciones negativas del trauma y (2) las valoraciones negativas de los síntomas de reexperimentación.

Varios estudios basados en medidas de auto-informe han mostrado que la valoración negativa del trauma y sus secuelas son más prominentes en los individuos traumatizados con TEPT. Con frecuencia se ha recurrido al PTCI para evaluar las valoraciones negativas del trauma y sus consecuencias (Foa, Ehlers et al., 1999). En estos estudios las percepciones relativas a que el trauma tenía un efecto más negativo sobre el self y consecuencias negativas más generales y resistentes correlacionaban con la gravedad de los síntomas TEPT así como con síntomas específicos como son la gravedad de las intrusiones y el grado de evitación (p. ej., Ehling et al., 2006; Laposa & Alden, 2003; Steil & Ehlers, 2000).

Además la valoración negativa de los recuerdos intrusos y de otros síntomas de reexperimentación es más evidente en individuos traumatizados con TEPT y se correlaciona positivamente con la gravedad de síntomas TEPT (Dunmore et al., 1999; Halligan et al., 2003; Steil & Ehlers, 2003). Asimismo, la valoración negativa de los síntomas intrusos iniciales predice la persistencia y gravedad de los síntomas TEPT en el seguimiento realizado 6 y 9 meses después (p. ej., Dunmore et al., 2001; Halligan et al., 2003). Estos hallazgos, por consiguiente, son coherentes con la Hipótesis 5 e indican que una evaluación negativa explícita de las consecuencias del trauma, especialmente de los síntomas intrusos de reexperimentación, desempeña una función importante en la persistencia de los síntomas TEPT. Sin

embargo, la investigación existente está limitada por el exceso de confianza en los cuestionarios retrospectivos de auto-informe. Los futuros estudios deberían contemplar la ampliación de la evaluación de las valoraciones mediante métodos más experimentales.

Pauta clínica 12.18

Las cogniciones y creencias negativas maladaptativas sobre el TEPT, especialmente sobre las intrusiones relacionadas con el trauma y sus síntomas, es el principal foco de atención de la terapia cognitiva dada la importancia de la valoración explícita negativa de los síntomas en la persistencia del TEPT.

Hipótesis 6.

Las estrategias cognitivas maladaptativas como la supresión del pensamiento, la rumiación y la disociación serán significativamente más prevalentes en los individuos con TEPT persistente que en sus equivalentes no-TEPT.

Al igual que las restantes teorías cognitivas (p. ej., Ehlers & Clark, 2000), el presente modelo cognitivo defiende que la presencia de estrategias cognitivas intencionadas y costosas, aunque maladaptativas, como la supresión del pensamiento, la rumiación y la disociación son claves contribuyentes a la persistencia del TEPT. Estas estrategias tratan de prevenir o eliminar los recuerdos intrusos y otros recordatorios del trauma. Aunque momentáneamente puedan parecer efectivos, a largo plazo contribuyen a una sensación elevada de ansiedad y a aumentar la saliencia de las intrusiones relacionadas con el trauma.

Se sabe con certeza que los individuos con TEPT participan en más disociación peritraumática que los individuos no-TEPT o que los supervivientes de trauma recuperados, y que la disociación persistente se asocia con el desarrollo del TEPT (Halligan et al., 2003; Ozer et al., 2003). Sin embargo, es posible que la disociación continua y persistente sea más central en el TEPT crónico que el estado de disociación ocurrido durante el incidente del trauma (Ehring et al.,

2006). Además, existen pruebas de que los individuos con TEPT participan del pensamiento rumiativo sobre el trauma y sus consecuencias. Taylor (2006) señalaba que la rumiación en el TEPT conlleva formularse repetidamente preguntas sobre por qué ha ocurrido el trauma, si hubiera podido ser evitado y la auto-inculpación. Varios estudios han comprobado que la rumiación se asocia positivamente con los síntomas TEPT (Meiser-Stedman et al., 2007; Steil & Ehlers, 2000), pero esto puede no ser específico del trastorno porque la presencia de rumiación sobre el trauma y sus consecuencias también puede evidenciarse en individuos traumatizados que sufren depresión o miedos específicos (Ehring et al., 2006).

Ha sido abundante el interés científico por la prevalencia y por el impacto de los esfuerzos intencionados por suprimir las intrusiones relacionadas con el trauma en el TEPT. Los estudios de auto-informe han hallado índices significativamente más altos de supresión de pensamiento en individuos traumatizados con TEPT que en controles no-TEPT (Ehring et al., 2006), y la supresión se asociaba con el aumento de la gravedad de síntomas, especialmente con niveles superiores de pensamientos intrusos (Laposa & Alden, 2003; Morgan et al., 1995). Los individuos no-clínicos que visionaron una película de 3 minutos sobre un incendio traumático y que revelaron una tendencia más fuerte a suprimir los pensamientos desagradables registraron más intrusiones en el diario de intrusiones que mantuvieron durante la siguiente semana (Davies & Clark, 1998b). En un estudio de mujeres que experimentaron pérdida del embarazo, la supresión del pensamiento fue una de cuatro variables que medaban la relación entre la disociación peritraumática y los síntomas TEPT evaluados el primer y el cuarto mes después de la pérdida (Engelhard et al., 2003). Estos estudios correlacionales, por lo tanto, indican que la supresión del pensamiento puede ser una estrategia de afrontamiento maladaptativa que se asocia con la persistencia del TEPT.

Varios estudios experimentales han comprobado que los esfuerzos activos por suprimir los pensamientos relevantes al trauma producen paradójicamente un aumento significativo de las intrusiones indeseadas, especialmente cuando cesan los esfuerzos de supresión.

En uno de los primeros estudios sobre supresión del pensamiento, Harvey y Bryant (1998a) hallaron que los participantes ASD que habían sido instruidos para suprimir sus pensamientos relacionados con el trauma presentaban significativamente más intrusiones relacionadas con el trauma tras cesar en los esfuerzos de supresión que quienes habían sido instruidos para que no los suprimieran. Sin embargo, Guthrie y Bryant (2000) no lograron replicar este hallazgo en un grupo de supervivientes civiles de trauma con y sin ASD. Shipherd y Beck (1999) dirigieron una investigación más directa sobre el rol de la supresión del pensamiento en el TEPT. Las supervivientes femeninas de agresión sexual con TEPT evidenciaban un rebote significativo de los pensamientos relacionados con la violación tras detener los esfuerzos de supresión, mientras que los supervivientes de agresión sin TEPT no mostraron este efecto de rebote. Del mismo modo, Amstadter y Vernon (2006) hallaron que los individuos con y sin TEPT experimentaban un aumento de los pensamientos neutrales y los del trauma durante la supresión, pero sólo el grupo TEPT mostraba un efecto rebote tras la supresión que era específico para los pensamientos del trauma. Además, los individuos con un estilo de afrontamiento represivo pueden tener más éxito con la supresión de determinados pensamientos a corto plazo pero en intervalos de tiempo más largos (es decir, una semana) su estilo represivo les conduce a más pensamientos negativos indeseados (Geraerts et al., 2006). Aunque los hallazgos no sean aún robustos, existen pruebas suficientes indicativas de que la supresión intencionada de los pensamientos intrusos relacionados con el trauma es contraproducente a largo plazo y que probablemente contribuya a una mayor frecuencia de los síntomas intrusos de reexperimentación.

Pauta clínica 12.19

La reducción de las estrategias cognitivas maladaptativas como la supresión del pensamiento, la rumiación e incluso la disociación es un foco de atención muy importante de la terapia cognitiva porque estas estrategias contribuyen a la persistencia de los síntomas de reexperimentación relacionados con el trauma.

Hipótesis 7

La evitación de las señales relacionadas con el trauma y la búsqueda de seguridad serán más frecuentes en el TEPT persistente que en los estados de no-TEPT.

De modo idéntico a los restantes trastornos de ansiedad, la evitación y la confianza en la búsqueda de seguridad se consideran elementos contribuyentes a la persistencia de los síntomas TEPT. Esta última hipótesis propone una relación directa según la cual a mayor evitación y búsqueda de seguridad más persistente, grave y adverso el estado postraumático.

Disponemos de evidencias empíricas que confirman este vínculo. Dunmore et al. (1999) observaron que las víctimas de agresión con TEPT persistente eran significativamente más propensas a iniciar estrategias de evitación y búsqueda de seguridad durante el mes siguiente a la agresión que quienes no presentaban TEPT. En un estudio de seguimiento realizado 9 meses después, el uso de la evitación y de la búsqueda de seguridad un mes después de la agresión predecía la gravedad del TEPT en el seguimiento realizado a los 9 meses, incluso tras controlar la gravedad de la agresión (Dunmore et al., 2001). Sin embargo, el embotamiento emocional, que es una forma de evitación habitual en el TEPT, ha recibido más respaldo de los estudios de auto-informe que de los estudios experimentales. Por ejemplo, en un estudio de respuesta muscular facial y autónoma ante imágenes emocionalmente evocadoras, los veteranos del Vietnam con TEPT no mostraban respuesta emocional ni aumentada ni suprimida, ante estímulos pictóricos agradables o desagradables, aunque sí mostraban una respuesta reducida a estímulos emocionales agradables tras ser cebados con imágenes relacionadas con el trauma (Litz et al., 2000). Este último efecto sería coherente con la respuesta reducida y posiblemente menor procesamiento cognitivo de las señales de seguridad tras la exposición a la información relevante al trauma.

Pauta clínica 12.20

La exposición *in vivo* destinada a reducir las conductas de evitación y búsqueda de seguridad en las situaciones relevantes al trauma y a mejorar el procesamiento de las señales de seguridad es un ingrediente terapéutico importante de la terapia cognitiva para el TEPT.

Evaluación cognitiva y formulación de caso

Entrevista diagnóstica y medidas de síntomas

El SCID-IV (First et al., 1997) y el ADIS-IV (Brown et al., 1994) disponen de módulos TEPT que se adhieren firmemente a los criterios diagnósticos del DSM-IV. El módulo TEPT del SDIC-IV (o anteriormente SCID para el DSM-III) dispone de propiedades psicométricas razonables con (1) una fiabilidad inter-evaluadores kappa de .66 y un 78% de acuerdo diagnóstico (Keane et al., 1998), (2) alta validez convergente con otras medidas de síntomas TEPT y (3) sensibilidad sustancial (.98) (véase Keane, Brief, Pratt & Miller, 2007, para más detalles). Sin embargo, el SCID-IV ha sido criticado por evaluar síntomas sólo en base al “peor acontecimiento” experimentado así como por confiar en una exploración del trauma que puede ser imprecisa (Keane et al., 2007).

Las propiedades psicométricas del módulo TEPT del ADIS-IV son prometedoras pero no bien establecidas. Blanchard, Gerardi, Kolb y Barlow (1986) hallaban una fiabilidad kappa inter-evaluadores de .86 (93% de acuerdo) para la entrevista de la versión DSM-III. Sin embargo, se han mencionado varias limitaciones del ADIS-IV como, por ejemplo, el no ofrecer una puntuación total de corte o no recomendar si las confirmaciones de los ítems que oscilan entre *rara vez* y *medio* deberían o no ser consideradas en dirección a la satisfacción de los criterios diagnósticos (Litz, Miller, Ruef & McTeague, 2002). Por lo tanto, el ADIS-IV puede no ser tan firme al diagnosticar el TEPT como lo es para diagnosticar otros trastornos de ansiedad.

Escala TEPT administrada por el terapeuta

La Escala TEPT Administrada por el Terapeuta (CAPS, *Clinician-Administered PTSD Scale*) es el guión de entrevista diagnóstica para el TEPT más extensamente usado y mejor investigado. Desarrollado por el Centro Nacional para el TEPT (Blake et al., 1998), el CAPS es una entrevista estructurada que evalúa el estado diagnóstico DSM-IV y la gravedad de síntomas TEPT y ASD presentes y globales. Consiste en un listado de acontecimientos vitales de 17 ítems que los pacientes experimentan a lo largo de toda su vida sobre la base de que el acontecimiento “les ha ocurrido”, “lo han atestiguado”, “han sabido de él”,

“no están seguros” o “no es aplicable”. De los ítems confirmados en el listado, el terapeuta selecciona tres acontecimientos que fueran los peores o los más recientes y, a continuación, pide al individuo que describa el acontecimiento y su respuesta emocional a cada acontecimiento para determinar la exposición al trauma (es decir, DSM-IV Criterio A1 y A2). Esto va seguido por 17 preguntas sobre la frecuencia y gravedad de cada uno de los síntomas DSM-IV nucleares del TEPT, los cuales se valoran con una escala Likert de 4 puntos que pueden ser sumadas para crear una puntuación de gravedad para cada categoría de síntomas. Cinco cuestiones adicionales determinan la aparición y duración de los síntomas (Criterio E), así como la angustia subjetiva y el deterioro social y ocupacional (Criterio F). Se efectúan tres valoraciones globales sobre la validez de las respuestas del paciente, gravedad general de los síntomas TEPT y grado de cambio o mejoría del síntoma en los últimos 6 meses. Por último, se administran cinco cuestiones adicionales para evaluar las características asociadas de culpabilidad sobre las acciones, culpabilidad por sobrevivir, reducción en la conciencia, desrealización y despersonalización.

Incluye también una hoja de resumen en la que se calcula una subescala para cada criterio y se determina si el paciente satisface el diagnóstico TEPT presente o global. De la suma de los 17 síntomas nucleares y su interpretación con respecto a cinco puntuaciones de gravedad que oscilan entre asintomático y extremo, se puede determinar la puntuación de gravedad total y una diferencia de 15 puntos indica que el cambio producido es clínicamente significativo (Weathers, Keane & Davidson, 2001). Se pueden emplear nueve reglas de puntuación diferentes para derivar diagnósticos TEPT a partir de las puntuaciones de frecuencia e intensidad del CAPS y producirán diferentes índices de prevalencia de TEPT dependiendo de que sean relativamente indulgentes o más rigurosas (Weathers, Ruscio & Keane, 1999). La administración completa del CAPS requiere aproximadamente 1 hora (Keane et al., 2007).

El CAPS ha obtenido propiedades psicométricas razonables. Sobre la base de cinco muestras de veteranos del Vietnam, Weathers et al. (1999) hallaron una alta fiabilidad inter-evaluadores para los tres agrupamientos de síntomas ($r = .86$ a $.91$) y kappas de $.89$ y 1.00 para

la fiabilidad test-retest en el diagnóstico CAPS TEPT (véase Weathers et al., 2001, para más información). Los 17 ítems de síntomas también presentan una alta coherencia interna y un estrecho acuerdo con el diagnóstico TEPT basado en el SCID (sensibilidad = .91; especificidad = .84, eficiencia = .88, kappa = .75). Weathers et al. (1999) observaron también que la puntuación total de gravedad del CAPS correlacionaba significativamente con las medidas de auto-informe del TEPT ($r = .77$ a $.94$) y moderadamente con los síntomas de depresión y ansiedad (véase Weathers et al., 2001, para más información). En su revisión de 10 años de investigación sobre el CAPS, Weathers et al. (2001) concluían que el CAPS ofrece una alta fiabilidad inter-evaluador, excelente utilidad diagnóstica, firme validez convergente y sensibilidad al cambio clínico cuando es usado por entrevistadores formados y calibrados, aunque se sabe menos sobre su validez discriminante. Sin lugar a dudas, el CAPS es el protocolo de entrevista diagnóstica recomendada para el TEPT. El CAPS puede solicitarse al centro Nacional para el TEPT (www.ncptsd.va.gov/ncmain/assessment).

Escala de Impacto del Acontecimiento

La Escala de Impacto del Acontecimiento (IES, *Impact of Event Scale*) es un cuestionario de 15 ítems desarrollado por Horowitz, Wilner y Alvarez (1979) para evaluar los síntomas de intrusión y evitación de la exposición al trauma. Tras la publicación del DSM-IV se elaboró una versión revisada de 22 ítems (IES-R) que incluye seis nuevos ítems sobre la hiperactivación y un ítem sobre los síntomas de reexperimentación disociativa o *flashbacks* (Weiss & Marmar, 1997). Se requiere más investigación psicométrica sobre el IES-R antes de usarla en la práctica clínica (Keane et al., 2007).

Escala de Mississippi para el TEPT Relacionado con el Combate

La Escala de Mississippi para el TEPT Relacionado con el Combate (MPTSD, *Mississippi Scale for Combat-Related PTSD*) es un cuestionario de 35 ítems diseñado para evaluar los síntomas TEPT relacionados con el combate (Keane, Caddell & Taylor, 1988) que ha sido actualizado para reflejar los criterios DSM-IV. Los clientes valoran la gravedad de los síntomas en una escala tipo Likert durante el inter-

valo de tiempo posterior a experimentar el trauma. La MPTSD ofrece propiedades psicométricas excelentes incluyendo tanto la alta coherencia interna ($\alpha = .94$), la fiabilidad test-retest en una semana ($r = .97$) como la utilidad diagnóstica y la validez convergente (Keane et al., 1988; McFall, Smith, Roszell, Tarver & Malas, 1990). Una puntuación de corte de 106 o superior puede ser óptima para determinar un diagnóstico de TEPT (Keane et al., 2007). La MPTSD se recomienda para evaluar el TEPT relacionado con el combate.

Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático

La Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático (PDS, *Postraumatic Stress Diagnostic Scale*) es un cuestionario de auto-informe que ofrece un diagnóstico DSM-IV TEPT y evalúa la gravedad de síntomas (Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997). Incluye un listado de 12 acontecimientos traumáticos de los cuales el individuo selecciona el que más le ha molestado durante el último mes. A continuación, el individuo valora sobre una escala de cuatro puntos la frecuencia de los 17 síntomas nucleares del DSM-IV TEPT durante el último mes. Un apartado adicional de 9 ítems evalúa el deterioro en diferentes áreas del funcionamiento diario. Se requiere una puntuación de 1 o superior en los síntomas para apuntar en dirección a un diagnóstico TEPT y los 17 ítems de síntomas pueden sumarse para producir una puntuación de gravedad. En el estudio de validación la Gravedad Total de los Síntomas TEPT diferenciaba a quienes satisfacían el diagnóstico SCID de TEPT del grupo que no presentaba TEPT, mostraba una alta coherencia interna ($\alpha = .92$), buena fiabilidad test-retest al de 2 semanas ($r = .83$) y un alto grado de acuerdo (82%) con el diagnóstico SCID. La Gravedad Total de los Síntomas TEPT correlacionaba significativamente también con el CAPS total ($r = .71$) y la puntuación de corte recomendada de 15 mostraba un alto grado de sensibilidad (es decir, 89% de TEPT correctamente identificado) pero poca especificidad (Griffin, Uhlmansiek, Resick & Mechanic, 2004). Griffin y sus colaboradores concluían que la PDS es una buena aproximación a la entrevista CAPS completa pero tiende a sobreestimar la prevalencia del TEPT. La PDS está disponible en el *National Computer Systems* (1-800-627-7271).

Listado de Comprobación TEPT

El Listado de Comprobación TEPT (PCL, *PTSD Checklist*) es un cuestionario de 17 ítems desarrollado por el Centro Nacional para el TEPT a fin de evaluar la gravedad de los síntomas TEPT (véase revisión de Norris & Hamblen, 2004). Revisado para el DSM-IV, los síntomas se valoran en escalas de cinco puntos para el último mes y existen dos versiones disponibles del cuestionario: una de las versiones evalúa el grado en que al individuo le molestan los síntomas de experiencias estresantes del pasado (PCL-C) o el grado en que al individuo le molestan los síntomas en reacción a un acontecimiento específico (PCL-S). Además existe también una versión militar para el PCL (PCL-M). El PCL presenta propiedades psicométricas razonables. En el estudio original de validación dirigido sobre el PCL-M, la puntuación total (suma de 17 ítems) ofrecía una alta coherencia interna ($\alpha = .97$), fiabilidad test-retest ($r = .96$) y una firme validez convergente con otras medidas de TEPT (véase Norris & Hamblen, 2004, para más información). La fiabilidad, validez convergente y eficiencia diagnóstica del PCL han sido respaldadas en múltiples estudios (p. ej., Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996; Bliese et al., 2008; Ruggiero, Del Ben, Scotti & Rabalais, 2003). Sin embargo, los estudios de la validez factorial del PCL no lograron confirmar el modelo de tres factores que se corresponde con la estructura de tres factores del DSM-IV (DuHamel et al., 2004; Palmieri et al., 2007). Incluso aunque la puntuación de corte sugerida de 60 produzca una buena utilidad diagnóstica comparada con el CAPS, las diferentes opciones de puntuación del PCL tienden a producir diferencias en sensibilidad, especificidad y eficiencia diagnóstica (Pratt, Brief & Keane, 2006). Se recomienda un valor de corte inferior, de entre 30 y 34, para los contextos de atención primaria y se ha sugerido una puntuación de corte de 50 para las muestras militares (Bliese et al., 2008). Por lo tanto, el PCL parece ser una medida fuerte de los síntomas TEPT pero presenta las mismas limitaciones que se aprecian en la mayoría de las medidas de auto-informe del trastorno. Una copia del PCL está disponible en el Centro Nacional del TEPT (www.ncptsd.va.gov/ncmain/assessment).

Medidas de cognición

Taylor (2006) señalaba que se han desarrollado muchas medidas para evaluar las creencias de los supervivientes de traumas pero que la mayoría de tales instrumentos tiene fines de investigación con escasa evaluación psicométrica. Por ejemplo, la Escala de Creencias o Asunciones sobre el Mundo desarrollada por Janoff-Bulman (1989) para evaluar las creencias sobre el mundo que pueden verse afectadas por los acontecimientos traumáticos. Aunque muchas veces citada en la literatura TEPT, la medida parece presentar algunas limitaciones psicométricas (Kaler et al., 2008) y no evalúa toda la variedad de creencias descritas en los modelos TCC actuales para el TEPT.

Inventario de Cogniciones Postraumáticas

El Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI, *Posttraumatic Cognitions Inventory*) es un cuestionario de 33 ítems que evalúa los pensamientos y creencias relacionados con el trauma a lo largo de tres dominios cognitivos factorialmente derivados: cogniciones negativas sobre el self, cogniciones negativas sobre el mundo y auto-inculpación por el trauma (Foa, Ehlers et al., 1999). La estructura factorial del PTCI se ha visto respaldada en un análisis factorial confirmatorio de supervivientes a accidentes de tráfico (J.G. Beck et al., 2004). En el estudio de validación la coherencia interna de las tres subescalas era alta (α = entre .86 y .97) y la fiabilidad test-retest indicaba estabilidad temporal (r = entre .75 y .89). Las subescalas del PTCI y la puntuación total correlacionaban altamente con la gravedad de síntomas del TEPT (r = entre .57 y .79), depresión y ansiedad general y los individuos traumatizados con TEPT puntuaban significativamente más alto que los traumatizados sin TEPT o los grupos de comparación sin trauma (Foa, Ehlers et al., 1999).

La validez de las subescalas PTCI no ha recibido el mismo grado de confirmación en los siguientes estudios. J. G. Beck et al. (2004) observaron que la subescala de auto-inculpación del PTCI no correlacionaba con la gravedad de síntomas TEPT ni distinguía entre quienes presentaban y no presentaban TEPT. Las otras dos subescalas y la puntuación total mostraban la validez convergente y discriminan-

te esperadas. En un estudio prospectivo de 12 meses con supervivientes lesionados, los análisis revelaban que el self negativo del PTCI era la subescala más influyente para determinar posteriores síntomas TEPT mientras que los niveles altos de auto-inculpación PTCI durante la fase aguda se asociaban realmente con una mejora del funcionamiento psicológico (O'Donnell, Elliott, Wolfgang & Creamer, 2007). Todas las subescalas PTCI eran sensibles a los efectos del tratamiento, aunque Foa y Rauch (2004) hallaron en sus análisis de regresión que sólo la subescala de cogniciones negativas sobre el self emergía como predictor significativo de cambio en los síntomas TEPT. Las muestras con TEPT obtenían una puntuación media de 3.60 (DS = 1.48) y 5.00 (DS = 1.25) en las subescalas de self negativo y mundo negativo del PTCI respectivamente, frente a 1.08 (DS = 0.76) y 2.07 (DS = 1.43), respectivamente, de los grupos sin trauma (Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999). Dada la validez cuestionable de los ítems referidos a la auto-inculpación, los terapeutas sólo deberían usar las subescalas de self negativo y mundo negativo del PTCI. El PTCI ha sido reproducido en Foa et al. (1999).

Pauta clínica 12.21

La evaluación cognitiva del TEPT debería incluir (1) una entrevista diagnóstica, preferiblemente el CAPS; (2) una medida de gravedad de síntomas TEPT como el PCL o el PDS y (3) el PTCI como medida de las valoraciones y creencias relevantes al TEPT. Del PTCI sólo deberían interpretarse las subescalas relativas a las cogniciones negativas sobre el self y las cogniciones negativas sobre el mundo dada la cuestionable validez de la subescala de auto-inculpación.

Conceptualización de caso

La conceptualización cognitiva del caso se deriva del modelo cognitivo del TEPT propuesto en este capítulo (Figura 12.1). En la Tabla 12.4 se presenta un esquema de los diversos componentes de una conceptualización de caso para TEPT (véase también Taylor, 2006). Aunque gran parte de la información necesaria para desarrollar una formulación de caso se obtendrá a partir de la entrevista diagnóstica

y de los cuestionarios estandarizados, es probable que se requiera cuestionamiento adicional para completar la formulación cognitiva del caso descrita en la Tabla 12.4.

Tabla 12.4. Conceptualización cognitiva del trastorno por estrés postraumático

Componentes	Elementos específicos
Presunciones y creencias previas al trauma	• Creencias sobre el mundo • Creencias sobre el self • Creencias sobre otras personas
Naturaleza del trauma	• Descripción del trauma, su gravedad e implicaciones interpersonales • Nivel de implicación personal en el trauma • Efectos negativos del trauma sobre uno mismo y sobre los demás • Reacciones emocionales en el momento del trauma • Nivel de apoyo social y respuestas de los demás ante el trauma
Características de la memoria sobre el trauma	• Recuerdo selectivo del trauma con algunos elementos fortalecidos y otras características se recuerdan poco y mal • Grado de organización, coherencia y elaboración de la memoria sobre el trauma • Presencia relativa del procesamiento basado en datos frente al basado en conceptos • Gama de señales que provocan el recuerdo del trauma • Reacción emocional ante la memoria del trauma
Valoraciones y creencias asociadas con el trauma y sus consecuencias	• Atribuciones causales y creencias sobre el trauma • Pensamientos y creencias auto-referentes negativas asociadas con el trauma • Consecuencias duraderas percibidas del trauma (es decir, peligro, seguridad, controlabilidad) • Expectativas de futuro (es decir, pesimismo, desesperanza, indefensión) • Creencias disfuncionales sobre el mundo y sobre los demás
Interpretaciones de las intrusiones relacionadas con el trauma y otros síntomas de reexperimentación	• Efectos negativos duraderos percibidos de las intrusiones y de otros síntomas del trastorno por estrés postraumático • Presencia de pensamiento catastrófico sobre el trastorno por estrés postraumático y sus síntomas • Atribuciones causales de los síntomas intrusos • Controlabilidad percibida de los síntomas • Sentido o significado personal de los síntomas del trastorno por estrés postraumático
Estrategias de afrontamiento adaptativas y maladaptativas	• Esfuerzos por suprimir los recuerdos del trauma • Presencia de rumiación • Grado de disociación, embotamiento emocional o supresión intencional de la emoción expresiva • Capacidad para iniciar el afrontamiento adaptativo
Evitación y búsqueda de seguridad	• Naturaleza y grado de evitación • Tipos de conductas de búsqueda de seguridad • Eficacia percibida de la búsqueda de seguridad

Presunciones y creencias previas al trauma

Un objetivo importante de la formulación del caso es comprender cómo ha modificado el trauma las creencias y presunciones del cliente sobre el mundo, el self y las demás personas. Esto requiere una evaluación de las creencias previas al trauma, lo que en el contexto clínico implica confiar sólo en el auto-informe retrospectivo. Si al cliente le cuesta recordar su historia, un familiar o cónyuge puede ser entrevistado para obtener esta información crucial.

Es importante determinar si el trauma ha abrumado las creencias preexistentes rígidas de que el mundo, en general, es un lugar tranquilo y seguro o si ha reforzado las presunciones extremas de que el mundo es peligroso o violento. A continuación se presenta un ejemplo de cómo podría preguntársele a un cliente por este particular:

“Me gustaría saber cómo veía el mundo, es decir su mundo personal, antes del trauma. En base a nuestras experiencias de la niñez y de la adolescencia, todos desarrollamos ideas o presupuestos sobre el mundo en que vivimos. ¿Qué pensaba o cómo veía el mundo antes de sufrir esta experiencia traumática? ¿Creía y esperaba que el mundo fuera un lugar seguro para usted, su familia y amigos? ¿O por el contrario veía el mundo como un lugar peligroso del que esperaba riesgo o daño físico para usted y los demás? ¿Con qué grado de certeza confiaba en estas presunciones sobre el mundo? ¿Las cuestionó en alguna ocasión? ¿Hubo experiencias importantes en su pasado que confirmaran o desafiarán sus presunciones sobre el mundo?”.

Dada la importancia de las cogniciones auto-referentes negativas en el TEPT, el terapeuta debe evaluar los esquemas preexistentes del paciente. La entrevista clínica debería incluir cuestiones relativas a la auto-evaluación que incluyan competencia/incompetencia, éxito/fracaso, aceptación/rechazo, activo/pasivo, amado/abandonado, querido/rechazado, seguro/inseguro, débil/fuerte, etcétera. Una vez más, es importante determinar el grado de rigidez e importancia de la creencia para la imagen que tiene el individuo de sí mismo. A partir de aquí el terapeuta debería ser capaz de concluir si el trauma afectó a una persona con una imagen de sí misma positiva y fuerte o a un individuo con una sensación de self vulnerable y débil.

Las creencias y presunciones preexistentes sobre las demás personas son también una parte importante de la evaluación. Antes de la experiencia traumática, ¿suponía el cliente que las personas tendían a ser amables, atentas, compasivas y gentiles? ¿O suponía lo contrario, que las personas eran básicamente egoístas, crueles, manipuladoras, poco atentas con los demás o incluso hirientes? ¿Se mostraba el cliente abierto hacia los demás o sospechoso y evitativo? ¿Era el individuo muy dependiente de los demás (es decir, sociotrópico) o más autónomo? A partir de estas preguntas el terapeuta debería ser capaz de determinar el nivel de aceptación que tenía el individuo de los otros, sus expectativas sobre los demás y el grado en que dependía de la familia y de los amigos para su apoyo emocional.

Naturaleza del trauma

De manera idéntica a cualquier evaluación del TEPT, es importante que el terapeuta cognitivo obtenga una explicación plena y completa del trauma(s), su gravedad y consecuencias. Parte de esta información se obtendrá mediante la entrevista diagnóstica (p. ej., CAPS) pero ésta deberá ser complementada con preguntas más específicas y detalladas. Como ya se ha mencionado en la primera parte del presente capítulo, puede haber características del trauma cuyo esclarecimiento sea necesario por el impacto que han tenido en el desarrollo del TEPT. A continuación se sugieren algunas preguntas sobre el trauma que pueden ser de utilidad:

- “¿Cuál ha sido la experiencia traumática más reciente? ¿Cuántas veces ha experimentado una amenaza grave contra su seguridad, salud o bienestar? ¿Cuán graves eran tales amenazas? ¿Se relacionaban entre sí o correspondían a diferentes experiencias? ¿Cuál ha sido la más molesta para usted?”.
- “¿Le causó el acontecimiento algún daño físico, lesión o amenaza mortal? ¿Pensó que iba a morir durante el trauma? ¿Si el trauma no le ocurrió a usted, presencié la tragedia mientras ocurría a los demás o ha participado usted ayudando a las víctimas del trauma? ¿Se ha visto afectado, sobre todo, por escuchar una tragedia inesperada que ha ocurrido a algún ser querido?”.

- “¿Qué efecto tuvo el trauma sobre usted? ¿Cómo ha cambiado el trauma su manera de pensar, sentir y comportarse? ¿Le ha cambiado su modo de relacionarse con los demás? ¿Cómo le ha afectado en su vida diaria, su trabajo, familia y tiempo de ocio?”.
- “¿Cómo describiría su respuesta emocional tras el trauma? ¿Cómo ha venido sintiéndose en general (p. ej., deprimido, ansioso, irritable)? ¿Cuál es su respuesta emocional cuando recuerda el trauma o cuando tiene recuerdos intrusos sobre el mismo?”.
- “¿Qué ocurrió durante las horas o días siguientes a que experimentara el acontecimiento traumático? ¿Cómo reaccionaron su familia y amigos? ¿Qué pensaban sobre lo que le había ocurrido? ¿Cambió el trauma el modo en que las personas se relacionaban con usted? En caso afirmativo, ¿de qué manera? ¿Se le ofreció algún tipo de ayuda formal, como los servicios médicos o de salud mental o alguna forma de intervención en crisis?”.

Características de la memoria del trauma

La terapia cognitiva para el TEPT hace bastante hincapié en modificar los pensamientos e imágenes intrusas y su interpretación. En consecuencia, la evaluación concienzuda de la memoria del trauma es un elemento necesario de la formulación del caso. Se recomienda que el terapeuta comience por pedir a los clientes que describan lo que recuerden del acontecimiento traumático. Si efectuar esta asignación como tarea para casa les provoca demasiada angustia, el proceso podría comenzarse de forma colaboradora durante la sesión terapéutica. Debería explicarse la importancia de esta tarea, porque la memoria del trauma desempeña un papel importante en la persistencia del TEPT y ser capaz de hablar sobre el trauma es un paso crítico del proceso terapéutico. Naturalmente el terapeuta cognitivo debe mostrar su interés, atención, apoyo y comprensión. Para muchos clientes éste será un proceso muy difícil y deberán trabajar sobre la Narrativa de la Memoria del Trauma durante varias sesiones. La Construcción de una Narrativa de la Memoria del Trauma presenta algunas similitudes con la Declaración del Impacto utilizada en la terapia de procesamiento cognitivo (Resick & Schnicke, 1992; Resick, Monson & Rizvi, 2008) o los guiones imaginarios del trauma descritos en Foa y Rothbaum (1998).

En la Tabla 12.4 se enumeran los diversos factores que el terapeuta debería buscar en la Narrativa de la Memoria del Trauma. ¿Qué aspectos del trauma se recuerdan especialmente bien? ¿Hay intervalos en la memoria o aspectos del acontecimiento que no se recuerden debidamente? ¿Qué grado de selección presenta el recuerdo que tiene el paciente del trauma? ¿Cómo responde el paciente a las preguntas de prueba a fin de obtener una explicación más completa del trauma? ¿Está bien elaborada la Narrativa de la Memoria del Trauma o es sólo esquemática? ¿Es coherente y organizada o está fragmentada? ¿Existen evidencias de que la memoria está basada en datos? ¿En qué medida se observan esfuerzos por derivar algún sentido o comprensión del trauma? ¿Cómo interpreta el paciente la memoria del trauma? ¿Qué significa o qué implicación tiene sobre el self, el mundo y el futuro? ¿Qué tipo de señales provocan o evocan la memoria del trauma? ¿Cuál es la reacción emocional del cliente cuando recuerda el trauma? ¿Qué grado de intensidad o gravedad presenta la emoción sentida? Hacia el final de la tercera o cuarta sesión, el terapeuta cognitivo debería disponer de una Narrativa de la Memoria del Trauma bastante completa así como un perfil de la interpretación y de la respuesta emocional del paciente ante la memoria.

Creencias y valoraciones del trauma

La explicación detallada y profunda del sentido personal del trauma y de sus consecuencias es un componente central de la formulación cognitiva de caso. Posteriormente será uno de los focos primarios de la intervención cognitiva en la terapia. Las creencias e interpretaciones relacionadas con el trauma coinciden con varias categorías temáticas. Es importante determinar las atribuciones causales que hace el cliente del trauma. ¿Por qué cree que ha ocurrido el trauma? ¿Qué factores contribuyeron? ¿Se auto-inculpa por el trauma o cómo reaccionó durante el trauma? ¿Existe alguna prueba de creencias maladaptativas de responsabilidad personal? El terapeuta debería identificar también las creencias maladaptativas asociadas con los sentimientos de culpa, arrepentimiento o remordimiento que pudieran estar asociados al trauma.

Otros tipos de pensamientos y creencias auto-referentes negativos también deberían ser contemplados. ¿Contempla el cliente estima-

ciones de probabilidad irreal de que en el futuro le ocurran otras experiencias traumáticas? ¿Sostiene creencias maladaptativas sobre la imprevisibilidad y falta de control del trauma? ¿En qué medida son exageradas las creencias relativas a la probabilidad y gravedad de la amenaza o del peligro y en qué grado minimiza las creencias relativas a la seguridad? ¿Qué piensa el cliente sobre las consecuencias del trauma? ¿Cree que le ha llevado a cambios perjudiciales sostenidos o duraderos para su persona o para su mundo personal? ¿Cree que ha cambiado el modo en que los demás se relacionan con él? El terapeuta debería identificar el modo en que el cliente cree que le perciben los demás como resultado de ser víctima del trauma.

El terapeuta debe identificar también las creencias y valoraciones sobre las expectativas futuras. ¿Cómo ha cambiado el trauma las actitudes y creencias del individuo sobre su futuro? ¿Son ahora mucho más pesimistas y cínicos en relación a la vida y al mundo en general? ¿Ven ahora su futuro como vacío o carente de sentido? ¿Creen que ahora están indefensos, que son víctimas de las circunstancias que seguirán dictando su vida de un modo incontrolable e imprevisible? ¿Prevén alguna idea de cambio o de mejora en su vida en un futuro próximo?

Creencias e interpretaciones de las intrusiones

Otro elemento nuclear de la formulación cognitiva de caso conlleva una descripción del modo en que la persona con TEPT interpreta los pensamientos, imágenes o recuerdos indeseados intrusos del trauma así como los restantes síntomas prominentes del TEPT. Ehlers, Clark y colaboradores han descrito en detalle la importancia de las valoraciones relativas a las secuelas del trauma en la persistencia y gravedad del TEPT (D. M. Clark & Ehlers, 2004; Ehlers & Clark, 2000; Ehlers & Steil, 1995). Estas valoraciones y creencias se centran en el significado o sentido personal de sufrir TEPT. Con cada individuo el terapeuta debería determinar qué es lo que le angustia de sufrir TEPT ¿Qué síntomas son los más molestos o interfieren más en su funcionamiento diario? ¿Qué efectos negativos causan los síntomas intrusos? ¿Considera que los efectos son resistentes o permanentes?

El terapeuta cognitivo debería determinar también las atribuciones causales del individuo para el TEPT y evaluar la presencia del pensamiento catastrofizante. ¿Por qué cree el individuo que sufre TEPT? ¿Cómo se explica la presencia de los recuerdos y *flashbacks* intrusos relacionados con el trauma? ¿Cree que todos los síntomas del TEPT o recuerdos del trauma deben eliminarse antes de poder vivir una vida satisfactoria y productiva? ¿Cree que el TEPT ha arruinado su vida? ¿Cuál es la importancia o interpretación personal percibida que concede a los recuerdos de reexperimentación del trauma, *flashbacks*, pesadillas y similares? ¿Cómo se explica su aparente incapacidad para controlar estos síntomas o sobreponerse a los efectos negativos del trauma? Esta evaluación profunda de las valoraciones y creencias negativas asociadas con los síntomas de reexperimentación desempeña una función importante en el diseño del plan de tratamiento para la terapia cognitiva del TEPT.

Perfil de las estrategias de afrontamiento

La formulación cognitiva de caso debería incluir también una evaluación de los esfuerzos del individuo por minimizar la presencia de los síntomas TEPT y sus consecuencias. ¿Qué grado de prominencia presenta la supresión intencional y activa en la respuesta del cliente a las intrusiones indeseadas relacionadas con el trauma? ¿Hay otros tipos de estrategias cognitivas maladaptativas que use para prevenir o finalizar la exposición a las intrusiones relacionadas con el trauma? El Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad del Capítulo 5 (véase Apéndice 5.9) puede usarse para identificar las respuestas cognitivas maladaptativas de afrontamiento y su efectividad percibida. El Apéndice 5.7 puede usarse también para evaluar la presencia de respuestas conductuales maladaptativas de afrontamiento asociadas a los síntomas TEPT. Asimismo, el terapeuta debería determinar la presencia o prominencia de la rumiación sobre el TEPT y sus efectos o la preocupación por sufrir intrusiones frecuentes e indeseadas sobre el trauma en la experiencia del trastorno.

La disociación, el embotamiento emocional y la supresión intencionada de la emoción suelen estar presentes muchas veces en el TEPT. ¿Son maladaptativas estas respuestas de afrontamiento y cuál

es su efectividad percibida? ¿Qué grado de tolerancia o aceptación muestra el cliente hacia la emoción negativa? ¿Puede mostrar el cliente una expresión sana de la emoción negativa? ¿Cómo evalúa o interpreta (es decir, entiende) el individuo sus episodios de ansiedad, ira, disforia o culpa? Por último, ¿dispone el cliente de estrategias adaptativas en su repertorio? ¿Con qué frecuencia emplea estas estrategias, bajo qué circunstancias y a qué efecto? La presencia de cierta capacidad de afrontamiento adaptativo puede ser un importante punto de comienzo en la terapia.

Evitación y búsqueda de seguridad

El último componente de la formulación cognitiva de caso conlleva la especificación de la gama de situaciones o señales relacionadas con el trauma que se evitan, así como los tipos de conductas de búsqueda de seguridad empleados y su efectividad percibida. Foa y Rothbaum (1998) describen cómo construir una jerarquía de las situaciones evitadas en su terapia basada en la exposición para el trauma por violación. La Jerarquía de Exposición del Capítulo 7 (véase Apéndice 7.1) puede sernos útil para identificar las situaciones y las señales evitadas en el momento de la preparación de la exposición *in vivo*, que es una parte importante de la terapia cognitiva para el TEPT. También se debería preguntar a los clientes sobre su recurso a las conductas de búsqueda de seguridad para prevenir o minimizar los síntomas TEPT. ¿Confían en ir acompañados por la pareja, un familiar o un amigo próximo para confrontar las situaciones evitadas? ¿Recurren a medicación o al consumo de sustancias para controlar los síntomas TEPT? ¿Qué otras estrategias cognitivas o conductuales sutiles emplean para minimizar la ansiedad? Es necesario obtener el perfil de las respuestas de búsqueda de seguridad del cliente, porque éstas se convertirán en el foco del cambio en las siguientes sesiones de terapia cognitiva.

Caso ilustrativo

En este apartado presentamos una ilustración de formulación cognitiva de caso en base al ejemplo clínico presentado al comienzo del capítulo. Edward desarrolló TEPT tras volver de una misión de 6

meses en Rwanda, habiendo atestiguado los indescritibles horrores del genocidio. La evaluación reveló que el genocidio había destrozado muchas de las creencias preexistentes de Edward sobre el mundo, la humanidad y sobre sí mismo. Edward había tenido creencias firmes en la justicia y en la ley. Había creído que la amenaza y el peligro personal podían minimizarse mediante el cuidado, la disciplina y los recursos. Se había adherido a un código personal de moralidad y confiaba en la dignidad y justicia humanas. Edward se había visto a sí mismo como individuo fuerte, seguro y muy trabajador que trataba a los demás con nobleza y esperaba lo mismo a cambio. Todas estas creencias fundamentales sobre sí mismo, el mundo y el bien inherente y dignidad de la humanidad se vieron destrozadas en Rwanda.

No había un único acontecimiento específico que provocara el TEPT de Edward. Realmente se debió a las múltiples experiencias de amenaza a la seguridad personal, como la eliminación de las minas antipersona en Bosnia o verse amenazado a punta de pistola al atravesar los pasos en Rwanda. Fue atestiguar la tragedia de la guerra, como cuando se veía confrontado a las multitudes hambrientas y amedrentadas de Rwanda, cuando encontraba fosas comunes, iglesias abarrotadas de civiles asesinados y ríos llenos de cadáveres flotantes. Sin embargo, una de las experiencias más sobresalientes fue la desaparición de los niños del orfanato que había visitado, especialmente la niña de 5 años de edad con quien había establecido una amistad. En el momento de las experiencias, Edward suprimió sus emociones, recurriendo al humor y a una pose superficial para distanciarse de las circunstancias. Aunque sintiéndose abrumado y asqueado por lo que observaba, pronto logró distanciarse y disociarse de estas experiencias repetidas. Trataba las amenazas a su seguridad personal como parte de “realizar mi trabajo” y cuando volvió a casa no había reconocimiento de lo que había visto o experimentado. Se esperaba que volviera a su vida normal y a la rutina de trabajo como si no hubiera ocurrido nada.

La Narrativa de la Memoria del Trauma de Edward se centró en lo que recordaba sobre el día en que su convoy llegó al orfanato y observó la ausencia de la pequeña junto con la de otra docena de niños enfermos o heridos. Edward sólo podía recordar aspectos del día que

confirmaban su presunción de que hubieran sido asesinados. Era incapaz de recordar aspectos de la experiencia que sugirieran otras razones para la ausencia de la niña del orfanato. Su recuerdo se basaba sobre todo en fuertes sentimientos de ira, tristeza y culpa por lo que asumía que había sido la brutal muerte de la pequeña. Experimentaba fragmentos de la memoria en los que tenía imágenes intrusas de la pequeña y un gorila vestido con uniforme del EjPR. Estas imágenes podían aparecer espontáneamente o ser evocadas por ciertos recordatorios de Rwanda externos, como por ejemplo, estar inmerso en una multitud o atravesar un tramo de la autopista de camino al trabajo. Su principal respuesta emocional ante las intrusiones era la ansiedad, la ira y la culpa.

Edward sentía una profunda culpa por Rwanda. Creía que como miembro pacificador de la ONU no había hecho lo suficiente para detener el genocidio y se culpaba a sí mismo por no haber protegido a la niña de 5 años. Creía que el genocidio había cambiado de manera permanente sus creencias y actitudes sobre sí mismo, el mundo y las demás personas. Concluía que nunca sería capaz de superar sus efectos, que le había creado cicatrices permanentes. Edward pensaba que el peligro para sí mismo y para sus seres queridos era mucho más probable y que él había quedado como una persona débil y vulnerable. Debía permanecer vigilante, en guardia constante, especialmente cuando estaba rodeado de personas. Creía que se había fallado a sí mismo, completamente, y que su futuro sería vacío e insatisfactorio mientras trataba de luchar contra la culpa y la ira de las experiencias que había vivido en la guerra. Afirmaba, “No puedo planificar; he perdido todo el control de mi vida”. Su punto de vista predominante sobre sí mismo era el de un individuo culpable, que no merecía la pena y vacío, sin interés ni energía, con una capacidad muy limitada y sin futuro. En otras palabras, sufría lo que Ehlers y Clark (2000) denominaban “derrota mental”.

A Edward le molestaba particularmente la reexperimentación de síntomas TEPT. Creía que las imágenes intrusas eran señal de que el TEPT estaba empeorando. Se manifestaba preocupado de que las imágenes y recuerdos intrusos le hicieran enloquecer. Su persistencia, así como los brotes repentinos de ira que tenía eran prueba de

que había perdido todo su auto-control. Estaba convencido de que el TEPT implicaba que era una persona psicológicamente débil o inferior y que ahora era una “ruina”; inservible para el ejército o para ningún otro jefe potencial. Se culpaba a sí mismo por ser víctima del TEPT y creía que nunca superaría sus efectos. Concluía que debía tener alguna debilidad preexistente que explicara por qué había desarrollado el TEPT cuando otros no lo hacían. No confiaba en sobreponerse al TEPT pero con terapia a largo plazo quizá aprendiera a manejar algo mejor sus efectos. Afirmaba “Tú [TEPT] has destrozado mi vida, mi calidad de vida, mi vida normal y mi futuro”.

Edward se esforzaba por prevenir o suprimir sus pensamientos y memorias intrusas de Rwanda. Evitaba cualquier película, libros o presentaciones multimedia sobre África y cualquier situación o persona que le recordara a Rwanda. Se aisló de los contextos sociales y recurrió al abuso del alcohol para ahogar sus recuerdos. De hecho, Edward desarrolló un trastorno concomitante de dependencia del alcohol porque esto suprimía sus imágenes y memorias intrusas y calmaba sus sentimientos de angustia e ira. Además, Edward evitaba los espacios públicos y la interacción social fuera del contexto laboral. Frecuentemente pensaba en el suicidio como en la solución final a su dolor. Experimentaba frecuentes episodios disociativos que no podía justificar mientras estaba en el trabajo y rumiaba sobre cómo hubiera podido prevenir la desaparición de la niña. Trataba de suprimir sus recuerdos sobre el trauma distrayéndose y se esforzaba para evitar la expresión de cualquier emoción cuando hablaba de Rwanda. Irónicamente experimentaba intensas emociones negativas de ira, ataques de ansiedad y profunda disforia que parecían producirse espontáneamente y sin su control. Una de sus respuestas adaptativas que se hizo visible en la terapia era su capacidad para escribir sobre sus pensamientos y sentimientos. Además leía también todo lo que podía encontrar sobre el TEPT relacionado con el combate y la exposición al trauma a fin de entender mejor su propio estado emocional y comenzó con un programa diario de ejercicio físico y bienestar.

Las conductas de búsqueda de seguridad que más empleaba Edward eran la huida y la evitación. Cuando experimentaba síntomas ansiosos o una imagen intrusa relacionada con el trauma, aban-

donaba la situación inmediatamente. Pasaba la mayor parte de su tiempo de ocio sólo en casa, bebiendo y viendo películas hasta bien entrada la madrugada para distraerse y evitar el sueño que le producía pesadillas. Más adelante en la terapia, Edward probó varias técnicas de relajación y meditación para reducir la ansiedad y la reexperimentación de síntomas, que tuvieron un éxito sólo limitado porque servían a la función de búsqueda de seguridad.

Pauta clínica 12.22

En una formulación cognitiva de caso para el TEPT se especifican (1) cómo han cambiado las creencias del individuo sobre sí mismo, el mundo y los demás a raíz del trauma; (2) cómo se recuerda el trauma; (3) las valoraciones y creencias disfuncionales sobre el trauma y sus consecuencias; (4) las interpretaciones negativas de los pensamientos, imágenes y recuerdos intrusos relacionados con el trauma y (5) las estrategias maladaptativas de afrontamiento usadas para suprimir los síntomas intrusos y minimizar la ansiedad.

Descripción de la terapia cognitiva para el TEPT

Los objetivos generales de la terapia cognitiva para el TEPT son reducir los síntomas de reexperimentación posteriores al trauma, alcanzar una reducción significativa de la ansiedad y de la depresión y mejorar el nivel de funcionamiento social y ocupacional (véase Tabla 12.5 para un listado de objetivos; véase también D. M. Clark & Ehlers, 2004).

Es importante que la formulación del caso culmine en un plan individualizado de tratamiento que guíe la terapia (véase Taylor, 2006). El plan de tratamiento consiste en objetivos inmediatos y a largo plazo de la terapia. Estos objetivos se establecen de forma colegiada teniendo en cuenta la formulación del caso. El cliente debería recibir una copia de los objetivos de la terapia y el proceso de tratamiento debería ser evaluado periódicamente a lo largo de la terapia en relación a los objetivos específicos del cliente. El plan de tratamiento de Edward se centró en varios objetivos específicos.

- Reducir la frecuencia e intensidad de las imágenes intrusas de la “pequeña y el gorila”.
- Eliminar el consumo de alcohol como estrategia maladaptativa de afrontamiento.
- Reducir la evitación y la ansiedad subjetiva cuando estaba expuesto a situaciones que le recordaran a Rwanda (p. ej., grandes almacenes abarrotados de gente, ciertos tramos de autopista entre su casa y el trabajo).
- Aumentar el contacto social y las actividades de ocio.
- Reducir los estallidos de ira y la baja tolerancia a la frustración.
- Reducir el nivel de ansiedad generalizada.
- Eliminar sentimientos de culpa, responsabilidad e ira sobre el genocidio.
- Mejorar la sensación de confianza y esperanza en el futuro.
- Reducir la hipervigilancia a la amenaza.
- Restablecer su actitud del pasado de optimismo y confianza en los demás.
- Eliminar la angustiosa convicción de fracaso, de haber sido una gran decepción para sí mismo y para los demás.
- Renovar su interés por la vida y minimizar los efectos del TEPT en su vida cotidiana.

Tabla 12.5. Fines y objetivos de la terapia cognitiva para el trastorno por estrés postraumático

-
- Aceptar la explicación cognitiva sobre la persistencia de síntomas en el trastorno por estrés postraumático.
 - Mejorar la organización, coherencia, integración y elaboración de la memoria del trauma subrayando el procesamiento basado en conceptos del trauma (D.M. Clark & Ehlers, 2004; Ehlers & Clark, 2000).
 - Modificar las creencias y valoraciones disfuncionales del trauma, sus causas y efectos negativos sobre el self, el mundo y el futuro.
 - Cambiar de una interpretación amenazante negativa de los pensamientos, imágenes y recuerdos intrusos e indeseados relacionados con el trauma a una perspectiva más adaptativa, aceptante y acomodada de las intrusiones mentales relevantes al trauma (es decir, un proceso de normalización).
 - Desactivar las creencias negativas de un self débil y vulnerable, de un mundo amenazante o peligroso, y de abandono o insensibilidad de los otros que se han visto reforzadas por el trauma; en lugar de esto promover la adopción de puntos de vista alternativos más constructivos de un self fuerte, de un mundo fundamentalmente seguro, de personas nobles y de un futuro esperanzador.
 - Eliminar las estrategias cognitivas maladaptativas como la supresión del pensamiento y la rumiación así como los procesos relacionados como el embotamiento emocional y la disociación.
 - Reducir la huida, la evitación y otras conductas de búsqueda de seguridad empleadas para suprimir la reexperimentación de síntomas o minimizar la ansiedad elevada.
-

La terapia cognitiva para el TEPT incluye diversos componentes terapéuticos que sirven para alcanzar los fines y objetivos del tratamiento. Dichos componentes se sintetizan en la Tabla 12.6 y a continuación se comentan con mayor detalle.

Fase de formación

Las sesiones iniciales de terapia cognitiva se centran en formar al cliente en TEPT, en ofrecerle una explicación cognitiva de la persistencia de los síntomas postraumáticos, en presentarle una justificación del tratamiento y en clarificar los objetivos de la terapia. De manera similar a la terapia cognitiva para otros trastornos de ansiedad, la fase de formación es crítica para el éxito del tratamiento TEPT. Son tres los objetivos: (1) lograr que el cliente acepte el modelo cognitivo para el TEPT y su tratamiento de modo que pueda establecerse una relación terapéutica colaboradora, (2) corregir cualquier falsa creencia sobre el TEPT y su tratamiento que pudiera interferir con la terapia cognitiva y (3) garantizar la adherencia al tratamiento y aumentar el cumplimiento de los ejercicios asignados como tarea para casa.

A menudo los individuos con TEPT se explican el trastorno exclusivamente en términos de un “desequilibrio químico cerebral” o el resultado de una predisposición inherente psicológica o emocional. Ambas explicaciones podrían minar su aceptación de la terapia cognitiva. Alternativamente, el terapeuta cognitivo explica que el TEPT es una respuesta psicológica natural ante acontecimientos traumáticos. Foa y Rothbaum (1998) elaboraron un manual para el cliente titulado “Reacciones comunes ante la agresión” que explica el miedo/ansiedad, la reexperimentación del trauma, el aumento de activación, la evitación, la ira, la culpa/vergüenza, la depresión y la autoimagen negativa como reacciones inmediatas al trauma experimentadas por la mayoría de los supervivientes. Aunque este manual se refiere a la agresión física y sexual, se le pueden hacer algunas leves modificaciones para incluir una explicación de por qué los síntomas TEPT persisten en sólo una minoría de los individuos expuestos al trauma. El manual del cliente desarrollado por Taylor (2006) es especialmente útil a este fin. El TEPT persistente se explica como la “hipersensibilidad del sistema de respuesta del cerebro ante el estrés”

Tabla 12.6. Componentes terapéuticos de la terapia cognitiva para el trastorno por estrés postraumático

Componente terapéutico	Objetivo de tratamiento
Fase de formación	Proporcionar información sobre el trastorno por estrés postraumático, corregir cualquier malentendido sobre el trastorno, lograr que el paciente acepte el modelo cognitivo y la colaboración en el proceso de tratamiento.
Reestructuración cognitiva centrada en el trauma	Identificar y posteriormente modificar las creencias y valoraciones negativas sobre el sentido personal del trauma en términos de sus causas, naturaleza y consecuencias sobre el self, el mundo, los otros y el futuro.
Elaboración y exposición imaginaria repetida a la memoria del trauma	Construir un recuerdo más elaborado, organizado, coherente y contextualizado del trauma con un mayor énfasis en su significado, de manera que con la repetida exposición a la memoria del trauma ésta obtenga una base más conceptual y quede mejor integrada con otros recuerdos autobiográficos.
Reestructuración cognitiva centrada en el trastorno	Modificar las interpretaciones y creencias orientadas a la amenaza y negativas del cliente sobre los síntomas del trastorno por estrés postraumático y sus consecuencias, especialmente los síntomas de reexperimentación del trastorno, hacia una perspectiva de afrontamiento más adaptativa y funcional.
Exposición <i>in vivo</i> a las señales de reexperimentación	Reducir la evitación y la confianza en las conductas de búsqueda de seguridad así como reducir la ansiedad en las situaciones que evocan los síntomas de reexperimentación.
Modificar la evitación cognitiva maladaptativa y las estrategias de control	Reducir o eliminar la preocupación, la rumiación, la disociación y las dificultades para concentrarse contemplando las estrategias cognitivas maladaptativas como la supresión del pensamiento y el exceso de control sobre los pensamientos y las emociones y sustituirlas por un control de la atención más adaptativo y la aceptación de los pensamientos y emociones indeseadas.
Reducción de la emoción (complementaria)	Reducir la ansiedad general, la hipervigilancia, los trastornos del sueño y la ira/irritabilidad desarrollando un estilo de respuesta más relajado y benigno.

que viene determinada por la configuración genética de la persona y por la naturaleza y gravedad de las experiencias traumáticas. Se explica que todas las personas disponemos de un “punto de ruptura” para el desarrollo del TEPT. Una persona con una fuerte predisposición genética para el TEPT desarrollará el trastorno en respuesta a un trauma menos intenso, mientras que puede ser necesario un trauma grave o experiencias traumáticas múltiples para que alguien con poca predisposición genética supere la barrera del “punto de ruptu-

ra". Es importante subrayar con los clientes que todas las personas disponen de un punto de ruptura; es sólo cuestión de la cantidad necesaria del trauma para la aparición del TEPT. Una copia del libro de Taylor (2006) puede adquirirse de la Asociación Canadiense de Trastornos de Ansiedad (www.anxietycanada.ca).

La explicación cognitiva para el TEPT debe incluir también una descripción de la función que desempeñan los pensamientos y creencias negativas, el trauma, la memoria, la emoción negativa y la evitación en la persistencia de los síntomas postrauma. El terapeuta explica que la persistencia o la desaparición de los síntomas iniciales tras unas pocas semanas depende de nuestra respuesta. A continuación se presenta una posible justificación de la persistencia del TEPT:

"Si muchos de los síntomas TEPT de su experiencia son una respuesta habitual al trauma y todo el mundo dispone de un 'punto de ruptura' en su sistema de respuesta al estrés, se preguntará por qué sus síntomas TEPT persisten mientras que los síntomas de otros desaparecen al de unas pocas semanas. Durante los últimos años los investigadores han descubierto diferentes factores que parecen contribuir en la persistencia del TEPT. En primer lugar, muchas veces las experiencias traumáticas hacen que las personas se vean a sí mismas, el mundo, el futuro y a las demás personas de una manera muy negativa y amenazante. Durante la entrevista de evaluación usted ha descrito diferentes modos en los que cree que ahora es más débil y más vulnerable y que el mundo es un lugar más peligroso. [El terapeuta enumera algunos de los pensamientos y creencias disfuncionales del cliente]. El problema con este pensamiento es que con el tiempo se convierte en más selectivo de modo que aumenta la propia sensibilidad a la amenaza y perpetúa la sensación de miedo y ansiedad, que son las principales emociones negativas del TEPT. Un segundo elemento contribuyente es el modo en que se recuerda el trauma. Cuando algunos aspectos del trauma se recuerdan con excesiva claridad, otros se olvidan, y cuando uno no alcanza un sentido o significado satisfactorio del trauma, el individuo es más propenso a tener recuerdos indeseados intrusos y muy reales del trauma que son increíblemente angustiosos. En algunos casos puede parecer que uno esté reviviendo la experiencia traumática una y otra vez. [El terapeuta debería refe-

rirse a la descripción del cliente de los síntomas de reexperimentación]. Un tercer elemento contribuyente a la persistencia del TEPT se refiere a la propia evolución o interpretación de los síntomas de reexperimentación del TEPT. Por ejemplo, si una persona considera que los pensamientos, imágenes, recuerdos o sueños del trauma están produciendo un efecto negativo sustancial y duradero sobre ella misma, entonces la reexperimentación será considerada como una seria amenaza a su capacidad para funcionar que debe ser contenida a toda costa. Dados los síntomas del TEPT, esta grave evaluación negativa tendrá un efecto paradójico de aumentar su persistencia y saliencia o intensidad. La propia vida se focaliza más y se ve más dominada por los síntomas. [El terapeuta se refiere a la interpretación que hace el cliente de la reexperimentación de sus síntomas para reforzar este punto]. Y por último, ciertas estrategias están diseñadas para reducir la reexperimentación de síntomas, como la evitación de las señales del trauma, los esfuerzos por suprimir los pensamientos del trauma, la incapacidad para expresar las emociones naturales y la confianza en las conductas de búsqueda de seguridad, todas ellas contribuirán a la persistencia de los síntomas TEPT. [El terapeuta pregunta al cliente por los efectos de la evitación y la búsqueda de seguridad]”.

Tras presentar una explicación cognitiva del TEPT, el terapeuta ofrece una justificación del tratamiento. Foa y Rothbaum (1998) recurren a la metáfora de la “digestión psicológica” mediante la cual se explica que el objetivo del tratamiento es ayudar a los clientes a elaborar lo ocurrido de manera que su cerebro pueda “digerir psicológicamente” el trauma. Taylor (2006) describe la terapia cognitivo-conductual como el medio de ayudar a los individuos a dar sentido a la experiencia traumática y a desensibilizarlos para los recuerdos angustiosos pero inofensivos del trauma. Resick, Monson y Rizvi (2008) explican que la terapia se centra en la modificación de pensamientos y creencias que llevan al individuo a “estancarse” y en ayudar a la persona a aceptar lo ocurrido, sentir las emociones naturales y desarrollar creencias más equilibradas que contribuirán a generar emociones más útiles. Smyth (1999) comenta el tratamiento de los recuerdos traumáticos en términos de conversión de los recuerdos “calientes” en recuerdos “malos”, mientras que Najavitis (2002) con-

sidera que el objetivo del tratamiento consiste en aprender a manejar el TEPT y a alcanzar la sensación de seguridad. Aunque estas referencias puedan ser de ayuda para que el terapeuta cognitivo elabore una justificación del tratamiento, es importante subrayar que la terapia cognitiva se centra en la reducción de la ansiedad y de los síntomas TEPT (1) modificando las valoraciones y creencias amenazantes y negativas sobre el self, el mundo, el futuro y otras personas y la reexperimentación de síntomas TEPT; (2) reconstruyendo una memoria más organizada, significativa y completa del trauma que se asocie con menor amenaza y angustia y (3) sustituyendo la evitación maladaptativa y otras prácticas de búsqueda de seguridad por respuestas de afrontamiento más efectivas relacionadas con el trauma. Además, la terapia cognitiva trata de eliminar el abuso de sustancias, favorecer la gestión de los pensamientos y conductas negativas que puedan subyacer a una depresión mayor o a la disposición al suicidio y mejorar el funcionamiento interpersonal cuando esto se asocia con problemas clínicos. Aunque la fase de formación “finaliza formalmente” con una afirmación clara de los objetivos del tratamiento refiriéndose a la formulación del caso, más adelante en la terapia se presenta una justificación más específica de cada uno de los ingredientes terapéuticos de la terapia cognitiva según se vayan presentando. Asimismo, la primera sesión de terapia concluye con la asignación al cliente de la tarea de auto-monitorear sus pensamientos, imágenes y recuerdos relacionados con el trauma. El formulario de auto-monitoreo que se emplea a este fin se presenta en el Apéndice 12.1.

Pauta clínica 12.23

El componente educativo de la terapia cognitiva para el TEPT se centra en (1) corregir cualquier malentendido sobre el TEPT y sus consecuencias, (2) explicar la función de las valoraciones y creencias relacionadas con el trauma y centradas en el trastorno en la persistencia de los síntomas TEPT, (3) elucidar el problema de los recuerdos escasamente elaborados del trauma y (4) subrayar los efectos de la evitación y de las estrategias cognitivas y conductuales maladaptativas de búsqueda de seguridad. La colaboración del cliente con el tratamiento se determina mediante la aceptación de la justificación del tratamiento que se basa en el modelo cognitivo para el TEPT.

Reestructuración cognitiva centrada en el trauma

Tras formar al cliente en el modelo cognitivo del TEPT, la siguiente fase del tratamiento conlleva la identificación y modificación de las creencias y valoraciones negativas del cliente sobre el trauma y sus consecuencias. Consideramos que es importante contemplar estas creencias antes de proceder con la exposición relacionada con el trauma a fin de corregir cualquier sesgo que pueda minar la aceptación de la exposición. Además, a la mayoría de las personas les costará menos y les parecerá menos amenazante tratar con las creencias relacionadas con el trauma que con la exposición imaginaria o *in vivo*.

En la terapia de procesamiento cognitivo desarrollada por Patricia Resick y sus colaboradores, a los clientes con TEPT se les pide, en primer lugar, que describan por escrito una Declaración del Impacto sobre el sentido de los sucesos traumáticos (Resick & Schnicke, 1992; Resick, Monson & Rizvi, 2008; Shipherd et al., 2006). Hemos comprobado que este ejercicio es extraordinario para identificar las valoraciones y creencias negativas sobre el trauma y sus consecuencias. Debería ser asignado como tarea para casa al final de la primera sesión. A continuación se presentan las instrucciones para elaborar una Declaración del Impacto (Resick, Monson & Rizvi, 2008, p. 90):

“Por favor, escriba como mínimo una página sobre lo que significa para usted que haya ocurrido esta experiencia traumática. Por favor, considere los efectos que el acontecimiento ha tenido sobre sus creencias sobre usted mismo, sus creencias sobre las demás personas y sus creencias sobre el mundo. Considere también los siguientes temas mientras escriba su respuesta: seguridad, confianza, poder/competencia, estima e intimidad. Traiga la declaración con usted para la siguiente sesión”.

La mayor parte de la sesión se destinará a la Declaración del Impacto sobre la que el terapeuta subraya, clarifica y elabora aspectos de la descripción del cliente que indiquen valoraciones y creencias negativas sobre el trauma. Estas creencias tenderán a rondar sobre las causas y consecuencias del trauma en la medida en que se

relacionan con el self, el mundo, otras personas y el futuro. Resick y Schnicke (1992) sugieren que deberían contemplarse las creencias relativas a la seguridad, confianza, poder, auto-estima e intimidad porque, a menudo, suelen estar afectadas por el trauma. Por ejemplo, una estudiante universitaria que había sido violada tras salir de un bar con un hombre al que acababa de conocer creía que “fue culpa mía por haber bebido demasiado y por acceder a una situación peligrosa” y “nunca seré capaz de confiar o intimidar con otro hombre”.

En el Capítulo 6 se han comentado diferentes estrategias de reestructuración cognitiva que pueden usarse para modificar las valoraciones y creencias negativas relacionadas con el trauma. La recogida de pruebas será particularmente útil y para ello se puede preguntar a los clientes “¿Hay algo que ocurriera durante el trauma o poco después que respalde o refuerce la interpretación o creencia negativa?”. Por el contrario, “¿Hay algo que ocurriera durante el trauma o poco después que sea incoherente con la interpretación o creencia negativa?”. El análisis de coste-beneficio es otra técnica de reestructuración cognitiva útil, en la que se anima al cliente a considerar los costes inmediatos y a largo plazo de continuar contemplando la construcción más negativa del trauma y sus consecuencias. El terapeuta debería enseñar a los pacientes el modo de identificar los errores de pensamiento que hay en sus creencias y valoraciones relacionadas con el trauma. El terapeuta cognitivo puede enseñar a los clientes cómo afectan las creencias sobre los recuerdos del trauma y viceversa mediante los procesos de acomodación y asimilación (Shipherd et al., 2006). La reestructuración cognitiva persigue dos objetivos. El primero, que el terapeuta colabore con el cliente en la adopción de una visión alternativa más útil del trauma y de su impacto a largo plazo. El segundo, que la reestructuración cognitiva ayude al paciente a desarrollar una actitud consciente más distante o aislada hacia las intrusiones relacionadas con el trauma (Taylor, 2006; Wells & Sembi, 2004). Se anima a los individuos a observar sus pensamientos de un modo distante sin interpretar, analizar o tratar de controlarlos de alguna manera. Los pensamientos pueden ser vistos como simples síntomas a los que se les permite que “ocupen su propio espacio y tiempo sin comprometerse con ellos” (Wells & Sembi, 2004, p. 373) o el cliente puede cambiar de perspectiva viendo el trauma desde el

punto de vista de otra persona o desde el futuro lejano (Taylor, 2006). Aunque la reestructuración cognitiva de las intrusiones relacionadas con el trauma suele ser más intensa durante las primeras sesiones de terapia cognitiva, esta tarea se mantiene a lo largo de todo el tratamiento. En el Apéndice 12.2 se presenta un formulario que puede servir para que los clientes consoliden sus habilidades de reestructuración cognitiva mediante las tareas para casa.

Taylor (2006) menciona diversos problemas que pueden aparecer durante la reestructuración cognitiva en el TEPT. Uno de ellos es la *invalidación*, por el cual el individuo cree que el terapeuta trivializa o no aprecia el significado y la magnitud de sufrimiento personal provocados por el trauma. Esto puede evitarse ofreciendo a los clientes la oportunidad de comentar plenamente sus experiencias, expresando los niveles apropiados de empatía y validando directamente sus sentimientos (véase Leahy, 2001). Taylor (2006) recomienda también que los terapeutas eviten clasificar los pensamientos/sentimientos como “distorsionados”, “erróneos”, “irracionales” o “disfuncionales” y en su lugar los encuadren en términos de formas de pensar “útiles” e “inútiles”. Otro problema se produce cuando los clientes sostienen *creencias inflexibles* y, por lo tanto, son más resistentes a la reestructuración cognitiva. Los ejercicios de puesta en prueba de hipótesis empíricas pueden ser muy útiles cuando el cliente se niega a aceptar las confrontaciones verbales del terapeuta. Además, se puede animar al individuo a que temporalmente “pruebe una interpretación o creencia alternativa” y registrar los efectos positivos y negativos (véase Capítulo 6 para más información). Estas experiencias pueden ayudar a sembrar la duda sobre la veracidad de la interpretación negativa del trauma.

A continuación se presentan unos extractos de la Declaración de Impacto de Edward:

En Yugoslavia nuestra misión era mantener la paz [misión de pacificación de la ONU] y eliminar las minas antipersona y, en consecuencia, perdí algunos buenos amigos. Observé los restos y masacres y enterramientos en masa, mucha destrucción y los efectos de las violaciones y de la famosa corbata servia [rueda colocada alrededor del cuello de la víctima y a la que se prendía

fuego]. Constantemente éramos blanco de morteros y en Sarajevo había francotiradores por todos los lugares y escogían sus objetivos sin razón alguna. Me mantuvieron a punta de pistola en un control de la Naciones Unidas y un checo me amenazó con una AK-47. Cuando pienso en ello veo los problemas familiares de muchos soldados y ahí comenzaron la bebida y las drogas. Íbamos camino al infierno”.

En el caso de 1993 estaba en la cafetería cuando oí por primera vez la posibilidad de una misión de la ONU en un lugar de África llamado Rwanda. Nunca había oído hablar de este país pero una misión de 7 meses sonaba bien. Cuando llegamos a Kigali supimos que habíamos tocado fondo y empezamos a sentirnos muy tensos. Desde ese viaje he creído que no tenemos futuro, soy un perdedor, nunca voy a conseguir nada. Creo que el mundo va en picado hacia la auto-destrucción. Para el 2015 vamos a quedarnos sin recursos naturales y con sobrepoblación, se producirá una depresión en todo el mundo lo que hará que, por comparación, la crisis del 1929 nos parezca un juego de niños. Los ruan-deses tuvieron la respuesta GENOCIDIO (énfasis original). Simplemente matar a todos – funcionó. Las personas que quedaron van a vivir muy bien.

Mientras permaneces fuera en las misiones estás constantemente buscando a los francotiradores, al enemigo o las minas. Durante esas misiones yo evitaba pisar hierba o barro; me limitaba al asfalto. Estás constantemente cubriéndote y mirando alrededor, y nunca bajas la guardia y hasta el momento sigo teniendo problemas con la seguridad y el miedo. No confío en nadie desde Rwanda y realmente digo, en nadie. Lo haces para sobrevivir. Carezco de auto-estima. Tienes el poder para escoger quién vive y quién muere –es un sentimiento duro de sobrellevar. ¿Has tomado la decisión correcta? He tenido muchos problemas con la intimidad –siento como si mi corazón estuviera partido en dos. Soy una ruina, por qué intentarlo. Fracagé en Rwanda, en mi carrera, en mi matrimonio, en mi familia y en mi futuro. No tengo futuro; nada por lo que merezca la pena vivir, por lo tanto, para qué seguir. Mi vida ha sido una gran decepción.

Como se evidencia en la Declaración del Impacto de Edward, muchas de las creencias y valoraciones negativas estaban relacionadas con los efectos del genocidio y otros actos terribles de asesinato, violación, tortura e intimidación así como la experiencia de múltiples situaciones de amenaza mortal durante sus misiones de paz de la ONU. Se destinaron muchas sesiones de terapia cognitiva a la recogida de datos, al análisis de coste-beneficio y a generar perspectivas alternativas sobre sus creencias negativas sobre él mismo, su futuro y el mundo. Edward presentaba la creencia inflexible de que había fracasado en Rwanda y ahora había fracasado completamente en su vida. Creía ser una decepción para sí mismo y para los demás. Estaba convencido de que su vida carecía de sentido, de que no había logrado nada y que había sido permanentemente perjudicado por sus experiencias relacionadas con la guerra (es decir, un estado de derrota mental). Creía que su futuro era desolador y sólo contenía desilusión y miseria. Tenía un punto de vista particularmente cínico sobre el mundo que estaba abocado a ser dominado por el mal, la ambición y la explotación. Merecía el peor de los castigos por su maldad. En la actualidad rechazaba sus creencias religiosas previas de un Dios atento y amable. Desconfiaba de todo el mundo porque creía que las personas eran básicamente egoístas y no se interesaban por los problemas ajenos.

Nuestro trabajo con dos de las creencias negativas más prominentes de Edward, “He sido un fracaso completo en la vida” y “Soy culpable, en parte, de no haber detenido el genocidio”, ilustrarán la reestructuración cognitiva centrada en el trauma. En ambos casos examinamos si estas creencias eran afirmaciones correctas de la realidad analizando las pruebas de que no había logrado nada en su vida, especialmente en su carrera militar. Recurrimos a un ejercicio de imaginación para elaborar qué hubiera podido hacer como soldado que no hizo para detener el genocidio. Elaboramos un listado de todos los elementos que contribuyeron en el genocidio de Rwanda. Examinamos el coste personal asociado a seguir creyendo que era un “fracaso completo” y que debería seguir considerándose responsable del genocidio de mujeres y niños inocentes. Se elaboraron interpretaciones alternativas como “Aunque ahora finalice mi carrera militar

por una baja médica, he logrado mucho más de lo que hubiera podido soñar la primera vez que me alisté” y “Carecía de poder para prevenir el genocidio; los oficiales con acceso a más recursos y autoridad que yo no podían hacer nada, por lo tanto no se me puede considerar responsable de ninguna manera”. Por último, se enseñó a Edward a adoptar una perspectiva más distante, alejada de sus pensamientos y creencias negativas. Aprendió a contrarrestar las creencias emocionales negativas con alternativas más basadas en la realidad, y también aprendió que era seguro permitir que los pensamientos inútiles atravesaran la conciencia porque no eran verdad. Como resultado de la reestructuración cognitiva, Edward experimentó una mejoría de su nivel de depresión y casi la eliminación completa de la ideación suicida.

Pauta clínica 12.24

La identificación de pensamientos y creencias inútiles relacionadas con el trauma, su causa y consecuencias sobre las perspectivas relativas al self, al mundo y a otras personas se obtienen mediante el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado. Pedir a los clientes que escriban una Declaración del Impacto puede ser útil para identificar el pensamiento maladaptativo, y la recogida de pruebas, los análisis de coste-beneficio, la identificación del error cognitivo, la puesta en prueba de hipótesis empíricas y la elaboración de interpretaciones alternativas se emplean para modificar las valoraciones y creencias negativas.

Exposición imaginaria a la memoria del trauma

La modificación de la memoria del trauma mediante la exposición imaginaria repetida, la negociación verbal y el cuestionamiento socrático es un componente importante de la terapia cognitiva para el TEPT que debería iniciarse entre la quinta y sexta sesión. La mayoría de los individuos con TEPT serán muy reacios a participar en la exposición imaginaria del trauma porque creen que esto empeorará su ansiedad y angustia y aumentará la frecuencia de los síntomas de reexperimentación. Además, la exposición imaginaria es completa-

mente contraria al sentido común, el cual sugiere que la evitación de los recuerdos dolorosos es el mejor modo de reducir la ansiedad y la angustia. Por consiguiente, la exposición imaginaria efectiva al trauma debe comenzar con una justificación del procedimiento y con la oportunidad de acoger cualquier malentendido del cliente sobre la exposición intencionada al trauma.

Foa y Rothbaum (1998) comienzan por reconocer que aunque los individuos que experimentan acontecimientos traumáticos crean que evitar los pensamientos y recuerdos relativos al mismo sea la mejor estrategia de afrontamiento, en realidad, nunca es satisfactoria porque “por mucho que se esfuercen por eliminar los pensamientos sobre el trauma, la experiencia vuelve a atormentarles mediante pesadillas, *flashbacks*, fobias y pensamientos y sentimientos angustiosos” (p. 159). Los autores explican que el objetivo de revivir repetidas veces el trauma en la imaginación es el procesamiento de los recuerdos, permanecer con los recuerdos hasta que la ansiedad y angustia asociadas a los mismos se reduzcan. Afirman que su finalidad es “ayudarle a restablecer su control sobre los recuerdos en vez de que sean los recuerdos los que le controlen a usted” (p. 160). En este mismo orden, el terapeuta cognitivo puede explicar que mediante la imaginación repetida del trauma y la puesta en prueba de los recuerdos a través de comentarios extensos y del cuestionamiento durante la terapia, el cliente comenzará a pensar de forma diferente sobre el trauma. El recuerdo será menos emocional, pasando de ser un recuerdo “caliente” a convertirse en un recuerdo “malo” (Smyth, 1999). Este nuevo modo de recordar el trauma reducirá la frecuencia y la angustia de los síntomas de reexperimentación del TEPT (p. ej., pensamientos, imágenes, memorias del trauma, pesadillas, *flashbacks* intrusos).

En terapia cognitiva se pide a los clientes que elaboren una Narrativa del Trauma como tarea para casa para la primera fase de la exposición imaginaria. Los individuos describen el peor incidente traumático con todos los detalles que puedan recordar (véase Foa & Rothbaum, 1998; Resick, Monson & Rizvi, 2008; Shipherd et al., 2006; Taylor, 2006). Las siguientes instrucciones pueden ser útiles antes de escribir la Narrativa del Trauma:

“Para comenzar con nuestro trabajo sobre los recuerdos angustiosos del trauma, me gustaría asignarle una tarea para casa que consiste en pedirle que elabore una descripción del peor trauma que experimentó en ese momento. Por favor, trate de incluir todos los detalles de la experiencia que recuerde. En particular incluya todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y respuestas que haya experimentado durante el trauma. Permítase experimentar plenamente las emociones del trauma. Si llega a un punto difícil de la narrativa en el que no recuerde con claridad o tiene dudas sobre la experiencia, señálelo con un signo de interrogación (?). Se supone que este ejercicio le angustiará porque va a revivir los acontecimientos en el ojo de su mente. Debería trabajar sobre el texto durante diferentes días y probablemente limitarse a unos 30-45 minutos en cada ocasión. Si le preocupara algo respecto a la tarea o experimentara un empeoramiento sostenido de sus síntomas durante varias horas, no dude en contactar con mi despacho inmediatamente y espere nuevas órdenes antes de reiniciar el trabajo sobre la narrativa. No se preocupe por la gramática, la expresión o la corrección de su narración. Trabajaremos conjuntamente sobre el texto durante nuestra siguiente sesión. En este punto me gustaría que se esforzara tanto como pueda para hacerlo a solas de manera que podamos empezar a trabajar sobre la Narrativa del Trauma”.

En la siguiente sesión se pide al cliente que lea en voz alta la Narrativa del Trauma. A los individuos se les pide que valoren su nivel de ansiedad/angustia en una escala de 0-100 antes y después de leer la narración. El terapeuta pregunta sobre los pensamientos automáticos experimentados al leer el texto. Se presta atención particular a los puntos más angustiosos del trauma (es decir, puntos calientes) y a los pensamientos o valoraciones asociados con ellos (Ehlers, Clark, Hackman, McManus & Fennel, 2005). Tras una primera lectura completa de la narración sin interrupción, se pide al cliente que lo lea repetidas veces. El terapeuta puede interrumpir las sucesivas lecturas con el cuestionamiento socrático diseñado para clarificar y elaborar los detalles de la descripción y ayudar al cliente a expiar en profundidad los pensamientos y sentimientos asociados. Si las valoraciones de ansiedad/angustia se reducen con las lecturas repetidas de la narración, esto debería ser

anotado como prueba empírica favorable a los beneficios positivos de la exposición repetida. Además, cualquier pensamiento o creencia automática e inútil asociada con la narración, especialmente las valoraciones que se producen durante los “puntos calientes” del trauma, se gestionan mediante la reestructuración cognitiva.

La Narrativa del Trauma puede usarse como base para elaborar un guión imaginario del trauma que podrá ser usado para la exposición imaginaria durante las sesiones y fuera de éstas. Se puede elaborar la grabación del guión para que el cliente se exponga a la misma durante 45-60 minutos cada día hasta que se reduzca la angustia (Taylor, 2006). El guión imaginario debería ser reescrito periódicamente de modo que refleje nuevos detalles e insights. El Registro de Prácticas de Exposición (Apéndice 7.2) puede usarse para registrar las exposiciones imaginarias que se producen entre sesiones. Para más información sobre el modo de implementar la exposición imaginaria y resolver los diversos problemas asociados con esta intervención, véase el Capítulo 7, así como Foa y Rothbaum (1998) y Taylor (2006).

El componente de exposición imaginaria de la terapia cognitiva finaliza con la producción de una Narrativa Reformulada del Trauma. Esta segunda descripción del trauma debería ser una mejor aproximación a la experiencia traumática real incluyendo información contextual importante y aspectos del trauma que han podido ser minimizados u olvidados en la descripción original. Debería incorporar también interpretaciones más útiles de la función y respuestas del cliente durante el trauma. El objetivo de esta narrativa reformulada no es “normalizar el trauma” (lo que sería completamente inapropiado e insensible), sino ayudar al cliente a recordar la experiencia traumática de un modo que aporte un nuevo sentido y aceptación para que pueda ser asimilada dentro de la memoria autobiográfica general. La producción de una descripción más acomodada del trauma, así como la exposición imaginaria repetida desempeñan un rol crítico en la construcción de una memoria del trauma más integrada y basada en conceptos.

Edward escribió la siguiente Narrativa del Trauma que se convirtió en la base del componente de exposición imaginaria de su tratamiento:

“Recuerdo que íbamos al orfanato y nos encargaron llevar provisiones. Un día estoy comiendo sentado y de repente me asusto; sentí que algo me había tocado y junto a mí hay una niña pequeña con un bonito vestido. Tiene 5 años. Ha sufrido quemaduras graves y no tiene nariz ni dedos. Parece tener curiosidad por saber qué comemos. Tras sobreponerme al susto inicial, me recompongo y le enseño mi comida. Adora los melocotones que le doy y después me sigue durante el resto del día. Los demás niños se ríen de ella pero ella ignora el brutal hostigamiento. La pequeña y yo estamos en nuestro mundo entregando las provisiones al orfanato. Con frecuencia me mira y me sonrío. Pregunto a una de las monjas qué le ocurrió y me dice que la familia de la pequeña y el pueblo entero habían sido asesinados o quemados por los soldados. Ella se había ocultado bajo una cama y lo había visto todo. Conté a mi familia lo de la niña y me enviaron juguetes, dulces y algunas ropas para ella. La siguiente semana volví al orfanato, ¡pero se había ido! Faltan muchos niños. Pregunto a una monja sobre los niños y me dice que los soldados ruandeses se llevaron a todos los niños que estaban enfermos, lesionados o que mostraban señales de debilidad. Los colgaban vivos. Siento la rabia creciendo dentro, todo mi cuerpo se tensa y comienzo a temblar. Veo un soldado ruandés de pie, riéndose de mí mientras hablo con la monja. La ira es tan intensa que comienzo a gritar y a maldecir al soldado. Me aproximo a él con mi navaja, deseo matarlo fervientemente. Mis compañeros soldados me detienen. Sabe que no puedo hacerle ningún daño y por ello sigue riéndose de mí. Estoy llorando, gritándole. Dios, quiero matar a aquel tipo; quiero abrir su cuello tal y como él lo había hecho con la pequeña”.

Pauta clínica 12.25

Se recomienda pedir a los clientes que produzcan una Narrativa del Trauma que posteriormente se convertirá en la base de la exposición imaginaria repetida al peor trauma, con el propósito de desmentir las malinterpretaciones relativas a la peligrosidad de los recuerdos del trauma y la reconstrucción de un recuerdo más organizado y elaborado del trauma que pueda integrarse en la memoria autobiográfica general.

Reestructuración cognitiva centrada en el trastorno

Como se ha mencionado anteriormente en el capítulo, muchos de los síntomas TEPT son reacciones comunes que se producen inmediatamente después del trauma. Sin embargo, estos síntomas iniciales, como son los recuerdos intrusos, los *flashbacks*, las pesadillas, la ira, la falta de concentración, la ansiedad o el embotamiento emocional, se interpretan negativamente como señales de debilidad, enfermedad, trastorno mental, pérdida de control y equivalentes. En vez de ser una parte normal del proceso de recuperación, estas valoraciones pueden contribuir a la persistencia de los síntomas (Ehlers & Clark, 2000). Taylor (2006) señalaba que las valoraciones y creencias negativas relativas al trastorno podrían clasificarse en tres categorías: (1) creencias sobre los síntomas TEPT específicos (p. ej., “Tener *flashbacks* frecuentes significa que el TEPT está empeorando”), (2) creencias sobre los síntomas relacionados con la activación (p. ej., “Si siento demasiada presión en el pecho, pronto estaré jadeante y puedo desmayarme”) y (3) creencias sobre el funcionamiento psicológico general (p. ej., “El TEPT me ha robado la posibilidad de tener una vida plena”, “Nunca llegaré a nada porque el TEPT ha arruinado mi memoria o mi capacidad de concentración”). Añadiríamos que las percepciones de los clientes sobre el modo en que las demás personas les evalúan y les responden a tenor del trauma o del sufrimiento del TEPT son otro tipo importante de pensamientos relacionados con el trastorno que deben ser contemplados en el tratamiento.

La reestructuración cognitiva, la puesta en prueba de hipótesis empíricas, la producción de interpretaciones alternativas y el distanciamiento/aceptación consciente serán las principales intervenciones para modificar las valoraciones y creencias centradas en el trastorno. El trabajo sobre dichas creencias se realizará a lo largo del curso de la terapia cognitiva y puede ser particularmente evidente durante las sesiones de exposición imaginaria o exposición *in vivo*. Una vez identificada una creencia específica sobre el trastorno, el terapeuta debería promover la modificación de dicha creencia antes de continuar con exposición adicional o con la reconstrucción de la memoria del trauma. Si fueran ignoradas, las creencias negativas específicas del trastorno interferirían con el progreso del tratamiento. Los siguien-

tes formularios de evaluación pueden asignarse para este fin: Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias (Apéndice 6.2), Formulario de Comprobación de Hipótesis Empíricas (Apéndice 6.5), Formulario de Revaloración de Síntomas (Apéndice 8.2).

En el curso del tratamiento de Edward se identificaron diversas creencias y valoraciones negativas relacionadas con el trastorno. Por ejemplo, Edward creía que la aparición de imágenes intrusas repentinas de la “pequeña y el gorila con uniforme del EjRP” significaba que su TEPT estaba empeorando y que, llegado un momento, se “volvería loco” si no detenía estas imágenes. La reestructuración cognitiva se centró en la recogida de evidencias personales de que las imágenes indeseadas estuvieran relacionadas realmente con el deterioro y la comprobación de una perspectiva alternativa que contemplara las imágenes como una molestia ante la cual la respuesta más apropiada podría ser la aceptación benigna y la observación distante o imparcial. Edward creía también que podría sufrir un ataque al corazón si experimentaba palpitaciones, tensión y temblores debidos al aumento de ansiedad (recibía tratamiento médico para la hipertensión y el colesterol altos). La reestructuración cognitiva y la exposición *in vivo* a las situaciones que provocan la ansiedad se emplearon para desmentir las interpretaciones de amenaza de los síntomas ansiosos. Edward creía que ya no le quedaba ningún valor personal a consecuencia del TEPT (es decir, derrota mental) y que en adelante no podría lograr nada que mereciera la pena ni alcanzar alguna satisfacción en la vida. Su vida estaba siendo un auténtico fracaso por efecto del TEPT. La reestructuración cognitiva se centra en (1) la reevaluación de sus valores personales basados en logros pasados olvidados, (2) la corrección del error de sobregeneralización asociado con el trauma y sus efectos, y (3) el desarrollo de una “perspectiva de manejo” sobre el TEPT (es decir, “el TEPT es como la diabetes, las personas pueden disfrutar de una vida productiva y satisfactoria si saben manejarla debidamente”). La puesta a prueba de hipótesis empíricas conlleva la recogida de evidencias que confirmen que Edward es capaz de participar en actividades específicas de trabajo o de ocio (p. ej., quedar con un amigo para cenar o para jugar al golf) a pesar de experimentar síntomas TEPT.

Pauta clínica 12.26

Una vez identificados los pensamientos y las creencias inútiles sobre el TEPT, estos serán objeto de la reestructuración cognitiva a fin de ayudar a los clientes a considerar el TEPT como una condición manejable en la que la aceptación y la conciencia distante pueden ser el estilo de respuesta óptimo ante la aparición del síntoma.

Exposición in vivo

La huida y la evitación son respuestas de afrontamiento maladaptativas en el TEPT, por ello la exposición *in vivo* a situaciones que provocan ansiedad y síntomas de reexperimentación y activación relacionada con el TEPT se convierte en un foco fundamental de la terapia cognitiva. La finalidad de la exposición prolongada al TEPT y a las situaciones que evocan ansiedad es (1) proporcionar información que desmienta las creencias negativas relacionadas con el trauma o con el trastorno; (2) reducir la huida, evitación y conductas de búsqueda de seguridad; (3) aumentar la auto-eficacia y la capacidad de afrontamiento percibida y (4) reducir las respuestas emocionales negativas como la ansiedad. La exposición *in vivo* también puede conllevar la revisualización del trauma con el fin de ayudar al cliente a la reconstrucción de una memoria más elaborada (Ehlers et al., 2005).

En el Capítulo 7 se presenta una descripción detallada de cómo dirigir una exposición *in vivo*. Los pasos para implementar este tipo de exposición TEPT pueden ser similares al procedimiento empleado con otros trastornos de ansiedad, con la excepción de que las preocupaciones sobre los síntomas de reexperimentación durante los ejercicios de exposición pueden requerir más atención por parte del terapeuta. Es frecuente elaborar una jerarquía gradual y las sesiones de exposición suelen comenzar con ayuda por parte del terapeuta. La exposición prolongada, repetida y diaria se mantiene para cada situación hasta que el cliente experimente una reducción clínicamente significativa de la ansiedad y de los síntomas de reexperimentación. Para el terapeuta cognitivo, la exposición *in vivo* ofrece la oportunidad de modificar las creencias y valoraciones negativas relacionadas con el trauma.

ma y con el trastorno. Para más información relativa a la exposición *in vivo* en el TEPT, véanse Foa y Rothbaum (1998) y Taylor (2006).

Pauta clínica 12.27

La exposición gradual *in vivo* a las situaciones evitadas que provocan ansiedad y síntomas de reexperimentación es un elemento terapéutico importante de la terapia cognitiva del TEPT usado para aportar evidencias que desmientan los pensamientos y creencias maladaptativas, para aumentar la capacidad de afrontamiento percibida y para reducir el aumento de ansiedad inducida por el contexto.

Modificar el control cognitivo y conductual maladaptativo

La reducción de las estrategias cognitivas y conductuales maladaptativas de evitación y de búsqueda de seguridad es otro objetivo crucial de la terapia cognitiva (Ehlers & Clark, 2000; Ehlers et al., 2005). En primer lugar el terapeuta cognitivo debe determinar cómo trata el cliente de reducir la ansiedad o los síntomas de reexperimentación. El Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad (Apéndice 5.9) del Capítulo 5 puede servir al cliente para recoger esta información. Estos formularios deberían ser ampliados a fin de incluir las respuestas ante los síntomas de reexperimentación así como la ansiedad para los individuos con TEPT.

El siguiente paso de esta fase del tratamiento consiste en formar al cliente en las consecuencias negativas de la respuesta maladaptativa de afrontamiento. Aunque las respuestas de búsqueda de seguridad y de evitación puedan generar la reducción inmediata de la ansiedad o la finalización de los síntomas de reexperimentación, a largo plazo contribuyen significativamente a la persistencia del TEPT. La confianza en el alcohol o en otras drogas para evitar los pensamientos y sentimientos relacionados con el trauma, la supresión intencional de pensamientos o recuerdos intrusos, la evitación de situaciones que eliciten síntomas TEPT y la dependencia de señales de seguridad son todas estrategias evitativas maladaptativas. La recogida de pruebas y los experimentos conductuales pueden ser útiles para demostrar los efectos adversos de la evitación. Las demostracio-

nes que se produzcan durante las sesiones, como “el efecto camello para la supresión del pensamiento” (véase Capítulo 11), pueden servir también para subrayar los efectos negativos de la evitación cognitiva. La prevención de respuesta se emplea para reducir o eliminar las respuestas de huida (véase Capítulo 7). Muchos individuos con TEPT presentan además dependencia o consumo de sustancias lo que puede requerir que sean derivados para la rehabilitación o tratamiento de las adicciones.

El último paso de esta fase del tratamiento consiste en enseñar a los clientes a adoptar una actitud pasiva, no-enjuiciadora y de aceptación de sus episodios de ansiedad e intrusiones relacionadas con el trauma. A menudo, esto conlleva enseñar a los individuos a iniciar una respuesta que sea la opuesta a su respuesta automática de evitación (Ehlers et al., 2005). Por ejemplo, los individuos con TEPT suelen tratar de suprimir los pensamientos y recuerdos del trauma porque creen que es el mejor modo de reducir la ansiedad. Como alternativa, se anima al cliente a permitir que las intrusiones relativas al trauma se introduzcan en la conciencia y que dirija su atención intencionadamente hacia la intrusión hasta que ésta ceda de forma natural. La atención prolongada en la intrusión proporciona las evidencias que desmienten la creencia “Si no dejo de pensar en el trauma, me sentiré superado por la ansiedad” y enseña también la aceptación consciente y distante de los pensamientos e imágenes que provocan la ansiedad.

Edward hacía uso de diversas estrategias evitativas en un esfuerzo por controlar su ansiedad y síntomas de reexperimentación. Dependía del alcohol para ahogar sus pensamientos y sentimientos indeseados, evitaba cualquier situación o estímulo que le engendrara recuerdos de Rwanda y trataba desesperadamente de suprimir las imágenes intrusas de la “pequeña huérfana”. Solicitó ayuda de Alcohólicos Anónimos (AA) y completó un programa de rehabilitación de abuso de sustancias subvencionado por el ejército. Se emplearon ejercicios de exposición imaginaria y exposición *in vivo* para reducir la evitación cognitiva y conductual de Edward a las intrusiones relacionadas con el trauma. Además, Edward puso en práctica la aceptación de las imágenes y recuerdos intrusos de Rwanda para ocupar su

mente y atender a estos pensamientos hasta que decayeran de forma natural. Para su sorpresa, Edward aprendió que la frecuencia, intensidad y aumento de ansiedad asociados con las intrusiones indeseadas declinaban significativamente cuando él adoptaba una actitud más benigna y de aceptación hacia dichos pensamientos e imágenes.

La preocupación y la rumiación suelen ser evidentes en muchos casos TEPT. A los individuos les intranquilizan las consecuencias negativas del TEPT crónico o pueden rumiar sobre los diversos modos en que hubieran podido evitar el trauma. Muchas de las intervenciones para la preocupación generalizada que se han comentado en el Capítulo 10 son aplicables a la pesadumbre manifestada en el TEPT (p. ej., inducción de preocupación, decatastrofización, posponer la preocupación y expresar la intención, reestructuración cognitiva de las creencias de preocupación). En Taylor (2006) y en Wells y Sembi (2004) también puede encontrarse información adicional sobre los enfoques de tratamiento para la preocupación TEPT.

Pauta clínica 12.28

La eliminación de las respuestas cognitivas y conductuales disfuncionales y su sustitución por una actitud de aceptación más pasiva de los pensamientos y sentimientos indeseados es un componente crítico de la terapia cognitiva del TEPT.

Reducción de la emoción (complementaria)

En algunos casos puede ser necesario recurrir a estrategias de reducción de la emoción a fin de ayudar a los individuos con TEPT a gestionar los niveles extremadamente altos de las emociones angustiosas durante la vida cotidiana o cuando la ansiedad se hace intolerable durante la exposición imaginaria o *in vivo* (Taylor, 2006). Se puede recurrir a la instrucción de la relajación muscular progresiva, la relajación aplicada o el reentrenamiento en respiración para reducir la ansiedad (véanse Capítulos 7 y 8). Los ejercicios de *grounding*, mediante los cuales se enseña a los individuos a dirigir su atención plena desde sus pensamientos y sentimientos a estímulos específicos del mundo externo, son útiles para reducir los estados disociativos graves y los

flashbacks (véanse Najavitis, 2002; Taylor, 2006). Se pide a los clientes que presten atención plena al mundo externo describiendo las propiedades de objetos físicos como el mobiliario de un recinto, el tiempo que hace en el exterior, cómo percibe el suelo que hay bajo sus pies, etc. Una de las finalidades del *grounding* es recordar a los clientes que el contexto en el que se encuentran es seguro, incluso aunque su percepción imaginada sea de amenaza. Desde una perspectiva cognitiva, el *grounding* puede usarse como “ejercicio de recogida de información” para desafiar las valoraciones exageradas de amenaza del individuo asociadas con los síntomas de reexperimentación.

Las estrategias de reducción de la emoción no son una parte integral de la terapia cognitiva para el TEPT. Uno de los inconvenientes que plantean, como se ha comentado en el Capítulo 8, es que las estrategias de reducción de la ansiedad podrían adoptar propiedades evitativas, lo que sería contraproducente para la terapia. Los individuos con TEPT pueden confiar en estas estrategias para evitar los pensamientos y sentimientos indeseados. Por esta razón se recomienda prudencia al emplear las estrategias de regulación de la emoción en el TEPT. En nuestro ejemplo, Edward fue instruido en la relajación muscular progresiva y se hizo miembro de un grupo que practicaba yoga. Ambas intervenciones producían un efecto poco duradero en la reducción de su ansiedad generalizada y casi no tenían efecto sobre sus síntomas de reexperimentación. Para Edward fueron muy útiles las estrategias de *grounding* y refocalización de la atención (Wells & Sembi, 2004) para la gestión de la disociación y los *flashbacks*.

Pauta clínica 12.29

Aunque sean consideradas como intervenciones auxiliares en la terapia cognitiva para el TEPT, las estrategias de reducción de la emoción son útiles para afrontar los estados excesivamente altos de emociones angustiosas y el rechazo a tolerar la elevada ansiedad asociada a la exposición. Sin embargo, se recomienda prudencia en su aplicación porque la reducción emocional puede convertirse en una estrategia de evitación que minaría la efectividad del tratamiento.

Eficacia de la terapia cognitiva para el TEPT

El aumento del interés por el TEPT y su tratamiento que se ha producido en los últimos tiempos nos ha llevado al desarrollo de una próspera base empírica sobre la terapia cognitiva y cognitivo-conductual sobre el TEPT. Las pautas consensuadas de los expertos para el tratamiento del TEPT consideran la terapia cognitiva como uno de los tratamientos de primera línea, más efectivos para el TEPT, bien de forma exclusiva o en combinación con medicación (Foa, Davidson & Frances, 1999). Las pautas de tratamiento propuestas por el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE, *National Institute for Clinical Excellence*), que está subvencionado por el Sistema Sanitario Nacional Británico (NHS, *British National Health System*), recomienda la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma o la desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento ocular como los tratamientos preferentes para el TEPT (NICE, 2005). DeRubeis y Crits-Christoph (1998) concluían que la exposición sistemática a los estímulos del trauma era un tratamiento eficaz que aportaba respaldo empírico para el TEPT, mientras que Chambless et al. (1998) lo consideraban como una intervención probablemente eficaz. Más recientemente Harvey, Bryant y Tarrier (2003) concluían en su revisión de los estudios de resultados que la TCC era claramente un tratamiento eficaz para una serie de traumas, mientras que Hollon et al. (2006) revisaron estudios de resultados TCC que demostraban efectos de tratamiento duraderos.

Se han realizado suficientes ensayos controlados que posibilitan los meta-análisis sobre la efectividad de la terapia cognitiva exclusivamente o la terapia cognitiva más la exposición centrada en el trauma para el TEPT. Un reconocido meta-análisis dirigido sobre 26 estudios reveló que la exposición más la reestructuración cognitiva producía un tamaño medio de efecto pre-post tratamiento de 1.66 y que el 70% de los individuos que completaban el tratamiento ya no satisfacían los criterios diagnósticos para el TEPT en el postratamiento, frente al 39% de los pacientes de la condición de terapia de apoyo (Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005). No había diferencias significativas en la efectividad entre la condición de exposición exclusivamente, terapia cognitiva más exposición y desensibili-

zación y reprocesamiento mediante el movimiento ocular (EMDR), aunque esta conclusión se basaba en un menor número de estudios de comparación. El tratamiento del TEPT relacionado con el combate presentaba un tamaño de efecto menor. En un meta-análisis más reciente que incluía 38 estudios, la TCC centrada en el trauma, que es muy similar al protocolo de terapia cognitiva presentado en este capítulo, era clínicamente superior a las condiciones de lista de espera y de tratamiento habitual (Visón et al., 2007). Asimismo, la TCC tendía a producir efectos beneficiosos sobre la depresión y la ansiedad y sobre los síntomas TEPT, y tanto la TCC como el EMDR podrían ser levemente más efectivos que las terapias de manejo de estrés o la medicación exclusiva, aunque no había indicios de que la TCC fuera significativamente mejor que el EMDR. Una vez más ambos tratamientos producían resultados más modestos con el TEPT relacionado con el combate.

Diversos estudios han comprobado que la terapia cognitiva centrada en el trauma o la TCC producen una mejoría significativamente mayor sobre las medidas de síntomas TEPT, la ansiedad generalizada, la depresión y el deterioro funcional que el control en lista de espera, el tratamiento habitual o la condición de relajación, y estos logros se mantienen durante los períodos de seguimiento de 6, 9 o 12 meses (p. ej., Ehlers et al., 2005; Ehlers et al., 2003; Foa, Hembree et al., 2005; Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou & Thrasher, 1998; McDonagh et al., 2005; Mueser et al., 2008; Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002). En un seguimiento de 5 años, Tarrier y Sommerfield (2004) hallaron que ninguno de los pacientes que había recibido terapia cognitiva recaía en un episodio pleno de TEPT, mientras que el 29% del grupo de exposición imaginaria exclusivamente presentaba recaídas. Esto sugiere que la terapia cognitiva para el TEPT puede tener efectos más resistentes que la exposición imaginaria centrada en el trauma exclusivamente. Sin embargo, la terapia cognitiva puede ser menos efectiva cuando el TEPT se asocia con una enfermedad mental grave como la depresión mayor, el trastorno bipolar o la esquizofrenia (Mueser et al., 2008).

La terapia cognitiva y la TCC han sido comparadas con las condiciones de placebo y con otras psicoterapias. La terapia cognitiva y/o

la exposición prolongada eran significativamente más efectivas que la condición de atención placebo creíble –como el recurso a libros TCC de auto-ayuda– (Ehlers et al., 2003) así como la relajación muscular progresiva (Marks et al., 1998), y la psicoterapia de apoyo (Bryant, Moulds, Guthrie, Dang & Nixon, 2003; Foa, Rothbaum & Murdock, 1991). Sin embargo, la terapia cognitiva no era significativamente más efectiva que la terapia centrada en el presente (una terapia de resolución de problemas que se centra en el impacto del historial del trauma en el estilo presente de afrontamiento) para el tratamiento de las mujeres con TEPT debido a abusos sexuales durante la infancia (McDonagh et al., 2005).

Una controversia particular que se encuentra en la literatura relativa al tratamiento TEPT es si el EMDR es o no un tratamiento efectivo, especialmente cuando se compara con la terapia cognitiva. Aunque la mayoría de los estudios no hayan logrado hallar diferencias significativas entre el EMDR y la exposición exclusiva o la exposición combinada con reestructuración cognitiva o entrenamiento en habilidades de afrontamiento (p. ej., Lee, Gabriel, Drummond, Richards & Greenwald, 2002; Power et al., 2002), una comparación más reciente observó que la exposición centrada en el trauma tendía a ser más efectiva y a producir un cambio más rápido que el EMDR, y que este último tratamiento era equivalente al entrenamiento en relajación (Taylor et al., 2003). El protocolo completo del tratamiento EMDR incluye mucha atención al reprocesamiento cognitivo y a la reestructuración de los pensamientos relacionados con el trauma. La desensibilización mediante el movimiento ocular lateral es un ingrediente terapéutico único que más lo distingue de la intervención de la terapia cognitiva, y sin embargo los hallazgos sobre este ingrediente clave de la EMDR son mixtos (véase Resick, Monson & Rizvi, 2008, para más información). En su meta-análisis, Davidson y Parker (2001) concluían que el EMDR no era más efectivo que las terapias de exposición y que los movimientos oculares u otros movimientos alternativos eran innecesarios porque no conllevaban un aumento del beneficio clínico. Hasta que tales controversias no estén resueltas, consideramos que la literatura relativa a los resultados de la terapia cognitiva y de la TCC para el TEPT es algo más firme y más coherente que la relativa a los resultados del EMDR.

Numerosos estudios de dismantelamiento psicoterapéutico han investigado diversos componentes de la terapia cognitiva a fin de aislar su efectividad. En defensa de una proposición básica del modelo cognitivo, la terapia cognitiva produce reducciones significativas en las medidas de cognición relacionadas con los síntomas, lo que sugiere que el cambio en las valoraciones y creencias relacionadas con el trauma podría mediar la efectividad de la terapia cognitiva para el TEPT (p. ej., Ehlers et al., 2005; Mueser et al., 2008). Sin embargo, Foa y Rauch (2004) hallaron que la exposición prolongada conducía también a reducciones significativas en las cogniciones relacionadas con el trauma y que la adición de reestructuración cognitiva no aumentaba el cambio de las cogniciones negativas. Otra asunción importante de la terapia cognitiva es que centrarse en las experiencias traumáticas que provocaron el TEPT es fundamental para lograr una reducción significativa de la gravedad del TEPT. Sin embargo, una comparación al azar que incluía a 360 veteranos del Vietnam no logró hallar diferencias significativas entre el grupo de psicoterapia centrada en el trauma y la terapia centrada en el presente que evitaba cualquier foco en el trauma (Schnurr et al., 2003). Además, el componente de reestructuración cognitiva de la terapia de procesamiento cognitivo se demostraba tan efectivo como el protocolo completo de tratamiento que incluía la escritura sobre el trauma (Resick, Galoo-vski et al., 2008). A tenor de estos resultados no se sabe con certeza si se requiere o no la atención coordinada sobre el trauma para la efectividad de la terapia cognitiva para el TEPT.

Dado que la reestructuración cognitiva y la exposición son los dos principales componentes de la terapia cognitiva para el TEPT, una cuestión empírica de gran importancia es la comparación entre sus contribuciones relativas para entender la efectividad del tratamiento. Los estudios que comparan la exposición situacional e imaginaria centrada en el trauma con la TCC (exposición más reestructuración cognitiva de las valoraciones y creencias sobre el trauma) han observado que ambos tratamientos son igualmente efectivos para mitigar la gravedad del TEPT (Foa, Hembree et al., 2005; Foa & Rauch, 2004; Marks et al., 1998; Paunovic & Öst, 2001). Algunos han cuestionado la necesidad de la reestructuración cognitiva porque su inclusión no parece aumentar la efectividad de la exposición al trauma. Sin embar-

go, en otros estudios la terapia cognitiva sin la exposición sistemática al trauma mostraba la misma efectividad que la exposición prolongada (Marks et al., 1998; Resick et al., 2002; Tarrier et al., 1999), y en un caso la exposición imaginaria más la reestructuración cognitiva era superior a la exposición imaginaria exclusivamente (Bryant, Moulds, Guthrie et al., 2003). De todos estos estudios concluimos que la exposición y la reestructuración cognitiva son ambos ingredientes terapéuticos efectivos para el tratamiento del TEPT pero aún no se ha demostrado que su combinación produzca un incremento en la mejoría clínica.

Pauta clínica 12.30

La reestructuración cognitiva de las valoraciones y creencias relacionadas con el trauma así como la exposición sistemática y repetida imaginaria e *in vivo* son ingredientes terapéuticos efectivos de la terapia cognitiva que producen reducciones significativas y duraderas de los síntomas TEPT, de la ansiedad generalizada y de la depresión, así mismo mejoran el funcionamiento diario del TEPT crónico causado por una amplia gama de traumas.

Resumen y conclusión

El TEPT es un trastorno de ansiedad que se produce en respuesta a un estresor traumático y que consiste en síntomas de reexperimentación relacionados con el trauma, evitación o embotamiento emocional y aumento de la activación fisiológica. Tiene una presentación súbita y en la mayoría de los casos se produce durante el primer mes siguiente al trauma, seguida por una remisión pronunciada de entre el 40 y el 60% durante el período de los 6-12 meses siguientes.

Reconociendo que sólo una minoría de los individuos expuestos al trauma desarrolla TEPT, la teoría cognitiva presentada en la Figura 12.1 propone una perspectiva de diátesis-estrés según la cual ciertas creencias disfuncionales sostenidas sobre la vulnerabilidad y el peligro personal interactúan con algunas características particulares de la experiencia traumática para elevar la probable aparición del

TEPT. Una vez superado el umbral de la aparición, los procesos cognitivos de los niveles automático y elaborativo de procesamiento de información garantizan la persistencia de los síntomas TEPT. En el nivel automático, la persona con TEPT muestra una prioridad atencional selectiva a cualquier señal de amenaza o peligro relacionado con el trauma, presenta una memoria autobiográfica fragmentada y poco elaborada y un recuerdo selectivo de la experiencia pasada del trauma, que combinadamente refuerzan las creencias negativas sobre el self, el mundo y el futuro. En el nivel elaborativo o estratégico de procesamiento de información, la persona con TEPT procede con una valoración de amenaza intencionada del trauma y sus consecuencias, así como de los efectos perjudiciales de los síntomas TEPT y confía en varias estrategias cognitivas y conductuales de control como la supresión del pensamiento, la rumiación, la evitación y la búsqueda de seguridad para extinguir los síntomas de reexperimentación y el afecto negativo. Aunque estas respuestas maladaptativas de afrontamiento puedan generar una sensación inmediata de alivio, a la larga contribuyen a la persistencia del trastorno favoreciendo la activación de esquemas maladaptativos y pensamientos, imágenes y recuerdos intrusos relacionados con el trauma.

Disponemos de suficiente investigación sistemática y coherente que confirma que el TEPT se caracteriza por (1) la codificación maladaptativa y sesgada de la experiencia del trauma; (2) una mayor adherencia a las creencias negativas sobre la amenaza, a la vulnerabilidad y al peligro para el self, el mundo, el futuro y otras personas; (3) un sesgo atencional estratégico pero no-preconsciente para la amenaza, (4) un recuerdo explícito aumentado de la información relacionada con el trauma así como una memoria más fragmentada y menos elaborada del trauma; (5) una valoración negativa explícita del trauma, sus consecuencias y el impacto de los síntomas de reexperimentación; (6) la confianza en las estrategias cognitivas evitativas de afrontamiento como la supresión del pensamiento para prescindir de pensamientos, imágenes o recuerdos intrusos e indeseados del trauma y (7) la presencia de conductas de evitación y búsqueda de seguridad. Sin embargo, algunas cuestiones requieren aún investigación adicional. Gran parte del respaldo para la base cognitiva del TEPT se encuentra en la fase elaborativa, con menos evidencias de

sesgo en los procesos automáticos preconscientes. La mayor parte de la investigación sobre las creencias, valoraciones y estrategias de afrontamiento negativas confían en los cuestionarios retrospectivos de auto-informe. Se requieren aún más estudios experimentales que recurran a la evaluación “en línea” de las valoraciones. También se necesita investigación adicional para determinar si el sesgo de amenaza en el TEPT se debe al procesamiento facilitado de amenaza, a la dificultad para desvincularse de la amenaza y/o a la incapacidad para procesar las señales de seguridad. Por último, se requiere más investigación prospectiva para determinar el rol mediador de estas variables cognitivas en la persistencia del TEPT.

Los objetivos de la terapia cognitiva para el TEPT son (1) mejorar la memoria del trauma para que pueda ser integrada con otras memorias autobiográficas; (2) desactivar los esquemas hipervalentes de amenaza, peligro y vulnerabilidad; (3) aumentar la aceptación de los pensamientos, imágenes y recuerdos intrusos del trauma; (4) eliminar las estrategias cognitivas maladaptativas como son la supresión del pensamiento y la rumiación y (5) reducir la evitación del TEPT o de situaciones que provoquen ansiedad y la confianza en las claves de búsqueda de seguridad. Estos objetivos se alcanzan mediante la psicoeducación del modelo cognitivo, la reestructuración cognitiva de las valoraciones y creencias negativas sobre el trauma y sus consecuencias así como sobre los efectos adversos del TEPT, la exposición *in vivo* a las situaciones evitadas, la modificación de estrategias disfuncionales de control cognitivo (p. ej., supresión del pensamiento) y la repetida exposición imaginaria a la memoria del trauma. Diversos ensayos controlados han observado que la terapia cognitiva o la TCC muestran una eficacia inmediata y duradera en el tratamiento del TEPT. En consecuencia, en la actualidad se reconoce que la TCC es la primera alternativa de tratamiento para el trastorno y puede ser considerada como tratamiento para el TEPT con amplia confirmación empírica. Aunque sigan quedando muchas cuestiones que aún deban ser investigadas sobre la etiología, el mantenimiento y el tratamiento del TEPT, es tremendo el avance que se ha logrado desde 1980, momento en el cual se introdujo por primera vez en la nomenclatura diagnóstica.

Apéndice 12.1

Formulario de Auto-Monitoreo de las Intrusiones sobre el Trauma

Nombre: _____ Fecha: desde _____ hasta _____

Instrucciones: Por favor, use este formulario para registrar cualquier pensamiento, imagen o recuerdo intruso relacionado con el trauma y sus consecuencias que usted haya experimentado durante la última semana. Recuerde cumplimentar el formulario poco tiempo después de que hayan aparecido los síntomas de reexperimentación relacionados con el trauma a fin de aumentar la precisión de sus comentarios.

Fecha, hora y duración de la intrusión	Situaciones o señales que provocaron la intrusión	Describa brevemente el pensamiento, imagen o recuerdo intruso ¹	Clasifique y valore la gravedad de las emociones asociadas (0-100)	Importancia personal de la intrusión ²	Respuestas de afrontamiento y efectividad ³

- ¹ Marque con un asterisco (*) las intrusiones que se hayan producido como un “*flashback*” (es decir, revivir momentáneamente algún aspecto del trauma).
- ² Brevemente indique qué ha sido lo más angustiioso para usted de este pensamiento o memoria intrusa particular sobre el trauma. ¿Personalmente qué es lo que más le afecta de la experiencia intrusa?
- ³ ¿Qué ha hecho para librarse del pensamiento, imagen o recuerdo intruso? ¿Qué grado de efectividad ha tenido?

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles). Estrategias adaptadas de Freeston y Ladouceur (2000), de Wells y Davies (1994) y de Purdon y Clark (1994b)

Apéndice 12.2

Formulario de Reconstrucción Cognitiva para las Intrusiones sobre el Trauma

Nombre: _____ Fecha: desde _____ hasta _____

Instrucciones: Por favor, use este formulario para trabajar sobre los pensamientos y creencias inútiles relativas a la importancia personal de los pensamientos, imágenes o recuerdos intrusos relacionados con el trauma y sus consecuencias. Recuerde cumplir el formulario poco tiempo después de que hayan aparecido los síntomas de reexperimentación relacionados con el trauma a fin de aumentar la efectividad de la terapia.

Fecha y hora	Describa brevemente el pensamiento, imagen o recuerdo intruso	Clasifique y valore la gravedad de las emociones asociadas (0-100)	Evaluación inicial de la intrusión [¿Qué es lo que hace que este pensamiento/recuerdo sea amenazante, molesto para usted? ¿Qué determina que sea importante o significativo para usted?]	Reevaluación inicial de pensamientos y creencias sobre la intrusión [¿Cuál es la prueba, cuáles las consecuencias de esta evaluación, estoy catastrofizando la intrusión?]	Evaluación alternativa más útil [¿Qué otro modo de pensar más útil hay sobre las intrusiones relacionadas con el trauma?]

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles). Estrategias adaptadas de Freeston y Ladouceur (2000), de Wells y Davies (1994) y de Purdon y Clark (1994b)

Siglas empleadas a lo largo del texto

AA:	Alcohólicos Anónimos
ACT:	Aceptación y Compromiso con la Terapia
ACQ:	Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (ACQ, <i>Agoraphobic Cognitions Questionnaire</i>)
ADIS-IV:	Guión de entrevista de trastornos de ansiedad para el DSM-IV (<i>Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV</i>)
AN:	Afecto Negativo
AnTi:	Inventario de Pensamientos Ansiosos (AnTi, <i>Anxious Thoughts Inventory</i>)
APA:	Asociación Americana de Psiquiatría (<i>American Psychiatric Association</i>)
APPQ:	Cuestionario Albany de Angustia y Fobia (APPQ, <i>Albano Panic and Phobia Questionnaire</i>)
ASC:	Valoración de Preocupaciones Sociales (ASC, <i>Appraisal of Social Concerns</i>)
ASD:	Trastorno de Estrés Agudo (ASD, <i>Acute Stress Disorder</i>)
ASI:	Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI, <i>Anxiety Sensitivity Index</i>)
ASTA:	Agorafobia Sin Trastorno de Angustia
BAI:	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, <i>Beck Anxiety Inventory</i>)

BDI-II:	Inventario de Depresión de Beck –II (BDI, <i>Beck Depression Inventory-II</i>)
BBSIQ:	Cuestionario de Interpretación de Sensaciones Corporales (BBSIQ, <i>Body Sensations Interpretation Questionnaire</i>)
BFNE:	Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa (BFNE, <i>Brief Fear of Negative Evaluation</i>)
BSQ:	Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ, <i>Body Sensations Questionnaire</i>)
CAPS:	Escala TEPT Administrada por el Terapeuta (CAPS, <i>Clinician-Administered PTSD Scale</i>)
CBOCI:	Inventario Obsesivo Compulsivo de Clark-Beck (CBOCI, <i>Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory</i>)
CLL:	Listado de Comprobación de Cogniciones (CCL, <i>Cognitions Checklist</i>)
DASS:	Escala de Estrés, Depresión y Ansiedad (DASS, <i>Depression Anxiety Stress Scale</i>)
EjPR:	Ejército Patriótico de Rwanda
EPR:	Exposición y Prevención de Respuesta
FNE:	Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE, <i>Fear of Negative Evaluation</i>)
FPA:	<i>Fusión del Pensamiento-Acción</i>
FSG:	Fobia Social Generalizada
GAD-Q-IV:	Cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada –IV (GAD-Q-IV, <i>Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV</i>)
HRSA:	Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HRSA, <i>Hamilton Rating Scale of Anxiety</i>)
IAT:	Test de Asociación Implícita (IAT, <i>Implicit Association Test</i>)
IES:	Escala de Impacto del Acontecimiento (IES, <i>Impact of Event Scale</i>)
III:	Inventario de Interpretación de Intrusiones (III, <i>Interpretation of Intrusions Inventory</i>)
IUS:	Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS, <i>Intolerance of Uncertainty Scale</i>)
LSAS:	Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS, <i>Liebowitz Social Anxiety Scale</i>)
MCQ:	Cuestionario de Meta-Cogniciones (MCQ, <i>Meta-Cognitions Questionnaire</i>)

MI:	Movilidad para la Agorafobia (MI, <i>Mobility Inventory for Agoraphobia</i>)
MPTSD:	Escala Mississippi para el TEPT Relacionado con el Combate (MPTSD, <i>Mississippi Scale for Combat-Related PTSD</i>)
NHS:	Sistema Sanitario Nacional Británico (NHS, <i>British National Health System</i>)
NICE:	Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE, <i>National Institute for Clinical Excellence</i>)
OBO:	Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBO, <i>Obsessive Beliefs Questionnaire</i>)
OC:	Obsesivo-Compulsivo
OCCWG:	Grupo de Trabajo de las Cogniciones Obsesivo-Compulsivas (OCCWG, <i>Obsessive Compulsive Cognitions Working Group</i>)
OCI:	Inventario Obsesivo-Compulsivo (OCI, <i>Obsessive-Compulsive Inventory</i>)
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
PBO:	Cuestionario de Creencias de Angustia (PBO, <i>Panic Belief Questionnaire</i>),
PCL:	Listado de Comprobación TEPT (PCL, <i>PTSD Checklist</i>)
PDS:	Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático (PDS, <i>Posttraumatic Stress Diagnostic Scale</i>)
PI:	Inventario de Padua (PI, <i>Padua Inventory</i>)
PI-WSUR:	Inventario de Papua – Revisión de la Universidad Estatal de Washington (PI-WSUR, <i>Papua Inventory – Washington State University Revision</i>)
PSWQ:	Cuestionario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ, <i>Penn State Worry Questionnaire</i>)
PTCI:	Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI, <i>Posttraumatic Cognitions Inventory</i>)
PVM:	Prolapso de la Válvula Mitral
RA:	Relajación Aplicada (RA)
RAS:	Escala de Actitudes de Responsabilidad (RAS, <i>Responsibility Attitudes Scale</i>)
RAS:	Refocalización Atencional Situacional
RIQ:	Cuestionario de Interpretaciones de Responsabilidad (RIQ, <i>Responsibility Interpretations Scale</i>)
RMP:	Relajación Muscular Progresiva

ROII:	Inventario Revisado de Intrusiones Obsesivas (ROII, <i>Revised Obsessional Intrusions Inventory</i>)
RSA:	Recuerdos Situacionalmente Accesibles (RSA)
RVA:	Recuerdos Verbalmente Accesibles (RVA)
SAD:	Escala de Evitación y Angustia Social (SAD, <i>Social Avoidance and Distress Scale</i>)
SCID-IV:	Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del DSM-IV
SIAS:	Escala de Ansiedad de Interacción Social (SIAS, <i>Social Interaction Anxiety Scale</i>)
SISST:	Test de Auto-Revelación de Interacción Social (SISST, <i>Social Interaction Self-Statement Test</i>)
SPAI:	Inventario de Fobia y Ansiedad Social (SPAI, <i>Social Phobia and Anxiety Inventory</i>)
SPS:	Escala de Fobia Social (SPS, <i>Social Phobia Scale</i>)
STABS:	Escala de Pensamientos y Creencias Sociales (STABS, <i>Social Thoughts and Beliefs Scale</i>)
STAY:	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAY-Forma Y, <i>State-Trait Anxiety Inventory</i>)
TAF:	Escala de Fusión Pensamiento-Acción (TAF, <i>Thought-Action Fusion Scale</i>)
TAG:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TCBCP:	Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena
TCC:	Terapia Cognitivo-Conductual
TCQ:	Cuestionario de Control del Pensamiento (TCQ, <i>Thought Control Questionnaire</i>)
TEA:	Técnica de Entrenamiento Atencional
TEPT:	Trastorno por Estrés Postraumático
TGE:	Terapia Grupal de Exposición
TOC:	Trastorno Obsesivo-Compulsivo
TOCP:	Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad
TPE:	Trastorno de Personalidad por Evitación
VOCI:	Inventario Obsesivo Compulsivo de Vancouver (VOCI, <i>Vancouver Obsessive Compulsive Inventory</i>)
WDQ:	Cuestionario sobre los Dominios de la Preocupación (WDQ, <i>Worry Domains Questionnaire</i>)
Y-BOCS:	Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS, <i>Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale</i>)

Índice de materias

- Aceptación, 376
- Acomodación, 893
- Activación, 760
- Activación ansiosa, 557
- Activación autónoma, 480
- Activación autonómica percibida, 92, 203
- Activación de esquemas, 481
- Activación del miedo, 243
- Activación esquemática primaria, 758
- Activación fisiológica, 459, 684, 848
- Activación inmediata del miedo, 231
- Actividad fisiológica, 595
- ADIS-IV, 233
- Adversidad social, 574
- Afectividad negativa (AN), 190, 659
- Afecto negativo (AN), 647
- Afrontamiento, 95, 263
- Afrontamiento cognitivo, 271
- Afrontamiento evitativo, 651
- Afrontamiento maladaptativo, 421
- Afrontamiento represivo, 651
- Agorafobia, 479, 570
- Agorafobia grave, 602
- Aislamiento, 87, 580
- Amenaza general, 76, 106, 666
- Análisis costes-beneficios, 346
- Análisis situacional, 303
- Angustia, 462, 521
- Angustia aguda, 475
- Angustia espontánea, 464
- Ansiedad, 32, 101-102, 190, 220, 223
- Ansiedad anticipatoria, 586, 618
- Ansiedad generalizada, 646, 663
- Ansiedad por separación, 644
- Ansiedad social, 571, 590, 595
- Apoyo emocional, 876
- Aprensión, 487, 516
- Atención, 405
- Auto-conciencia cognitiva, 769
- Auto-eficacia, 77, 103, 317, 319, 381, 406, 410, 502, 520
- Auto-esquemas sociales, 580, 582, 590, 594, 613
- Auto-estima, 207
- Auto-imagen, 589
- Auto-informe retrospectivo, 875
- Auto-monitoreo, 245, 256, 332-333, 396, 396, 432
- Autonomía, 841

- Biblioterapia, 333
- Búsqueda de seguridad, 174, 266, 303, 399, 411, 425, 461, 505, 517, 584, 866, 881
- Calidad de vida, 834
- Cambio conductual dirigido, 429
- Cognición, 379
- Comorbilidad, 27, 145
- Comprobación, 757
- Compromiso, 376
- Compulsiones, 744
- Conceptualización cognitiva del caso, 231
- Conciencia plena, 376
- Conducta inhibitoria involuntaria, 597
- Conductas de seguridad, 581, 611
- Confusión inferencial, 759
- Contaminación mental, 757
- Contaminación por contacto, 757
- Contextualismo funcional, 377
- Control de las preocupaciones, 699
- Control percibido, 198, 462
- Creencias, 213, 309
- Creencias meta-cognitivas, 719
- Creencias nucleares, 801
- Crisis de angustia, 459, 478, 827
- Crisis nocturnas de angustia, 465, 542
- Crisis sintomáticas limitadas, 466
- Decatastrofizar, 350
- Depresión, 30, 646, 836
- Derrota mental, 883, 896
- Desensibilización, 434
- Desorganización de la memoria, 854
- Deterioro funcional, 25, 819, 834
- Diátesis-estrés, 84, 186, 201, 841
- Diferencias culturales, 36
- Disociación, 504, 851, 863
- Disposición al tratamiento, 753
- Distracción, 405
- Dominios de creencias, 758
- Edad, 655, 832
- Edad de aparición, 568
- Efectividad del tratamiento, 411
- Eficacia personal, 317
- Ejercicios de *grounding*, 907
- Embotamiento emocional, 819
- Enfoques constructivos adaptativos, 303
- Ensayo conductual, 431
- Entrenamiento atencional, 367
- Entrenamiento en relajación, 726
- Entrenamiento en resolución de problemas, 723
- Entrevista diagnóstica, 232
- Errores cognitivos de procesamiento, 93, 134, 137, 262, 303
- Errores de pensamiento, 353
- Escritura expresiva, 373, 416
- Esfuerzos personales, 661
- Esquemas, 753
- Esquemas automáticos, 244
- Esquemas de amenaza, 480, 494, 652
- Esquemas de miedo, 398, 419
- Esquemas maladaptativos, 589, 702, 843
- Estilos de afrontamiento, 136
- Estimación de probabilidad, 312
- Estimaciones de gravedad, 312
- Estimaciones de seguridad, 312
- Estimaciones de vulnerabilidad, 312
- Estrategias cognitivas de afrontamiento, 151, 169, 304, 880
- Estrategias de intervención cognitiva, 322
- Estrés de combate, 827
- Etiología, 186
- Etiología de las obsesiones, 213, 774
- Evaluación, 230
- Evaluación cognitiva del TEPT, 873
- Evaluación diagnóstica, 231
- Evaluación metacognitiva, 371
- Evaluación negativa, 554, 584
- Evitación, 126, 393, 461, 517, 819, 852, 866, 881
- Evitación agorafóbica, 468, 475, 531
- Evitación cognitiva, 154, 852
- Evitación experiencial, 180, 852
- Evitación generalizada, 580

- Expectativa exagerada de amenaza, 581
- Expectativas auto-cumplidas, 103
- Experimentación conductual, 799
- Experimento, 361
- Explicación alternativa, 355
- Exposición, 398-399, 610, 627
- Exposición a las sensaciones corporales, 419
- Exposición al trauma, 823
- Exposición auto-dirigida, 402
- Exposición espontánea, 270
- Exposición gradual, 331, 402
- Exposición gradual *in vivo*, 530
- Exposición imaginaria, 351, 414, 897, 902
- Exposición *in vivo*, 412, 579, 581, 902, 904
- Exposición intensiva, 404
- Exposición repetida, 900
- Exposición terapéutica, 401
- Exposición y prevención de respuesta (EPR), 788
- Flashbacks*, 819, 838, 908
- Fobia simple, 553
- Fobia social, 313, 551, 554, 614
- Fobia social específica, 563
- Fobia social generalizada, 562, 593
- Formación del cliente, 322
- Formulación cognitiva de caso, 230, 279
- Función de la preocupación, 651
- Habilidades sociales, 576
- Habitación auditiva, 418
- Hiperactivación fisiológica, 237, 258, 817
- Hipersensibilidad interoceptiva, 26, 489, 515
- Hipervigilancia de las sensaciones corporales, 26, 460
- Hipocapnia, 536
- Hipótesis empíricas, 358, 529
- Huida, 153, 251, 393
- Inducción, 257
- Inducción de la preocupación, 711
- Inducción de síntomas, 524
- Inhibición conductual, 180, 659
- Inhibición emocional, 274
- Inhibición involuntaria, 610
- Inoculación del riesgo, 721
- Insomnio, 683
- Intención paradójica, 410, 425
- Intensidad de la ansiedad, 250
- Intereses actuales, 661
- Interpretaciones alternativas, 401
- Interpretaciones catastróficas, 460
- Intervención conductual, 393
- Intervención metacognitiva, 369
- Intervenciones conductuales, 397, 451
- Intolerancia a la incertidumbre, 664, 666, 673
- Intrusión mental, 754
- Intrusiones indeseadas, 249
- Intrusiones traumáticas, 848
- Inundación, 415
- Inventario de ansiedad de Beck, 236
- Jerarquía de exposición, 251, 402
- Malinterpretación catastrófica, 483, 496, 516
- Medidas ideográficas, 244
- Memoria autobiográfica, 164, 859, 900
- Memoria del trauma, 843, 897
- Memoria implícita, 129, 590
- Memoria visual, 861
- Meta-cognición de la preocupación, 666, 791
- Meta-preocupación, 141, 667, 680
- Miedo, 21, 24, 47, 511
- Miedo al miedo, 139, 509
- Miedo patológico, 506
- Modelado, 401, 430
- Movilidad para la agorafobia, 510
- Narrativa de la memoria del trauma, 877, 898
- Neutralización, 421, 763
- Observación conductual, 245
- Obsesiones, 743
- Obsesiones puras, 757

- Pensamientos ansiosos automáticos, 663
- Pensamientos automáticos, 330, 397
- Pensamientos intrusos, 249, 663, 672
- Pensamientos obsesivo-compulsivos, 769
- Pérdida de control, 249
- Persistencia, 26
- Persistencia de la angustia, 483, 520
- Persistencia de la ansiedad, 157, 169, 174, 506, 596, 608, 651
- Persistencia de los síntomas, 502
- Persistencia del pensamiento obsesivo, 771
- Persistencia del trastorno, 844, 852
- Persistente hiperactivación, 819
- Persuasión lógica, 309
- Preocupación, 169-171, 271, 304, 487, 643, 649
- Preocupación adaptativa, 651
- Preocupación crónica, 663, 673
- Preocupación productiva, 705, 707
- Prescripción conductual, 396
- Prevención auto-iniciada de respuesta, 420
- Prevención de recaídas, 802
- Prevención de respuesta, 420, 427, 798, 801
- Primeros pensamientos, 253, 303
- Procesamiento automático, 73, 81, 664, 842, 849
- Procesamiento cognitivo, 759, 854
- Procesamiento de información, 71, 309, 369
- Procesamiento elaborativo, 693, 849
- Procesos automáticos, 757
- Procesos elaborativos secundarios, 231, 760
- Procesos metacognitivos, 761
- Prolapso de la válvula mitral (PVM), 472
- Razonamiento emocional, 140, 583
- Razonamiento exconsequentia, 583
- Recaída, 376, 445, 534
- Recuerdo intruso, 817
- Recuerdos situacionalmente accesibles (RSA), 838
- Recuerdos verbalmente accesibles (RVA), 838
- Reentrenamiento en respiración, 534, 539
- Reestructuración cognitiva, 339, 401, 409, 431, 528, 610, 618, 709, 793, 828, 892, 902
- Registro de angustia, 513
- Relación terapéutica, 753
- Relajación, 432
- Relajación aplicada (RA), 442, 444
- Relajación muscular progresiva, 410, 434, 440
- Reprocesamiento imaginario, 373, 416
- Resolución de problemas, 173, 270, 685-686, 725, 764, 766, 802
- Respuesta de relajación, 270
- Respuesta elaborativa secundaria, 303
- Respuestas de afrontamiento, 303, 395, 798, 827
- Respuestas defensivas, 41, 93, 303
- Respuestas inhibitorias inmediatas, 260
- Respuestas peritraumáticas, 819
- Revaloración, 485, 518
- Revaloración de la amenaza, 231, 270, 304
- Revaloración de la vulnerabilidad persona, 270
- Rituales compulsivos, 760
- Rumiación, 851, 863
- SCID-IV, 233
- Seguridad, 155, 319, 532
- Seguridad percibida, 203, 685
- Sensibilidad, 191
- Señales de seguridad, 96, 124, 717
- Sesgo atencional automático, 88, 110, 213, 592, 647, 674, 857
- Sesgo atencional de amenaza, 668
- Sesgo automático de procesamiento de información, 650

- Sesgo de codificación de la amenaza, 677
- Sesgo de desconfirmación, 764
- Sesgo de interpretación de la amenaza, 166, 219, 668
- Sesgo de memoria explícita, 151, 162, 496, 587, 597, 674
- Sesgo de procesamiento de información, 586, 595
- Sesgo explícito de amenaza social, 609
- Sesgo inferencial, 588
- Síntomas de conversión, 837
- Síntomas de embotamiento, 817
- Síntomas de reexperimentación, 862
- Síntomas disociativos, 819, 821
- Situación evaluativa, 128, 577
- Sociotropía, 841
- Suicidio, 471
- Supresión del pensamiento, 175-176, 274, 851, 863-864
- Tareas para casa, 336, 753
- Tareas vitales, 115, 661
- TEPT agudo, 858
- TEPT complejo, 836
- TEPT crónico, 835
- Timidez, 560
- Trastorno de angustia, 313, 456, 469
- Trastorno de angustia con agorafobia, 477
- Trastorno de ansiedad generalizada, 313, 662
- Trastorno de la personalidad por evitación, 554, 564
- Trastorno límite de personalidad, 836
- Trastorno obsesivo-compulsivo, 313, 739, 745
- Trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad (TOCP), 749
- Trastorno por estrés agudo, 820
- Trastorno por estrés postraumático, 313, 813, 818, 874, 886
- Trauma, 817, 826, 841
- Umbral de intensidad, 482
- Umbral terapéutico, 398
- Valoraciones, 23, 309
- Valoraciones exageradas, 127, 768
- Variables pretrauma, 825
- Vulnerabilidad, 69, 95, 198
- Vulnerabilidad al TEPT, 825, 840
- Vulnerabilidad cognitiva, 117, 204, 774
- Vulnerabilidad esquemática, 493
- Vulnerabilidad personal, 136, 170, 185, 231, 581, 666

Bibliografía

- Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2004). Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 136–144.
- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 583–600.
- Abramowitz, J. S. (2009). *Getting over OCD: A 10-step workbook for taking back your life*. New York: Guilford Press.
- Abramowitz, J. S., & Deacon, B. J. (2006). Psychometric properties and construct validity of the Obsessive-Compulsive Inventory—Revised: Replication and extension with a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 1016–1035.
- Abramowitz, J. S., & Foa, E. B. (2000). Does comorbid major depression influence outcome of exposure and response prevention for OCD? *Behavior Therapy, 31*, 795–800.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2002). Empirical status of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analytic review. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 2*, 89–104.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1049–1057.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Street, G. P., Kozak, M. J., & Foa, E. B. (2000). Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 31*, 517–528.
- Abramowitz, J. S., Khandker, M., Nelson, C. A., Deacon, B. J., & Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1361–1374.
- Abramowitz, J. S., Schwartz, S. A., Moore, K. M., & Luenzmann, K. R. (2003). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 461–478.
- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review, 21*, 683–703.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., & Tolin, D. F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 529–540.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Lynam, D., & Kalsy, S. (2003). Is thought-action fusion specific to obsessive-compulsive disorder?: A mediating role of negative affect. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1069–1079.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., & Metalsky, G. I. (1988). The cognitive diathesis-stress theories of depression: Toward an adequate evaluation of the theories' validities. In L. B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 3–30). New York: Guilford Press.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. L., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96*, 358–372.
- Abramson, L. Y., Metalsky, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49–74.
- Adolphs, R., Tranel, D., & Damasio, A. (1998). The human amygdala in social judgment. *Nature, 393*, 470–474.
- Aikins, D. E., & Craske, M. G. (2008). Sleep-based heart period variability in panic disorder with and without nocturnal panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 453–463.
- Akhtar, S., Wig, N. N., Varma, V. K., Peershad, D., & Verma, S.

- K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 127, 342-348.
- Alden, L. E., & Bieling, P. (1998). Interpersonal consequences of the pursuit of safety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 53-64.
- Alden, L. E., & Philips, N. (1990). An interpersonal analysis of social anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 499-513.
- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 857-882.
- Alden, L. E., & Wallace, S. T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 497-505.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Saford, S. M., & Gibb, B. E. (2006). The Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Current findings and future directions. In L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 33-61). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Alloy, L. B., Kelly, K. A., Mineka, S., & Clements, C. M. (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 499-543). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Altin, M., Clark, D. A., & Karanci, A. N. (2007). *The impact of religiosity on obsessive-compulsive cognitions and symptoms in Christian and Muslim students*. Paper presented at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Barcelona, Spain.
- Ambrose, B., & Rholes, W. S. (1993). Automatic cognitions and the symptoms of depression and anxiety in children and adolescents: An examination of the content specificity hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 289-308.
- American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1998). Practice guidelines for the treatment of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(Suppl.), 1-34.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Amies, P. L., Gelder, M. G., & Shaw, P. M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Amir, N., Beard, C., Burns, M., & Bomyea, J. (2009). Attention modification program in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 28-33.
- Amir, N., Beard, C., & Przeworski, A. (2005). Resolving ambiguity: The effect of experience on interpretation of ambiguous events in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 402-408.
- Amir, N., Bower, E., Briks, J., & Freshman, M. (2003). Implicit memory for negative and positive social information in individuals with and without social anxiety. *Cognition and Emotion*, 17, 567-583.
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 775-777.
- Amir, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (1997). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 9, 312-316.
- Amir, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (1998a). Automatic activation and strategic avoidance of threat-relevant information in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 285-290.
- Amir, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (1998b). Negative interpretation bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 945-957.
- Amir, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (2000). Implicit memory bias for threat-relevant information in individuals with generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 713-720.
- Amir, N., Freshman, M., & Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 209-217.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E., & Brigid, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 765-776.
- Amir, N., McNally, R. J., & Wiegartz, P. S. (1996). Implicit memory bias for threat in posttraumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 625-635.
- Amrhein, C., Pauli, P., Dengler, W., & Wiedemann, G. (2005). Covariation bias and its physiological correlates in panic disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 177-191.
- Amstader, A. B., & Vernon, L. L. (2006). Suppression of neutral and trauma targets: Implications for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 517-526.
- Ancoli-Israel, S., & Roth, T. (1999). Characteristics of insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. *Sleep*, 22(Suppl. 2), S347-S353.
- Anderson, A. K., & Phelps, E. A. (2000). Expression without recognition: Contributions of the human amygdala to emotional communication. *Psychological Science*, 11, 106-111.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R., & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1319-1326.
- Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilization: Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153.
- Andrews, G., Slade, T., & Issakidis, C. (2002). Deconstructing current comorbidity: Data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *British Journal of Psychiatry*, 179, 306-314.

- Andrews, V. H., & Borkovec, T. D. (1988). The differential effects of inductions of worry, somatic anxiety, and depression on emotional experience. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 21-26.
- Anholt, G. E., Cath, D. C., Emmelkamp, P. M. G., van Oppen, P., Smit, J. H., & van Balkom, A. J. L. M. (2006). Do obsessional beliefs discriminate OCD without tic patients from OCD with tic and Tourette's syndrome patients? *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1537-1543.
- Anseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., et al. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 78, 49-55.
- Antony, M. M. (2001a). Measures for panic disorder and agoraphobia. In M. M. Antony, S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 95-125). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Antony, M. M. (2001b). Measures for obsessive-compulsive disorder. In M. M. Antony, S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 219-243). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
- Antony, M. M., Coons, M. J., McCabe, R. E., Ashbaugh, A., & Swinson, R. P. (2006). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory: Further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1177-1185.
- Antony, M. M., Downie, F., & Swinson, R. P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- Antony, M. M., Ledley, D. R., Liss, A., & Swinson, R. P. (2006). Responses to symptom induction exercises in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 85-98.
- Antony, M. M., & McCabe, R. E. (2004). *10 simple solutions to panic: How to overcome panic attacks, calm physical symptoms and reclaim your life*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Antony, M. M., & Norton, P. J. (2008). *The anti-anxiety workbook: Proven strategies to overcome worry, phobias, panic and obsessions*. New York: Guilford Press.
- Antony, M. M., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Antony, M. M., & Rowa, K. (2005). Evidence-based assessment of anxiety disorders in adults. *Psychological Assessment*, 17, 256-266.
- Antony, M. M., Rowa, K., Liss, A., Swallow, S. R., & Swinson, R. P. (2005). Social comparison processes in social phobia. *Behavior Therapy*, 36, 65-75.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2000a). *Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2000b). *The shyness and social anxiety workbook: Proven techniques for overcoming your fears*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Argyle, N. (1988). The nature of cognitions in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 261-264.
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 633-646.
- Arntz, A., Rauer, M., & van den Hout, M. (1995). "If I feel anxious, there must be a danger": Ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 917-925.
- Asmundson, G. J. G., & Stein, M. B. (1994). Selective processing of social threat in patients with generalized social phobia: Evaluation using a dot-probe paradigm. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 107-117.
- Austenfeld, J. L., & Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality*, 72, 1335-1364.
- Austin, D. W., & Richards, J. C. (2001). The catastrophic misinterpretation model of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1277-1291.
- Austin, D. W., Richards, J. C., & Klein, B. (2006). Modification of the Body Sensations Interpretation Questionnaire (BSIQ-M): Validity and reliability. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 237-251.
- Baer, L. (2000). *Getting control: Overcoming your obsessions and compulsions* (2nd ed.). New York: Plume.
- Ball, S. G., Otto, M. W., Pollack, M. H., Uccello, R., & Rosenbaum, J. F. (1995). Differentiating social phobia and panic disorders: A test of core beliefs. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 473-482.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy conception of anxiety. In R. Schwartz & R. A. Wicklund (Eds.), *Anxiety and self-focused attention* (pp. 89-110). London: Harwood Academic.
- Bannon, S., Gonsalvez, C. J., & Croft, R. J. (2008). Processing impairments in OCD: It is more than inhibition! *Behaviour Research and Therapy*, 46, 689-700.
- Baños, R. M., Medina, P. M., & Pascual, J. (2001). Explicit and implicit memory biases in depression and panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 61-74.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247-1263.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment of emotional disorders. *Behaviour Therapy*, 35, 205-230.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic. Workbook* (4th ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.

- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529-2536.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barsky, A. J., Cleary, P. D., Sarnie, M. K., & Ruskin, J. N. (1994). Panic disorder, palpitations, and the awareness of cardiac activity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 63-71.
- Bebbington, P. E. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173(Suppl. 35), 2-6.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy of the emotional disorders*. New York: New American Library.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven Press.
- Beck, A. T. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. In A. H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 183-196). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 91-109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic: Theory and therapy. In S. Rachman & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 91-109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of moods, personality, and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 49-58.
- Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R. L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R. L.). (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective* (rev. paperback ed.). New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., & Greenberg, R. L. (1988). Cognitive therapy of panic disorder. In R. E. Hales & A. J. Frances (Eds.), *Review of psychiatry* (Vol. 7, pp. 571-583). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Beck, A. T., Laude, R., & Bohnert, M. (1974). Ideational components of anxiety neurosis. *Archives of General Psychiatry*, 31, 319-325.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R., & Wright, F. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 778-783.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory* (2nd ed.). San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Sanderson, W. C., & Skeie, T. M. (1991). Panic disorder and suicidal ideation and behavior: Discrepant findings in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1195-1199.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Wenzel, A., Riskind, J., Brown, G., & Steer, R. A. (2006). *Specificity of hopelessness about resolving life problems: Another test of the cognitive model of depression*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia.
- Beck, J. G., Coffey, S. F., Palyo, S. A., Gudmundsdottir, B., Miller, L. M., & Colder, C. R. (2004). Psychometric properties of the Post-traumatic Cognitions Inventory (PTCI): A replication with motor vehicle accident survivors. *Psychological Assessment*, 16, 289-298.
- Beck, J. G., Freeman, J. B., Shipherd, J. C., Hamblen, J. L., & Lackner, J. M. (2001). Specificity of Stroop interference in patients with pain and PTSD. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 536-543.
- Beck, J. G., Ohtake, P. J., & Shipherd, J. C. (1999). Exaggerated anxiety is not unique to CO₂ in panic disorder: A comparison of hypercapnic and hypoxic challenges. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 473-482.
- Beck, J. G., Stanley, M. A., & Zebb, B. J. (1996). Characteristics of generalized anxiety disorders in older adults: A descriptive study. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 225-234.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy*

- for challenging problems: What to do when the basics don't work. New York: Guilford Press.
- Beck, R., Benedict, B., & Winkler, A. (2003). Depression and anxiety: Integrating the tripartite and cognitive content-specificity assessment models. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25, 251-256.
- Beck, R., & Perkins, T. S. (2001). Cognitive content-specificity for anxiety and depression: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 651-663.
- Beck, R., Perkins, T. S., Holder, R., Robbins, M., Gray, M., & Allison, S. H. (2001). The cognitive and emotional phenomenology of depression and anxiety: Are worry and hopelessness the cognitive correlates of NA and PA? *Cognitive Therapy and Research*, 25, 829-838.
- Becker, C. B., Namour, N., Zayfert, C., & Hegel, M. T. (2001). Specificity of the Social Interaction Self-Statement Test in social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 227-233.
- Becker, E. S., Rinck, M., & Margraf, J. (1994). Memory bias in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 396-399.
- Becker, E. S., Rinck, M., Margraf, J., & Roth, W. T. (2001). The emotional Stroop effect in anxiety disorders: General emotionality or disorder specificity? *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 147-159.
- Becker, E. S., Rinck, M., Roth, W. T., & Margraf, J. (1998). Don't worry and beware of white bears: Thought suppression in anxiety patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 39-55.
- Behar, E., Alcaine, O., Zuellig, A. R., & Borkovec, T. D. (2003). Screening for generalized anxiety disorder using the Penn State Worry Questionnaire: A receiver operating characteristics analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 25-43.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Dancu, C. V. (1985). Physiological, cognition and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 109-117.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Stanley, M. A., & Dancu, C. V. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Concurrent and external validity. *Behavior Therapy*, 20, 417-427.
- Belloch, A., Morillo, C., & Giménez, A. (2004). Effects of suppressing neutral and obsession-like thoughts in normal subjects: Beyond frequency. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 841-857.
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., & Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: The role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 100-110.
- Bennett-Levy, J., Westbrook, D., Fennell, M., Cooper, M., Rouf, K., & Hackmann, A. (2004). Behavioural experiments: Historical and conceptual underpinnings. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 1-20). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Kotov, R., Arrindell, W. A., Taylor, S., Sandin, B., et al. (2006). Taxonicity of anxiety sensitivity: A multi-national analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1-22.
- Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.
- Bhar, S. S., & Kyrios, M. (2000). Ambivalent self-esteem as meta-vulnerability for obsessive-compulsive disorder. *Self-Concept Theory, Research and Practice: Advances from the New Millennium* (pp. 143-156). Sydney, Australia: Self Research Centre.
- Bhar, S. S., & Kyrios, M. (2007). An investigation of self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1845-1857.
- Bienvu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and Anxiety*, 20, 92-97.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, G. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1998). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV*. Boston: National Center for PTSD, Behavioral Science Division.
- Blanchard, E. B., Buckley, T. C., Hickling, E. J., & Taylor, A. E. (1998). Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: Is the correlation an illusion? *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 21-37.
- Blanchard, E. B., Gerardi, R. J., Kolb, L. C., & Barlow, D. H. (1986). The utility of the Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS) in the diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD) in Vietnam veterans. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 577-580.
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34, 669-673.
- Blazer, D. G., Hughes, D., & George, L. K. (1987). Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1178-1183.
- Bliese, P. D., Wright, K. M., Adler, A. B., Castro, C. A., Hoge, C. W., & Cabrera, O. (2008). Validating the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder Screen and the Posttraumatic Stress Disorder Checklist with soldiers returning from combat. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 272-281.
- Bodkin, J. A., Pope, H. G., Detke, M. J., & Hudson, J. I. (2007). Is PTSD caused by traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 176-182.
- Bögels, S. M., & Lamers, C. T. J. (2002). The causal role of self-awareness in blushing-anxious, socially-anxious and social phobic individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1367-1384.
- Bögels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: Hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*, 24, 827-856.

- Bögels, S. M., Rijsems, W., & de Jong, P. J. (2002). Self-focused attention and social anxiety: The effects of experimentally heightened self-awareness on fear, blushing, cognitions, and social skills. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 461-472.
- Borkovec, T. D. (1985). The role of cognitive and somatic cues in anxiety and anxiety disorders: Worry and relaxation-induced anxiety. In A. H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 463-478). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. C. I. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 5-33). Chichester, UK: Wiley.
- Borkovec, T. D., Alcaide, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Borkovec, T. D., & 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.
- Borkovec, T. D., & Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 69-73.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Lytle, R., & Pincus, A. L. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Borkovec, T. D., Shadick, R. N., & Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 29-51). New York: Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Wilkinson, L., Folenchire, R., & Lerman, C. (1983). Stimulus control applications to the treatment of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 247-251.
- Bouchard, C., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 239-248.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., French, D., Pelletier, M. H., & Godbout, C. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 213-224.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Nouwen, A., Ivers, H., Vallières, A., Simard, S., et al. (2007). Temporal relationship between dysfunctional beliefs, self-efficacy and panic apprehension in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 275-292.
- Bouknight, D. P., & O'Rourke, R. A. (2000). Current management of mitral valve prolapse. *American Family Physician*, 61, 3343-3350.
- Bourdon, K. H., Boyd, J. H., Rae, D. S., Burns, B. J., Thompson, J. W., & Locke, B. Z. (1988). Gender differences in phobias: Results of the ECA Community Survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 227-241.
- Bourne, E. J. (2000). *The anxiety and phobia workbook* (3rd ed.). Oakland, CA: New Harbinger.
- Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 4-22.
- Bradley, B. P., Mogg, K., Falla, S. J., & Hamilton, L. R. (1998). Attentional bias for threatening facial expressions in anxiety: Manipulation of stimulus duration. *Cognition and Emotion*, 12, 737-753.
- Bradley, B. P., Mogg, K., & Millar, N. H. (2000). Covert and overt orienting of attention to emotional faces in anxiety. *Cognition and Emotion*, 14, 789-808.
- Bradley, B. P., Mogg, K., White, J., & Millar, N. (1995). Selective processing of negative information: Effects of clinical anxiety, concurrent depression, and awareness. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 532-536.
- Bradley, B. P., Mogg, K., & Williams, R. (1994). Implicit and explicit memory for emotional information in non-clinical subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 65-78.
- Bradley, B. P., Mogg, K., & Williams, R. (1995). Implicit and explicit memory for emotion-congruent information in clinical depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 755-770.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Breier, A., Charney, D. S., & Heninger, G. R. (1984). Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1129-1135.
- Brendle, J. R., & Wenzel, A. (2004). Differentiating between memory and interpretative biases in socially anxious and nonanxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 155-171.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923-929.
- Breslau, N., Davis, G. C., & Schultz, L. R. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in person who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry*, 60, 289-294.
- Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50, 699-704.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Breslau, N., Lucia, V. C., & Alvarado, G. F. (2006). Intelligence and other predisposing factors in exposure to

- trauma and posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1238–1245.
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., et al. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 375–384.
- Brewin, C. R. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*. Hove, UK: Erlbaum.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Rose, S., & Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 156, 360–366.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670–686.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339–376.
- Brewin, C. R., Kleiner, J. S., Vasterling, J. J., & Field, A. P. (2007). Memory for emotionally neutral information in posttraumatic stress disorder: A meta-analytic investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 448–463.
- Brown, E. J., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment and outcome of cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467–486.
- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 9, 21–27.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Newman, C. F., Beck, J. S., & Tran, G. Q. (1997). A comparison of focused and standard cognitive therapy for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 329–345.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Eales, M. J. (1996). Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168(Suppl. 30), 50–57.
- Brown, M., Smits, J. A. J., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2003). Differential sensitivity of the three ASI factors in predicting panic disorder patients' subjective and behavioral response to hyperventilation challenge. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 583–591.
- Brown, M. A., & Stopa, L. (2007). The spotlight effect and the illusion of transparency in social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 804–819.
- Brown, T. A. (2003). Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire: Multiple factors or method effects? *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1411–1426.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 33–37.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 292–327). New York: Guilford Press.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & 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, 585–599.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179–192.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 79–89.
- Brown, T. A., & Deagle, E. A. (1992). Structured interview assessment of nonclinical panic. *Behavior Therapy*, 23, 75–85.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Adult Version*. Oxford, UK: Oxford University Press/Graywind.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49–58.
- Brown, T. A., O'Leary, T. A., & Barlow, D. H. (2001). Generalized anxiety disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed., pp. 154–208). New York: Guilford Press.
- Brown, T. A., White, K. S., & Barlow, D. H. (2005). A psychometric reanalysis of the Albany Panic and Phobia Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 337–355.
- Brozina, K., & Abela, J. R. Z. (2006). Behavioural inhibition, anxious symptoms, and depressive symptoms: A short-term prospective examination of a diathesis–stress model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1337–1346.
- Brozovich, F., & Heimberg, R. G. (2008). An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 28, 891–903.
- Bruch, M. A., & Cheek, J. M. (1995). Developmental factors in childhood and adolescent shyness. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 163–182). New York: Guilford Press.
- Bryant, R. A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 789–795.
- Bryant, R. A. (2007). Does dissociation further our understanding of PTSD? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 183–191.
- Bryant, R. A., & Guthrie, R. M. (2007). Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 812–815.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1995). Processing threatening information in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 537–541.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G.

- (1998). Relationship between acute stress disorder and post-traumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 155, 625-629.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., & Nixon, R. D. V. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 706-712.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Nixon, R. V. D. (2003). Cognitive behavior therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 489-494.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Nixon, R. D. V., Mastrodomenico, J., Felmingham, K., & Hopwood, S. (2006). Hypnotherapy and cognitive behavior therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1331-1335.
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (2002). Automatic and strategic processing of threat stimuli: A comparison between PTSD, panic disorder, and nonanxiety controls. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 97-115.
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Neill, W. T. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 1041-1065.
- Buller, R., Maier, W., & Benkert, O. (1986). Clinical subtypes of panic disorder: Their descriptive and prospective validity. *Journal of Affective Disorders*, 11, 105-114.
- Buller, R., Maier, W., Goldenberg, I. M., Lavori, P. W., & Benkert, O. (1991). Chronology of panic and avoidance, age of onset in panic disorder, and prediction of treatment response: A report from the Cross-National Collaborative Panic Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 240, 163-168.
- Burke, K. C., Burke, J. D., Regier, D. A., & Rae, D. S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 511-518.
- Burke, M., & Mathews, A. (1992). Autobiographical memory and clinical anxiety. *Cognition and Emotion*, 6, 23-35.
- Burns, G. L., Formea, G. M., Keortge, S., & Sternberger, L. G. (1995). The utilization of nonpatient samples in the study of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 133-144.
- Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M., & Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua Inventory of Obsessive Compulsive Disorder Symptoms: Distinctions between worry, obsessions and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 163-173.
- Butler, G. (2007). *Overcoming social anxiety and shyness self-help course: A 3-part programme based on cognitive behavioural techniques. Part one: Understanding social anxiety*. London: Robinson.
- Butler, A. C., Chapman, J. F., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Butler, G., & Hope, T. (2007). *Managing your mind: The mental fitness guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Butler, G., & Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 51-62.
- Butler, G., & Mathews, A. (1987). Anticipatory anxiety and risk perception. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 551-565.
- Butler, G., & Wells, A. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Clinical applications. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 310-333). New York: Guilford Press.
- Butler, G., Wells, A., & Dewick, H. (1995). Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 45-56.
- Calamari, J. E., Cohen, R. J., Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., Riemann, B. C., & Norberg, M. M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1347-1360.
- Calamari, J. E., Hale, L. R., Heffelfinger, S. K., Janek, S., Lau, J. J., Weerts, M. A., et al. (2001). Relations between anxiety sensitivity and panic symptoms in nonreferred children and adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 117-136.
- Calamari, J. E., & Janek, A. S. (1997). *Negative intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: Appraisal and response differences*. Poster presented at the Anxiety Disorders Association of America National Convention, New Orleans, LA.
- Calamari, J. E., Wiegartz, P. S., Riemann, B. C., Cohen, R. J., Greer, A., Jacobi, D. M., et al. (2004). Obsessive-compulsive disorder subtypes: An attempted replication and extension of a symptom-based taxonomy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 647-670.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., et al. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 441-443.
- Canadian Community Health Survey: Mental health and well-being. (2003, September 3). *The Daily*, Statistics Canada.
- Canli, T., Sivers, H., Whitfield, S. L., Gotlib, I. H., & Gabrieli, J. D. E. (2002). Amygdala response to happy faces as a function of extraversion. *Science*, 296, p. 2191. (Abstract)
- Canli, T., Zhao, Z., Desmond, J. E., Kang, E., Gross, J., & Gabrieli, J. D. E. (2001). An fMRI study of personality influences on brain reactivity to emotional stimuli. *Behavioral Neuroscience*, 115, 33-42.
- Canon, W. B. (1927). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent searches into the function of emotional excitement*. New York: Appleton and Company.
- Cantor, N. (1990). From thought to behavior: "Having" and "doing" in the study of personality and cognition. *American Psychologist*, 45, 735-750.
- Cantor, N., Norem, J., Langston, C., Zirkel, S., Fleeson, W., & Cook-Flannagan, C. (1991). Life tasks and daily life experience. *Journal of Personality*, 59, 425-451.
- Carleton, R. N., Collimore, K. C., & Asmundson, G. J. G. (2007).

- Social anxiety and fear of negative evaluation: Construct validity of the BFNE-II. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 131-141.
- Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.
- Carr, R. E., Lehrer, P. M., Rausch, L., & Hochron, S. M. (1994). Anxiety sensitivity and panic attacks in an asthmatic population. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 411-418.
- Carter, M. M., Suchday, S., & Gore, K. L. (2001). The utility of the ASI factors in predicting response to voluntary hyperventilation among nonclinical participants. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 217-230.
- Carter, R. M., Wittchen, H.-U., Pfister, H., & Kessler, R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 13, 78-88.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Casey, L. M., Oei, T. P. S., & Newcombe, P. A. (2004). An integrated cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions. *Clinical Psychology Review*, 24, 529-555.
- Cassidy, K. L., McNally, R. J., & Zeitin, S. B. (1992). Cognitive processing of trauma cues in rape victims with post-traumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 283-295.
- Cautela, J. R., & Groden, J. (1978). *Relaxation: A comprehensive manual for adults, children and children with special needs*. Champaign, IL: Research Press.
- Ceschi, G., Van der Linden, M., Dunker, D., Perroud, A., & Brédart, S. (2003). Further exploration memory bias in compulsive washers. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 737-748.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies II. *Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Chambless, D. L., Fydrich, T., & Rodebaugh, T. L. (2006). Generalized social phobia and avoidant personality disorder: Meaningful distinction or useless duplications? *Depression and Anxiety*, 10, 1-12.
- Chambless, D. L., & Gracely, E. J. (1989). Fear of fear and the anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 9-20.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D. L., & Peterman, M. (2004). Evidence on cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and panic disorder. In R. L. Leahy (Ed.), *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice* (pp. 86-115). New York: Guilford Press.
- Chapman, T. F., Mannuzza, S., & Fyer, A. J. (1995). Epidemiological and family studies of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 21-40). New York: Guilford Press.
- Chartier, M. J., Hazen, A. L., & Stein, M. B. (1998). Lifetime patterns of social phobia: A retrospective study of the course of social phobia in a nonclinical population. *Depression and Anxiety*, 7, 113-121.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2001). Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychological Medicine*, 31, 307-315.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., & Malcarne, V. L. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 585-598.
- Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2003). Pathological worry in depressed and anxious patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 533-546.
- Chen, E., Lewin, M. R., & Craske, M. G. (1996). Effects of state anxiety on selective processing of threatening information. *Cognition and Emotion*, 10, 225-240.
- Chen, Y. P., Ehlers, A., Clark, D. M., & Mansell, W. (2002). Patients with generalized social phobia direct their attention away from faces. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 677-687.
- Cherian, A. E., & Frost, R. O. (2007). Treating compulsive hoarding. In M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (Eds.), *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond* (pp. 231-249). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chilcoat, H. D., & Breslau, N. (1998). Posttraumatic stress disorder and drug disorders: Testing causal pathways. *Archives of General Psychiatry*, 55, 913-917.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Christensen, H., Hadzi-Pavlovic, D., Andrews, G., & Mattick, R. (1987). Behavior therapy and tricyclic medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 701-711.
- Clark, D. A. (2002). A cognitive perspective on OCD and depression: Distinct and related features. In R. O. Frost & G. S. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 233-250). Oxford, UK: Elsevier Press.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive behavior therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. A. (2006a). Obsessive-compulsive disorder: The role of homework assignments. In N. Kazantzis & L. L'Abate (Eds.), *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice and prevention*. New York: Springer.
- Clark, D. A. (2006b). *Sensitivity and specificity analysis of the CBOCI*

- based on the validation sample. Unpublished manuscript, University of New Brunswick, Canada.
- Clark, D. A., Antony, M. M., Beck, A. T., Swinson, R. P., & Steer, R. A. (2005). Screening for obsessive and compulsive symptoms: Validation of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 17, 132-143.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2002). *Manual for the Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Defeat fear and anxiety: A cognitive therapy workbook*. Manuscript in preparation, Department of Psychology, University of New Brunswick, Canada.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (with Alford, B.). (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Beck, J. S. (1994). Symptom differences in major depression, dysthymia, panic disorder, and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 205-209.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 148-155.
- Clark, D. A., & Claybourn, M. (1997). Process characteristics of worry and obsessive intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1139-1141.
- Clark, D. A., & Guyitt, B. D. (2008). Pure obsessions: Conceptual misnomer or clinical anomaly? In J. S. Abramowitz, S. Taylor, & D. McKay (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions* (pp. 53-75). Amsterdam, The Netherlands: Elsevier.
- Clark, D. A., & O'Connor, K. (2005). Thinking is believing: Ego-dystonic intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder. In D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research and treatment* (pp. 145-174). New York: Guilford Press.
- Clark, D. A., Purdon, C., & Byers, E. S. (2000). Appraisal and control of sexual and non-sexual intrusive thoughts in university students. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 439-455.
- Clark, D. A., Purdon, C., & Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: Development of a measure of obsessional beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 655-669.
- Clark, D. A., Radomsky, A., Sica, C., & Simos, G. (2005). *Normal obsessions: A matter of interpretation?* Paper presented at the annual meeting of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Thessaloniki, Greece.
- Clark, D. A., & Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals: Implications for clinical disorders. In D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 1-29). New York: Guilford Press.
- Clark, D. A., Steer, R. A., & Beck, A. T. (1994). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 645-654.
- Clark, D. A., Steer, R. A., Beck, A. T., & Snow, D. (1996). Is the relationship between anxious and depressive cognitions and symptoms linear or curvilinear? *Cognitive Therapy and Research*, 20, 135-154.
- Clark, D. B., Keske, U., Masia, C. L., Spaulding, S. A., Brown, C., Mammen, O., et al. (1997). Systematic assessment of social phobia in clinical practice. *Depression and Anxiety*, 6, 47-61.
- Clark, D. B., Turner, S. M., Beidel, D. C., Donovan, J. E., Kirisci, L., & Jacob, R. G. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. *Psychological Assessment*, 6, 135-140.
- Clark, D. M. (1986a). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D. M. (1986b). Cognitive therapy for anxiety. *Behavioural Psychotherapy*, 14, 283-294.
- Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 71-89). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Clark, D. M. (1993). Cognitive mediation of panic attacks induced by biological challenge tests. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 75-84.
- Clark, D. M. (1996). Panic disorder: From theory to therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 318-344). New York: Guilford Press.
- Clark, D. M. (1997). Panic disorder and social phobia. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 121-153). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, 37(Suppl. 1), S5-S27.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405-430). New York: Wiley.
- Clark, D. M., & Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches. In C. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders* (pp. 362-385). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Clark, D. M., & Ehlers, A. (1993). An overview of the cognitive theory and treatment of panic disorder. *Applied and Preventive Psychology*, 2, 131-139.
- Clark, D. M., & Ehlers, A. (2004). Posttraumatic stress disorder: From cognitive theory to therapy. In R. L. Leahy (Ed.), *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice* (pp. 141-160). New York: Guilford Press.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., et al. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058-1067.
- Clark, D. M., & McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, 51, 92-100.
- Clark, D. M., & Salkovskis, P. M. (1986). *Cognitive treatment for*

- panic attacks: Therapist's manual*. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, Oxford University, Warneford Hospital, Oxford, UK.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., & Chalkey, A. J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 23-30.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Gelder, M., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades, P., et al. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. In I. Hand & H. U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias 2* (pp. 149-158). Berlin: Springer-Verlag.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackman, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 583-589.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Öst, L.-G., Breitholtz, E., Koehler, K. A., Westling, B. E., et al. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 203-213.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.
- Classen, C., Koopman, C., Hales, R., & Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 155, 620-624.
- Clerkin, E. M., Teachman, B. A., & Smith-Janik, S. B. (2008). Sudden gains in group cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1244-1250.
- Cloitre, M., Cancienne, J., Heimberg, R. G., Holt, C. S., & Liebowitz, M. (1995). Memory bias does not generalize across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 305-307.
- Cloitre, M., Shear, M. K., Cancienne, J., & Zeirlin, S. B. (1994). Implicit and explicit memory for catastrophic associations to bodily sensation words in panic disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 225-240.
- Cohen, R. J., & Calamari, J. E. (2004). Thought-focused attention and obsessive-compulsive symptoms: An evaluation of cognitive self-consciousness in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 457-471.
- Coleman, S. S., Brod, M., Potter, L. P., Buesching, D. P., & Rowland, C. R. (2004). Cross-sectional 7-year follow-up of anxiety in primary care patients. *Depression and Anxiety*, 19, 105-111.
- Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2002). Memory biases in the anxiety disorders: Current status. *Clinical Psychology Review*, 22, 587-627.
- Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2005). Thought control strategies in generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 47-56.
- Coles, M. E., & Horng, B. (2006). A prospective test of cognitive vulnerability to obsessive compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 723-746.
- Coles, M. E., Pietrefesa, A. S., Schofield, C. A., & Cook, L. M. (2008). Predicting changes in obsessive compulsive symptoms over a six month follow-up: A prospective test of cognitive models of obsessive compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 657-675.
- Coles, M. E., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. (2002). The role of memory perspective in social phobia: Immediate and delayed memories for role-played situations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 3, 415-425.
- Coles, M. E., Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Fresco, D. M. (2001). Effects of varying levels of anxiety within social situations: Relationship to memory perspective and attributions in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 651-665.
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J. A., & Stewart, S. H. (2005). The validity of the brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 345-359.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (1998). Generalized anxiety disorder: Neurobiological and pharmacotherapeutic perspectives. *Biological Psychiatry*, 44, 1286-1294.
- Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 243-264.
- Constans, J. I. (2001). Worry propensity and the perception of risk. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 721-729.
- Constans, J. I., McCloskey, M. S., Vasterling, J. J., Brailey, K., & Mathews, A. (2004). Suppression of attentional bias in PTSD. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 315-323.
- Constans, J. I., Penn, D. L., Ilen, G. H., & Hope, D. A. (1999). Interpretative biases for ambiguous stimuli in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 643-651.
- Conway, M., Howell, A., & Gianopoulos, C. (1991). Dysphoria and thought suppression. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 153-166.
- Coplan, J. D., & Lydiard, R. B. (1998). Brain circuits in panic disorder. *Biological Psychiatry*, 44, 1264-1276.
- Cornell, W., Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., & Pike, K. (1999). Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 131-141.
- Coryell, W., Noyes, R., & House, J. D. (1986). Mortality among outpatients with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 508-510.
- Costello, C. G. (1971). Anxiety and the persisting novelty of input from the autonomic nervous system. *Behavior Therapy*, 2, 321-333.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Cottraux, E., Mollard, E., Bouvard,

- M., Marks, I., Sluys, M., Nury, A. M., et al. (1990). A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 5, 17-30.
- Cottraux, J., Note, I., Yao, S. N., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., et al. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 288-297.
- Covin, R., Quimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 108-116.
- Cox, B. J., Endler, N. S., Norton, G. R., & Swinson, R. P. (1991). Anxiety sensitivity and nonclinical panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 367-369.
- Cox, B. J., Endler, N. S., Swinson, R. P., & Norton, G. R. (1992). Situations and specific coping strategies associated with clinical and nonclinical panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 67-69.
- Cox, B. J., Enns, M. W., Walker, J. R., Kjernisted, K., & Pidlubny, S. R. (2001). Psychological vulnerabilities in patients with major depression vs. panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 567-573.
- Cox, B. J., MacPherson, P. S. R., & Enns, M. W. (2005). Psychiatric correlates of childhood shyness in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1019-1027.
- Cox, B. J., Ross, L., Swinson, R. P., & Dorenfeld, D. M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behavior Modification*, 22, 285-297.
- Craske, M. G. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: Why more women than men?* Amsterdam, The Netherlands: Elsevier.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1988). A review of the relationship between panic and avoidance. *Clinical Psychology Review*, 8, 667-685.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2001). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed., pp. 1-59). New York: Guilford Press.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry: Workbook* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Craske, M. G., Farchione, T. J., Allen, L. B., Barrios, V., Stoyanova, M., & Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1095-1109.
- Craske, M. G., & Freed, S. (1995). Expectations about arousal and nocturnal panic. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 567-575.
- Craske, M. G., Lang, A. J., Aikins, D., & Mystkowski, J. L. (2005). Cognitive behavioral therapy for nocturnal panic. *Behavior Therapy*, 36, 43-54.
- Craske, M. G., Lang, A. J., Rowe, M., DeCola, J. P., Simmons, J., Mann, C., et al. (2002). Presleep attributions about arousal during sleep: nocturnal panic. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 53-62.
- Craske, M. G., Lang, A. J., Tsao, J. C., Mystkowski, J., & Rowe, M. (2001). Reactivity to interoceptive cues in nocturnal panic. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 173-190.
- Craske, M. G., Poulton, R., Tsao, J. C. I., & Plotkin, D. (2001). Paths to panic disorder/agoraphobia: An exploratory analysis from age 3 to 21 in an unselected birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 556-563.
- Craske, M. G., Rachman, S. J., & Tallman, K. (1986). Mobility, cognitions, and panic. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8, 199-210.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1988). The significance of panic-expectancy for individual patterns of avoidance. *Behavior Therapy*, 19, 577-592.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L., & Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 397-402.
- Craske, M. G., & Rowe, M. K. (1997). Nocturnal panic. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 153-174.
- Craske, M. G., Sanderson, W. C., & Barlow, D. H. (1987). The relationships among panic, fear, and avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 153-160.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 31, 1237-1247.
- Creamer, M., Foran, J., & Bell, R. (1995). The Beck Anxiety Inventory in a nonclinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 477-485.
- Crino, R. D., & Andrews, G. (1996). Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 37-46.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1683-1691.
- Cuthbert, B. N., Lang, P. J., Strauss, C., Drobos, D., Patrick, C. J., & Bradley, M. M. (2003). The psychophysiology of anxiety disorder: Fear memory imagery. *Psychophysiology*, 40, 407-422.
- Dalglish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130, 228-260.
- Dalglish, T., Cameron, C. M., Power, M. J., & Bond, A. (1995). The use of an emotional priming paradigm with clinically anxious patients. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 69-89.
- Daly, J. A., Vangelisti, A. L., & Lawrence, S. G. (1989). Self-focused attention and public speaking anxiety. *Personality and Individual Differences*, 10, 903-913.
- Davey, G. C. L. (1993). A comparison of three worry questionnaires. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 51-56.
- Davey, G. C. L. (1994). Worrying, social problem-solving abilities, and social problem-solving confidence. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 327-330.
- Davey, G. C. L. (1997). A conditioning model of phobias. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 301-322). Chichester, UK: Wiley.
- Davey, G. C. L. (2006). The Catastrophizing Interview procedure. In G. C. L. Davey & A. Wells

- (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 157–176). Chichester, UK: Wiley.
- Davey, G. C. L., Hampton, J., Farrell, J., & Davidson, S. (1992). Some characteristics of worrying: Evidence for worrying and anxiety as separate constructs. *Personality and Individual Differences*, 13, 133–147.
- Davey, G. C. L., Jubbs, M., & Cameron, C. (1996). Catastrophic worrying as a function of changes in problem-solving confidence. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 333–344.
- Davey, G. C. L., Tallis, F., & Capuzzo, N. (1996). Beliefs about the consequences of worrying. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 499–520.
- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., et al. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1005–1013.
- Davidson, P. R., & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305–316.
- Davies, M. I., & Clark, D. M. (1998a). Thought suppression produces a rebound effect with analogue post-traumatic intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 571–582.
- Davies, M. I., & Clark, D. M. (1998b). Predictors of analogue post-traumatic intrusive cognitions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 303–314.
- Davis, M. (1998). Are different parts of the extended amygdala involved in fear versus anxiety? *Biological Psychiatry*, 44, 1239–1247.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. S. (2005). The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale: Factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 573–585.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. S. (2006a). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 837–857.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. S. (2006b). A pilot study of two-day cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 807–817.
- Deacon, B. J., Lickel, J., & Abramowitz, J. S. (2008). Medical utilization across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 344–350.
- de Bruin, G. O., Muris, P., & Rassin, E. (2007). Are there specific meta-cognitions associated with vulnerability to symptoms of worry and obsessional thoughts? *Personality and Individual Differences*, 42, 689–699.
- de Jong, P. J. (2002). Implicit self-esteem and social anxiety: Differential self-favoring effects in high and low anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 501–508.
- de Jong, P. J., & Merckelbach, H. (2000). Phobia-relevant illusory correlations: The role of phobic responsivity. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 597–601.
- de Jong, P. J., Merckelbach, H., & Arntz, A. (1995). Covariation bias in phobic women: The relationship between a prior expectancy, on-line expectancy, autonomic responding, and a posteriori contingency judgment. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 55–62.
- de Jong, P. J., van den Hout, M. A., Rietbrock, H., & Huijding, J. (2003). Dissociations between implicit and explicit attitudes toward phobic stimuli. *Cognition and Emotion*, 17, 521–545.
- Demal, U., Lenz, G., Mayrhofer, A., Zapotoczky, H.-G., & Zirrler, W. (1993). Obsessive-compulsive disorder and depression: A retrospective study on course and interaction. *Psychopathology*, 26, 145–150.
- Derryberry, D., & Reed, M. A. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 225–236.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37–52.
- de Silva, P. (2003). The phenomenology of obsessive-compulsive disorder. In R. G. Menzies & P. de Silva (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 21–36). Chichester, UK: Wiley.
- Diaferia, G., Sciuto, G., Perna, G., Bernardeschi, L., Battaglia, M., Rusmini, S., et al. (1993). DSM-III-R personality disorders in panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 153–161.
- Diefenbach, G. J., Abramowitz, J. S., Norberg, M. M., & Tolin, D. F. (2007). Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3060–3068.
- Diefenbach, G. J., McCarthy-Lazere, M. E., Williamson, D. A., Mathews, A., Manguno-Mire, G. M., & Bentz, B. G. (2001). Anxiety, depression, and the content of worries. *Depression and Anxiety*, 14, 247–250.
- Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1990). Syndrome and symptom co-occurrence in the anxiety disorders. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 205–230). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (1988). Evaluation of the Social Interaction Self-Statement Test with a social phobic population. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 211–222.
- Dohrenwand, B. P., Turner, J. B., Turse, N. A., Lewis-Fernandez, R., & Yager, T. J. (2008). War-related posttraumatic stress disorder in black, Hispanic, and majority white Vietnam veterans: The roles of exposure and vulnerability. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 133–141.
- Dorfan, N. M., & Woody, S. R. (2006). Does threatening imagery sensitize distress during contaminant exposure? *Behaviour Research and Therapy*, 44, 395–413.
- Doron, G., & Kyrios, M. (2005). Obsessive compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*, 25, 415–432.
- Doron, G., Kyrios, M., & Moulden, R. (2007). *Sensitive domains of self-concept in obsessive compulsive disorder (OCD): Further evidence for a multidimensional model of cognitive vulnerability in OCD*. Unpublished manuscript, University of Melbourne, Australia.
- Dozois, D. J., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depres-

- sion Inventory—II. *Psychological Assessment*, 10, 83–89.
- Dozois, D. J. A., & Westra, H. A. (2004). The nature of anxiety and depression: Implications for prevention. In D. J. A. Dozois & K. S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research and practice* (pp. 9–41). Washington, DC: American Psychological Press.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143–163). New York: Guilford Press.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593–606.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Provencher, M., & Boisvert, J.-M. (1998). Worry themes in primary GAD, secondary GAD, and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 253–261.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215–226.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 551–558.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D., et al. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 821–825.
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 109–120.
- Dugas, M. J., Merchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 329–343.
- DuHamel, K. N., Ostroff, J., Ashman, T., Winkel, G., Mundy, E. A., Keane, T. M., et al. (2004). Construct validity of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist in cancer survivors: Analyses based on two samples. *Psychological Assessment*, 16, 255–266.
- Duke, D., Krishnan, M., Faith, M., & Storch, E. A. (2006). The psychometric properties of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 807–817.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809–829.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063–1084.
- Dupuy, J.-B., Beaudoin, S., Rhéaume, J., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (2001). Worry: Daily self-report in clinical and non-clinical populations. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1249–1255.
- Dupuy, J.-B., & Ladouceur, R. L. (2008). Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 505–514.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., MacDonald, R. R., Power, K. G., & Major, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8–14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine*, 33, 499–509.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., Power, K. G., Sharp, D. M., MacDonald, R. R., Major, K. A., et al. (2005). Long-term outcome of cognitive behavior therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technology Assessment*, 9, 1–174.
- Durham, R. C., Fisher, P. L., Dow, M. G. T., Sharp, D., Power, K. G., Swan, J. S., et al. (2004). Cognitive behaviour therapy for good and poor prognosis generalized anxiety disorder: A clinical effectiveness study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 145–157.
- Durham, R. C., Fisher, P. L., Trelling, L. R., Hau, C. M., Richard, K., & Stewart, J. B. (1999). One year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder: Symptom change, medication usage and attitudes to treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 19–35.
- Durham, R. C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Trelling, L. A., & Fenton, G. W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 315–323.
- Durham, R. C., & Turvey, A. A. (1987). Cognitive therapy vs. behavior therapy in the treatment of chronic generalized anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 229–234.
- Dyck, I. R., Phillips, K. A., Warshaw, M. G., Dolan, R. T., Shea, M. T., Stout, R. L., et al. (2001). Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Journal of Personality Disorders*, 15, 60–71.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York: Springer.
- Easterbrook, J. A. (1959). The effect of emotion on cue utilization and the organization of behavior. *Psychological Review*, 66, 183–201.
- Eaton, W. W., Dryman, A., & Weissman, M. M. (1991). Panic and phobia. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp. 155–179). New York: Free Press.
- Eaton, W. W., Kessler, R. C., Wittchen, H.-U., & Magee, W. J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 151, 413–420.
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 1011–1030.
- Edelmann, R. J. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. Chichester, UK: Wiley.
- Edwards, M. S., Burt, J. S., & Lipp,

- O. V. (2006). Selective processing of masked and unmasked verbal threat material in anxiety: Influence of an immediate acute stressor. *Cognition and Emotion*, 20, 812-835.
- Ehlers, A. (1995). A 1-year prospective study of panic attacks: Clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 164-172.
- Ehlers, A., & Breuer, P. (1992). Increased cardiac awareness in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 371-382.
- Ehlers, A., Breuer, P., Dohm, D., & Fiegenbaum, W. (1995). Heartbeat perception and panic disorder: Possible explanations for discrepant findings. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 69-76.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., et al. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024-1032.
- Ehlers, A., Margraf, J., Davies, S., & Roth, W. T. (1988). Selective processing of threat cues in subjects with panic attacks. *Cognition and Emotion*, 2, 201-219.
- Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217-249.
- Ehnholt, K. A., Salkovskis, P. M., & Rimes, K. A. (1999). Obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and self-esteem: An exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 771-781.
- Ehring, T., Ehlers, A., & Glucksmann, E. (2006). Contribution of cognitive factors to the prediction of post-traumatic stress disorder, phobia and depression after motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1699-1716.
- Eifert, G. H., Zvolensky, M. J., & Lejuez, C. W. (2000). Heart-focused anxiety and chest pain: A conceptual and clinical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 403-417.
- Ekman, P. (1999). Basic emotions. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 45-60). Chichester, UK: Wiley.
- Elliott, D. M. (1997). Traumatic events: Prevalence and delayed recall in the general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 811-820.
- Elssesser, K., Sartory, G., & Tackenberg, A. (2004). Attention, heart rate, and startle response during exposure to trauma-relevant pictures: A comparison of recent trauma victims and patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 289-301.
- Elting, D. T., & Hope, D. A. (1995). Cognitive assessment. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 232-258). New York: Guilford Press.
- Emmelkamp, P. M. G., & Aardema, A. (1999). Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139-145.
- Emmelkamp, P. M. G., van Oppen, P., & van Balkom, A. J. L. M. (2002). Cognitive changes in patients with obsessive compulsive rituals treated with exposure in vivo and response prevention. In R. O. Frost & G. S. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 392-401). Oxford, UK: Elsevier Press.
- Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1058-1068.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Kindt, M., Arntz, A., & Schouten, E. (2003). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 67-78.
- Eriksson, C. B., Vande Kemp, H., Gorsuch, R., Hoke, S., & Foy, D. W. (2001). Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 205-212.
- Eysenck, H. J. (1979). The conditioning model of neurosis. *Behavioral and Brain Sciences*, 2, 155-199.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior & Adult)*. Sevenoaks, UK: Hodder and Stoughton.
- Eysenck, H. J., & Rachman, S. (1965). *The causes and cures of neurosis*. San Diego, CA: Knapp.
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Eysenck, M. W., & Byrne, A. (1994). Implicit memory bias, explicit memory bias, and anxiety. *Cognition and Emotion*, 8, 415-431.
- Eysenck, M. W., Mogg, K., May, J., Richards, A., & Mathews, A. (1991). Bias in interpretation of ambiguous sentences related to threat in anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 144-150.
- Falsetti, S. A., Monnier, J., & Resnick, H. S. (2005). Intrusive thoughts in posttraumatic stress disorder. In D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 30-53). New York: Guilford Press.
- Fama, J., & Wilhelm, S. (2005). Formal cognitive therapy: A new treatment for OCD. In J. S. Abramowitz & A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 263-281). New York: Springer.
- Faravelli, C., & Pallanti, S. (1989). Recent life events and panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 622-626.
- Faravelli, C., Pallanti, S., Biondi, F., Paterniti, S., & Scarpato, M. A. (1992). Onset of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 827-828.
- Faravelli, C., Paterniti, S., & Scarpato, A. (1995). Five-year prospective, naturalistic follow-up study of panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 271-277.
- Fava, G. A., Zielezny, M., Savron, G., & Grandi, S. (1995). Long-term effects of behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 166, 87-92.
- Feeny, N. C., & Foa, E. B. (2006). Cognitive vulnerability to PTSD. In L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability*

- to emotional disorders (pp. 285–301). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Fehm, L., & Hoyer, J. (2004). Measuring thought control strategies: The Thought Control Questionnaire and a look beyond. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 105–117.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522–527.
- Ferrier, S., & Brewin, C. (2005). Feared identity and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1363–1374.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695–720.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (2000). A review of assessment measures for obsessive-compulsive disorder. In W. K. Goodman, M. V. Rudorf, & J. D. Maser (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment* (pp. 157–182). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Field, A. P., Psychol, C., & Morgan, J. (2004). Post-event processing and the retrieval of autobiographical memories in socially anxious individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 647–663.
- Field, E. L., Norman, P., & Barton, J. (2008). Cross-sectional and prospective associations between cognitive appraisals and posttraumatic stress disorder symptoms following stroke. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 62–70.
- Fields, L., & Prinz, R. J. (1997). Coping and adjustment during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 17, 937–976.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)—Clinical Version*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition (SCID-I/NP)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Fisher, P. L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalized anxiety disorder? In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 359–377). Chichester, UK: Wiley.
- Fisher, P. L., & Durham, R. C. (1999). Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: An analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*, 29, 1425–1434.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821–829.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906–911.
- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 169–176.
- Foa, E. B., Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 30, 717–724.
- Foa, E. B., Amir, N., Gershuny, B., Molnar, C., & Kozak, M. J. (1997). Implicit and explicit memory in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 119–129.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445–451.
- Foa, E. B., Davidson, J. R. T., & Frances, A. (1999). The expert consensus guideline series: Treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl. 16), 6–76.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303–314.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1998). Psychosocial treatments for obsessive-compulsive disorder: Literature review. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 258–276). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., Perry, K. J., & Herbert, J. D. (1996). Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 433–439.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Feeny, N. C., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., et al. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 953–964.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Hajcak, G., Langner, R., Kichic, R., et al. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485–496.
- Foa, E. B., Ilai, D., McCarthy, P. R., Shoyer, B., & Murdock, T. (1993). Information processing in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 173–189.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. In A. H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 421–461). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90–96.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1996). Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. In M. R. Mavissakalian & R. F. Prien (Eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (pp. 285–309). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: Client workbook*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis,

- P. M., Coles, M. E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., et al. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 151-161.
- Foa, E. B., & McNally, R. J. (1986). Sensitivity to feared stimuli in obsessive-compulsives: A dichotic listening analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 477-485.
- Foa, E. B., & McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 329-343). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Rauch, S. A. M. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 879-884.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Foa, E. B., Sacks, M. B., Tolin, D. F., Prezworski, A., & Amir, N. (2002). Inflated perception of responsibility for harm in OCD patients with and without checking compulsions: A replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 443-453.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., & Doppelt, H. G. (1983). Treatment of obsessive-compulsives: When do we fail? In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy* (pp. 10-34). New York: Wiley.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Forrester, E., Wilson, C., & Salkovskis, P. M. (2002). The occurrence of intrusive thoughts transforms meaning in ambiguous situations: An experimental study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 143-152.
- Fox, E. (1993). Attentional bias in anxiety: Selective or not? *Behaviour Research and Therapy*, 31, 487-493.
- Fox, E. (1994). Attentional bias in anxiety: A defective inhibition hypothesis. *Cognition and Emotion*, 8, 165-195.
- Fox, E. (1996). Selective processing of threatening words in anxiety: The role of awareness. *Cognition and Emotion*, 10, 449-480.
- Franklin, J. A., & Andrews, G. (1989). Stress and the onset of agoraphobia. *Australian Psychologist*, 24, 203-219.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Bux, D. A., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2002). Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 162-168.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J. T., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Randomized compared with non-randomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Franklin, M. E., Riggs, D. S., & Pai, A. (2005). Obsessive-compulsive disorder. In M. M. Antony, D. R. Ledley, & R. G. Heimberg (Eds.), *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy* (pp. 128-173). New York: Guilford Press.
- Frazier, P. A. (2003). Perceived control and distress following sexual assault: A longitudinal test of a new model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1257-1269.
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997a). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behaviour Research and Therapy*, 35, 335-348.
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997b). *The cognitive behavioral treatment of obsessions: A treatment manual*. Unpublished manuscript, École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada.
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1999). Exposure and response prevention for obsessional thoughts. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 362-383.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H., et al. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-413.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Letarte, H., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1994). Self-report of obsessions and worry. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 29-36.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population: I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1992). Cognitive intrusions in a non-clinical population: II. Associations with depressive, anxious, and compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 263-271.
- Freeston, M. H., Léger, E., & Ladouceur, R. (2001). Cognitive therapy of obsessive thoughts. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 61-78.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., et al. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025-1035.
- Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Mennin, D. S., & Turk, C. L. (2002). Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 313-323.
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2003). Using the Penn State Worry Questionnaire to identify individuals with generalized anxiety disorder: A receiver operating characteris-

- tic analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 283-291.
- Freud, S. (1955). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. In J. Strachey (Ed., & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 10, pp. 3-149). London: Hogarth Press. (Original work published 1909)
- Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., & Lanius, R. A. (2008). Neuroimaging studies of psychological interventions for mood and anxiety disorders: Empirical findings and methodological review. *Clinical Psychology Review*, 28, 228-246.
- Friedman, B. H., & Thayer, J. F. (1998). Anxiety and autonomic flexibility: A cardiovascular approach. *Biological Psychology*, 47, 243-263.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., & Keane, T. M. (2007). PTSD: Twenty-five years of progress and challenges. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 3-18). New York: Guilford Press.
- Friedman, S., Smith, L., Fogel, D., Paradis, C., Viswanathan, R., Ackerman, R., et al. (2002). The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: A comparison with other psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 259-272.
- Friedman, S., Smith, L. C., Halpern, B., Levine, C., Paradis, C., Viswanathan, R., et al. (2003). Obsessive-compulsive disorder in a multi-ethnic urban outpatient clinic: Initial presentation and treatment outcome with exposure and ritual prevention. *Behavior Therapy*, 34, 397-410.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Frost, R. O., Novara, C., & Rhéaume, J. (2002). Perfectionism in obsessive compulsive disorder. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 92-105). Oxford, UK: Elsevier.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (Eds.). (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier.
- Fyer, M. R., Uy, J., Martinez, J., Goetz, R., Klein, D. F., Fyer, A., et al. (1987). CO₂ challenge of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1080-1082.
- Fydrich, T., Dowdall, D., & Chambless, D. L. (1992). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 55-61.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., et al. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- Galea, S., Brewin, C. R., Gruber, M., Jones, R. T., King, D. W., King, L. A., et al. (2007). Exposure to hurricane-related stress and mental illness after Hurricane Katrina. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1427-1434.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., et al. (2003). Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158, 514-524.
- Gardenswartz, C. A., & Craske, M. G. (2001). Prevention of panic disorder. *Behavior Therapy*, 32, 725-737.
- Gardner, C. R., Tully, W. R., & Hedgecock, C. J. R. (1993). The rapidly expanding range of neuronal benzodiazepine receptor ligands. *Progressive Neurobiology*, 40, 1-61.
- Garner, M., Mogg, K., & Bradley, B. P. (2006). Fear-relevant selective associations and social anxiety: Absence of a positive bias. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 201-217.
- Gaskell, S. L., Wells, A., & Calam, R. (2001). An experimental investigation of thought suppression and anxiety in children. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 45-56.
- Gater, R., Tansella, M., Korten, A., Tiemens, B. G., Mavreas, V. G., & Olatawura, M. O. (1998). Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: Report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Archives of General Psychiatry*, 55, 405-413.
- Geller, D. A. (1998). Juvenile obsessive-compulsive disorder. In M. A. Jenicke, L. Baer, & W. E. Minichiello (Eds.), *Obsessive-compulsive disorders: Practical management* (3rd ed., pp. 44-64). St. Louis: Mosby.
- Genest, M., Bowen, R. C., Dudley, J., & Keegan, D. (1990). Assessment of strategies for coping with anxiety: Preliminary investigations. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 1-14.
- George, L., & Stopa, L. (2008). Private and public self-awareness in social anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 57-72.
- Geraerts, E., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Smeets, E. (2006). Long term consequences of suppression of anxious thoughts and repressive coping. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1451-1460.
- Germer, C. K. (2005). Anxiety disorders: Befriending fear. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 152-172). New York: Guilford Press.
- Gershuny, B. S., & Sher, K. J. (1998). The relation between personality and anxiety: Findings from a 3-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 252-262.
- Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24, 256-263.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.
- Gilboa-Schechtman, E., Foa, E. B., & Amir, N. (1999). Attentional biases for facial expressions in social phobias: The face-in-the-crowd paradigm. *Cognition and Emotion*, 13, 305-318.
- Gillis, M. M., Haaga, D. A. F., & Ford, G. T. (1995). Normative values for the Beck Anxiety Inventory, Fear Questionnaire, Penn State Worry Questionnaire, and Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 7, 450-455.
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., Michell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K. A., & Austin, M.-P. (2005). A Brief Measure of Worry Severity (BMWS): Personality and clinical correlates of severe worri-

- ers. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 877-892.
- Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Biever, J. L., & Larsen, K. H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- Goisman, R. M., Warshaw, M. G., Peterson, L. G., Rogers, M. P., Cuneo, P., Hunt, M. F., et al. (1994). Panic, agoraphobia, and panic disorders with agoraphobia: Data from a multicenter anxiety disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 72-79.
- Gökalp, P. G., Tükel, R., Solmaz, D., Demir, T., Kiziltan, E., Demir, D., et al. (2001). Clinical features and co-morbidity of social phobias in Turkey. *European Psychiatry*, 16, 115-121.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., et al. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., et al. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodwin, R. D. (2002). Anxiety disorders and the onset of depression among adults in the community. *Psychological Medicine*, 32, 1121-1124.
- Gortner, E.-M., Rude, S. S., & Pennebaker, J. W. (2006). Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Behavior Therapy*, 37, 292-303.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J., & Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 908-919.
- Gotlib, I. H., Kasch, K. L., Traill, S., Joermann, J., Arnow, B. A., & Johnson, S. L. (2004). Coherence and specificity of information-processing biases in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 386-398.
- Gotlib, I. H., Krasnoperova, E., Joermann, J., & Yue, D. N. (2004). Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 127-135.
- Gould, R. A., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819-844.
- Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.
- Gould, R. A., Safren, S. A., Washington, D. O., & Otto, M. W. (2004). A meta-analytic review of cognitive-behavioral treatments. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 248-264). New York: Guilford Press.
- Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K.-L., Keeley, M. L., Geffken, G. R., et al. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1-17.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., et al. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 1-9.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, P., Dufour, M. C., Compton, W., et al. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816.
- Grant, D. M., & Beck, J. G. (2006). Attentional biases in social anxiety and dysphoria: Does comorbidity make a difference? *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 520-529.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress* (2nd ed.). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gray, J. A. (1999). Cognition, emotion, conscious experience and the brain. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 83-102). Chichester, UK: Wiley.
- Gray, J. A., & McNaughton, N. (1996). The neuropsychology of anxiety: Reprise. In D. A. Hope (Ed.), *Nebraska symposium on motivation: Vol. 43. Perspectives on anxiety, panic, and fear* (pp. 61-134). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Greenberg, M. S., & Alloy, L. B. (1989). Depression versus anxiety: Processing of self- and other-referent information. *Cognition and Emotion*, 3, 207-223.
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R. T., et al. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 427-435.
- Greenberg, R. L. (1989). Panic disorder and agoraphobia. In J. M. G. Williams & A. T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook* (pp. 25-49). London: Croom Helm.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.
- Grey, S., & Mathews, A. (2000). Effects of training on interpretation of emotional ambiguity. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 53A, 1143-1162.
- Griffin, M. G., Uhlmann, M. H., Resick, P. A., & Mechanic, M. B. (2004). Comparison of the Post-traumatic Stress Disorder Scale versus the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale in domestic violence survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 497-503.
- Grillon, C. (2002). Startle reactivity and anxiety disorders: Aversive conditioning, context, and neurobiology. *Biological Psychiatry*, 52, 958-975.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Gross, P. R., & Eifert, G. H. (1990). Delineating generalized anxiety: A preliminary investigation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12, 345-358.

- Guthrie, R., & Bryant, R. (2000). Attempting suppression of traumatic memories over extended periods in acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 899-907.
- Guy, W. (1976). *NCDEU assessment manual for psychopharmacology* (DHSS Publication No. ADM-91-338). Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Hackmann, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: A study of spontaneously occurring images on social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 3-12.
- Haines, A. P., Imeson, J. D., & Meade, T. W. (1987). Phobic anxiety and ischaemic heart disease. *British Medical Journal*, 295, 297-299.
- Hajcak, G., Huppert, J. D., Simmons, R. F., & Foa, E. B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 115-123.
- Halligan, S. L., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2002). Cognitive processing, memory, and the development of PTSD symptoms: Two experimental analogue studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 73-89.
- Halligan, S. L., Michael, T., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Post-traumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 419-431.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-61.
- Hammen, C. (1988). Depression and cognitions about personal stressful life events. In L. B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., & Siler, M. (2001). A prospective test of the hopelessness theory of depression in adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 607-632.
- Hansson, L. (2002). Quality of life in depression and anxiety. *International Review of Psychiatry*, 14, 185-189.
- Hardy, A., & Brewin, C. R. (2005). The role of thought suppression in the development of obsessions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 61-69.
- Hare, T. A., Tottenham, N., Davidson, M. C., Glover, G. H., & Casey, B. J. (2005). Contributions of amygdala and striatal activity in emotional regulation. *Biological Psychiatry*, 57, 624-632.
- Hariri, A. R., Mattay, V. S., Tessitore, A., Fera, F., & Weinberger, D. R. (2003). Neocortical modulation of the amygdala response to fearful stimuli. *Biological Psychiatry*, 53, 494-501.
- Harvey, A. G. (2003). The attempted suppression of presleep cognitive activity in insomnia. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 593-602.
- Harvey, A. G. (2005). Unwanted intrusive thoughts in insomnia. In D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 86-118). New York: Guilford Press.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998a). The effect of attempted thought suppression in acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 583-590.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998b). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1999). The role of anxiety in attempted thought suppression following exposure to distressing or neutral stimuli. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 39-52.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (2002). Acute stress disorder: A synthesis and critique. *Psychological Bulletin*, 128, 886-902.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- Harvey, A. G., Ehlers, A., & Clark, D. M. (2005). Learning history in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 257-271.
- Harvey, J. M., Richards, J. C., Dziedzic, T., & Swindell, A. (1993). Misinterpretation of ambiguous stimuli in panic disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 235-248.
- Haslam, N., Williams, B. J., Kyrios, M., McKay, D., & Taylor, S. (2005). Subtyping obsessive-compulsive disorder: A taxometric analysis. *Behavior Therapy*, 36, 381-391.
- Hauri, P. J., Friedman, M., & Ravaris, C. L. (1989). Sleep in patients with spontaneous panic attacks. *Sleep*, 12, 323-337.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance, and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Butting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior therapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C., Blair-Greiner, A., Strachowski, D., Canning, D., et al. (1997). Assessment and phenomenology of nonclinical panic attacks in adolescent girls. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 17-32.
- Hayward, P., Ahmad, T., & Wardle, J. (1994). Into the dangerous world: An *in vivo* study of information

- processing in agoraphobics. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 307-315.
- Hazlett-Stevens, H., & Borkovec, T. D. (2004). Interpretative cues and ambiguity in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 881-892.
- Hazlett-Stevens, H., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). The relationship of thought-action fusion to pathological worry and generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1199-1204.
- Headland, K., & McDonald, B. (1987). Rapid audio-tape treatment of obsessional rumination: A case report. *Behavioural Psychotherapy*, 15, 188-192.
- Heckelman, L. R., & Schneier, F. R. (1995). Diagnostic issues. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 3-20). New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G. (1996). Social phobia, avoidant personality disorder and the multiaxial conceptualization of interpersonal anxiety. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive and behavioural therapies* (pp. 43-61). Chichester, UK: Wiley.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., et al. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.
- Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 261-309). New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Klosko, J. S., Dodge, C. S., Shadick, R., Becker, R. E., & Barlow, D. H. (1989). Anxiety disorders, depression, and attributional style: A further test of the specificity of depressive attributions. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 21-36.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., et al. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- Heimberg, R. G., Makris, G. S., Juster, H. R., Öst, L.-G., & Rapee, R. M. (1997). Social phobia: A preliminary cross-national comparison. *Depression and Anxiety*, 5, 130-133.
- Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2002). Assessment of social phobia. In R. G. Heimberg & R. E. Becker (Eds.), *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies* (pp. 107-126). New York: Guilford Press.
- Heinrichs, N., & Hofmann, S. G. (2001). Information processing in social phobia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 21, 751-770.
- Heinrichs, N., & Hofmann, S. G. (2004). Encoding processes in social anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 57-74.
- Heiser, N. A., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2003). Shyness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 209-221.
- Heldt, E., Manfro, G. G., Kipper, L., Blaya, C., Isolan, L., & Otto, M. W. (2006). One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: Outcome and predictors of remission. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 657-665.
- Hembree, E. A., & Foa, E. B. (2004). Promoting cognitive changes in posttraumatic stress disorder. In M. A. Reinecke & D. A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice* (pp. 231-257). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Henderson, L., & Zimbardo, P. (2001). Shyness, social anxiety, and social phobia. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 46-64). Boston: Allyn & Bacon.
- Henning, E. R., Turk, C. L., Menhin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 342-349.
- Herbert, J. D., Hope, D. A., & Belack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332-339.
- Herbert, J. D., Rheingold, A. A., Gaudiano, B. A., & Myers, V. H. (2004). Standard versus extended cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: A randomized-controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 131-147.
- Hermann, C., Ofer, J., & Flor, H. (2004). Covariation bias for ambiguous social stimuli in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 646-653.
- Hettema, J. M., Kuhn, J. W., Prescott, C. A., & Kendler, K. (2006). The impact of generalized anxiety disorder and stressful life events on risk for major depressive episodes. *Psychological Medicine*, 36, 789-795.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568-1578.
- Hewitt, P. L., & Norton, G. R. (1993). The Beck Anxiety Inventory: A psychometric analysis. *Psychological Assessment*, 5, 408-412.
- Hibbert, G. A. (1984). Ideational components of anxiety: Their origin and content. *British Journal of Psychiatry*, 144, 618-624.
- Hinrichsen, H., & Clark, D. M. (2003). Anticipatory processing in social anxiety: Two pilot studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 205-218.
- Hirsch, C. R., & Clark, D. M. (2004). Information-processing bias in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 799-825.
- Hirsch, C. R., Clark, D. M., & Mathews, A. (2006). Imagery and interpretations in social phobia: Support for the combined cognitive biases hypothesis. *Behavior Therapy*, 37, 223-236.
- Hirsch, C. R., Clark, D. M., Williams, R., & Morrison, J. A. (2005). Interview anxiety: Taking the perspective of a confident other changes inferential processing. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 1-12.
- Hirsch, C. R., Hayes, S., & Mathews,

- A. (2009). Looking on the bright side: Accessing benign meanings reduces worry. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 44–54.
- Hirsch, C. R., & Mathews, A. (1997). Interpretative inferences when reading about emotional events. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1123–1132.
- Hirsch, C. R., & Mathews, A. (2000). Impaired positive inferential bias in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 705–712.
- Hirsch, C. R., Meynen, T., & Clark, D. M. (2004). Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory*, 12, 496–506.
- Hiss, H., Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1994). Relapse prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 801–808.
- Hoch-Saric, R., McLeod, D. R., Funderburk, F., & Kowalski, P. (2004). Somatic symptoms and physiological responses in generalized anxiety disorder and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 61, 913–921.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. J. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389–395.
- Hoffman, D. L., Dukes, E. M., & Wittchen, H.-U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 72–90.
- Hofmann, S. G. (2004a). The cognitive model of panic. In M. A. Reinecke & D. A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice* (pp. 117–137). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hofmann, S. G. (2004b). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 392–399.
- Hofmann, S. G. (2005). Perception of control over anxiety mediates the relation between catastrophic thinking and social anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 885–895.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1–16.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 454–476). New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1995). Conditioning theory: A model for the etiology of public speaking anxiety? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 567–571.
- Hofmann, S. G., Schulz, S. M., Meuret, A. E., Moscovitch, D. A., & Suvak, M. (2006). Sudden gains during therapy of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 687–697.
- Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 295, 1023–1032.
- Hohagen, F., Winkelmann, G., Rasche-Rauchle, H., Hand, I., König, A., Münchau, N., et al. (1998). Combination of behavior therapy with fluvoxamine in comparison with behavior therapy and placebo: Results of a multicentre study. *British Journal of Psychiatry*, 173(Suppl. 35), 71–78.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 158–174.
- Holaway, R. M., Rodebaugh, T. L., & Heimberg, R. G. (2006). The epidemiology of worry and generalized anxiety disorder. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 4–20). Chichester, UK: Wiley.
- Hollifield, M., Hewage, C., Gunawardena, C. N., Kodituwakku, P., Bopagoda, K., & Weeraratne, K. (2008). Symptoms and coping in Sri Lanka 20–21 months after the 2004 tsunami. *British Journal of Psychiatry*, 192, 39–44.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285–315.
- Holloway, W., & McNally, R. J. (1987). Effects of anxiety sensitivity on the response to hyperventilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 330–334.
- Holmes, E. A., Arntz, A., & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behavior therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 297–305.
- Holmes, E. A., Mathews, A., Dalgleish, T., & Mackintosh, B. (2006). Positive interpretation training: Effects of mental imagery versus verbal training on positive mood. *Behavior Therapy*, 37, 237–247.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318–325.
- Holt, P. E., & Andrews, G. (1989). Hyperventilations and anxiety in panic disorder, social phobia, GAD and normal controls. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 453–460.
- Holwerda, T. J., Schoevers, R. A., Dekker, J., Deeg, D. J. H., Jonker, C., & Beekman, A. T. F. (2007). The relationship between generalized anxiety disorder, depression and mortality in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 241–249.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H. R., & Turk, C. L. (2000). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach. Client workbook*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2006). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hope, D. A., Laguna, L. B., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1996–1997). Relationship between ADIS Clinician's Severity Rating and self-report measures among social phobics. *Depression and Anxiety*, 4, 120–125.
- Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G., & Dombek, M. J. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 177–189.
- Höping, W., & de Jong-Meyer, R. (2003). Differentiating unwanted intrusive thoughts from thought suppression: What does the White

- Bear Suppression Inventory measure? *Personality and Individual Differences*, 34, 1049-1055.
- Horowitz, M. J. (2001). *Stress response syndromes* (4th ed.). Northvale, NJ: Aronson.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Horwath, E., Johnson, J., & Hornig, C. D. (1993). Epidemiology of panic disorder in African-Americans. *American Journal of Psychiatry*, 150, 465-469.
- Howell, A., & Conway, M. (1992). Mood and the suppression of positive and negative self-referent thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 535-555.
- Hoyer, J., Becker, E. S., Neumer, S., Soeder, U., & Margraf, J. (2002). Screening for anxiety in an epidemiological sample: Predictive accuracy of questionnaires. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 113-134.
- Hoyer, J., Becker, E. S., & Roth, W. T. (2001). Characteristics of worry in GAD patients, social phobics, and controls. *Depression and Anxiety*, 13, 89-96.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 51-74). New York: Guilford Press.
- Hunt, C., Slade, T., & Andrews, G. (2004). Generalized anxiety disorder and major depression disorder comorbidity in the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Depression and Anxiety*, 20, 23-31.
- Hunt, S., Wisocki, P., & Yanko, J. (2003). Worry and use of coping strategies among older and younger adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 547-560.
- Huppert, J. D., Walther, M. R., Hajcak, G., Yadin, E., Foa, E. B., Simpson, H. B., et al. (2007). The OCI-R: Validation of the subscales in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 394-406.
- Ikin, J. F., Sim, M. R., McKenzie, D. P., Horsley, K. W. A., Wilson, E. J., Moore, M. R., et al. (2007). Anxiety, post-traumatic stress disorder and depression in Korean War veterans 50 years after the war. *British Journal of Psychiatry*, 190, 475-483.
- IMS. (2004). Liptor leads the way in 2003. Retrieved May 31, 2004, from www.ims-global.com.
- Ingham, J. G., Kreitman, N. B., Miller, P. McC., Sashidharan, S. P., & Surtees, P. G. (1986). Self-esteem, vulnerability and psychiatric disorder in the community. *British Journal of Psychiatry*, 148, 375-385.
- Ingram, R. E. (1990). Attentional nonspecificity in depressive and generalized anxious affective states. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 25-35.
- Ingram, R. E., Kendall, P. C., Smith, T. W., Donnell, C., & Ronan, K. (1987). Cognitive specificity in emotional disorders. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 734-742.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Ingram, R. E., & Price, J. M. (2001). The role of vulnerability in understanding psychopathology. In R. E. Ingram & J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: Risks across the lifespan* (2nd ed., pp. 3-19). New York: Guilford Press.
- Ishiyama, F. I. (1984). Shyness: Anxious social sensitivity and self-isolation tendency. *Adolescence*, 19, 903-911.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1184-1190.
- Jacobson, E. (1968). *Progressive relaxation: A physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice*. Chicago: University of Chicago Press.
- Janeck, A. S., & Calamari, J. E. (1999). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 497-509.
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 181-195.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jenkins, R., Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., et al. (1997). The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain: Initial findings from the Household Survey. *Psychological Medicine*, 27, 775-789.
- Jeon, H. J., Suh, T., Lee, H. J., Hahm, B.-J., Lee, J.-J., Cho, S.-J., et al. (2007). Partial versus full PTSD in the Korean community: Prevalence, duration, correlates, comorbidity, and dysfunction. *Depression and Anxiety*, 24, 577-585.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1333.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Personality disorders evident by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 408-426.
- Johnson, J. G., & Miller, S. M. (1990). Attributional, life-event, and affective predictors of onset of depression, anxiety, and negative attributional style. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 417-430.
- Joiner, T. E., Steer, R. A., Beck, A. T., Schmidt, N. B., Rudd, M. D., & Catanzaro, S. J. (1999). Physiological hyperarousal: Construct validity of a central aspect of the tripartite model of depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 290-298.
- Jolly, J. B., Dyck, M. J., Kramer, T. A., & Wherry, J. N. (1994). Integration of positive and negative affectivity and cognitive content-specificity: Improved discrimination of anxious and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 544-552.
- Jolly, J. B., & Dykman, R. A. (1994). Using self-report data to differentiate anxious and depressive symptoms in adolescents: Cognitive content-specificity and global

- distress? *Cognitive Therapy and Research*, 18, 25-37.
- Jolly, J. B., & Kramer, T. A. (1994). The hierarchical arrangement of internalizing cognitions. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 1-14.
- Jones, M. K., & Menzies, R. G. (1998). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for obsessive-compulsive washers: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 959-970.
- Jones, W. H., Briggs, S. R., & Smith, T. G. (1986). Shyness: Conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 629-639.
- Jortman, J., & Stöber, J. (1997). Measuring facets of worry: A LISREL analysis of the Worry Domains Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 23, 827-837.
- Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 27, 366-383.
- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41, 1205-1216.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantam Dell.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kaler, M. E., Frazier, P. A., Anders, S. L., Tashiro, T., Tomich, P., Tennen, H., et al. (2008). Assessing the psychometric properties of the World Assumptions Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 326-332.
- Kamieniecki, G. W., Wade, T., & Tsourtos, G. (1997). Interpretative bias for benign sensations in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 141-156.
- Kampman, M., Keijsers, G. P. J., Verbraak, M. J. P. M., Naring, G., & Hoogduin, C. A. L. (2002). The emotional Stroop: A comparison of panic disorder patients, obsessive-compulsive patients, and normal controls, in two experiments. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 425-441.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2005). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 360-364.
- Karajci, B., Rifkin, A., Doddi, S., & Kolli, R. (1990). The prevalence of anxiety disorders in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Psychiatry*, 147, 200-201.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Kaspi, S. P., McNally, R. J., & Amir, N. (1995). Cognitive processing of emotional information in post-traumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 433-444.
- Katerndahl, D. A. (1993). Panic and prolapse: Meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 539-544.
- Katerndahl, D. A., & Realini, J. P. (1993). Lifetime prevalence of panic states. *American Journal of Psychiatry*, 150, 246-249.
- Katerndahl, D. A., & Realini, J. P. (1995). Where do panic attack sufferers seek care? *Journal of Family Practice*, 40, 237-243.
- Katerndahl, D. A., & Realini, J. P. (1997). Comorbid psychiatric disorders in subjects with panic attacks. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 669-674.
- Katon, W., Hall, M. L., Russo, J., Cormier, L., Hollifield, M., Vitaliano, P. P., et al. (1988). Chest pain: Relationship of psychiatric illness to coronary arteriographic results. *American Journal of Medicine*, 84, 1-9.
- Katon, W., Vitaliano, P. P., Russo, J., Cormier, L., Anderson, K., & Jones, M. (1986). Panic disorder: Epidemiology in primary care. *The Journal of Family Practice*, 23, 233-239.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189-202.
- Kazantzis, N., & L'Abate, L. (Eds.). (2006). *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice, and prevention*. New York: Springer.
- Keane, T. M., & Barlow, D. H. (2002). Posttraumatic stress disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 418-453). New York: Guilford Press.
- Keane, T. M., Brief, D. J., Pratt, E. M., & Miller, M. W. (2007). Assessment of PTSD and its comorbidities in adults. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 279-305). New York: Guilford Press.
- Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
- Keane, T. M., Kolb, L. C., Kaloupek, D. G., Orr, S. P., Blanchard, E. B., Thomas, R. G., et al. (1998). Utility of psychophysiological measurement in the diagnosis of post-traumatic stress disorder: Results from a Department of Veterans Affairs cooperative study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 914-923.
- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: A clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(Suppl. 417), 85-94.
- Kelly, A. E., & Kahn, J. H. (1994). Effects of suppression of personal intrusive thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 998-1006.
- Kelly, M. M., Forsyth, J. P., & Kar-

- ekla, M. (2006). Sex differences in response to a panicogenic challenge procedure: An experimental evaluation of panic vulnerability in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1421-1430.
- Ken, W. L., Paller, A., & Zinbarg, R. E. (2008). Conscious intrusion of threat information via unconscious priming in anxiety. *Cognition and Emotion*, 22, 44-62.
- Kenardy, J., & Taylor, C. B. (1999). Expected versus unexpected panic attacks: A naturalistic prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 435-445.
- Kenardy, J. A., Dow, M. G. T., Johnston, D. W., Newman, M. G., Thomson, A., & Taylor, C. B. (2003). A comparison of delivery methods of cognitive-behavioral therapy for panic disorder: An international multicenter trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1068-1075.
- Kendall, P. C., & Ingram, R. E. (1989). Cognitive-behavioral perspectives: Theory and research in depression and anxiety. In P. C. Kendall & D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (pp. 27-53). San Diego: Academic Press.
- Kendler, K. S., Heath, A. C., Martin, N. G., & Eaves, L. J. (1987). Symptoms of anxiety and symptoms of depression: Same genes, different environments? *Archives of General Psychiatry*, 44, 451-457.
- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60, 789-796.
- Kendler, K. S., Myers, J., & Prescott, C. A. (2002). The etiology of phobias: An evaluation of the stress-diathesis model. *Archives of General Psychiatry*, 59, 242-248.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992a). Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes, (partly) different environments? *Archives of General Psychiatry*, 49, 716-722.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992b). The genetic epidemiology of phobia in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 52, 374-383.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Robertson, M. S., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119.
- Kessler, R. C., & Frank, R. (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 27, 861-873.
- Kessler, R. C., Herringa, S., Lakoma, M. D., Perukhova, M., Rupp, A. E., Schoenbaum, M., et al. (2008). Individual and societal effects of mental disorders on earnings in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 165, 703-711.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Shanyang, Z., Nelson, B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168 (suppl. 30), 17-30.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R. C., Stein, M. B., & Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 613-619.
- Kessler, R. C., Walters, E. E., & Wittchen, H.-U. (2004). Epidemiology. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 29-50). New York: Guilford Press.
- Khan, A. A., Jacobson, K. C., Gardner, C. O., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2005). Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 186, 190-196.
- Khawaja, N. G., & Oei, T. P. S. (1992). Development of a catastrophic cognition questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 305-318.
- Khawaja, N. G., & Oei, T. P. S. (1998). Catastrophic cognitions in panic disorder with and without agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 18, 341-365.
- Khawaja, N. G., Oei, T. P. S., & Baglioni, A. J. (1994). Modification of the Catastrophic Cognitions Questionnaire (CCQ-M) for normals and patients: Exploratory and LISERAL analyses. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 325-342.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acerno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 692-700.
- Kimble, N. A. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*, 28, 592-612.
- Kircanski, K., Craske, M. G., & Bjork, R. A. (2008). Thought suppression enhances memory bias for threat material. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-27.
- Kline, P. (1968). Obsessional traits, obsessional symptoms and anal eroticism. *British Journal of Medical Psychology*, 41, 299-304.
- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82, 1-25.

- Kobak, K. A., Greist, J. H., Jefferson, J. W., Katzelnick, D. J., & Henk, H. J. (1998). Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychopharmacology*, 136, 205-216.
- Kobak, K. A., Reynolds, W. M., & Greist, J. H. (1993). Development and validation of a computer-administered version of the Hamilton Anxiety Scale. *Psychological Assessment*, 5, 487-492.
- Kocovski, N. L., & Endler, N. S. (2000). Social anxiety, self-regulation, and fear of negative evaluation. *European Journal of Personality*, 14, 347-358.
- Kocovski, N. L., Endler, N. S., Rector, N. A., & Flett, G. L. (2005). Ruminative coping and post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 971-984.
- Kocovski, N. L., & Rector, N. A. (2008). Post-event processing in social anxiety disorder: Idiosyncratic priming in the course of CBT. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 23-36.
- Koenen, K. C., Stellman, S. D., Sommer, J. F., & Stellman, J. M. (2008). Persisting posttraumatic stress disorder symptoms and their relationship to functioning in Vietnam veterans: A 14-year follow-up. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 49-57.
- Koenen, K. C., Stellman, J. M., Stellman, S. D., & Sommer, J. F. (2003). Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: A 14-year follow-up of American Legionnaires. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 980-986.
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2006). A cognitive model of generalized anxiety disorder: The role of intolerance of uncertainty. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 202-216). Chichester, UK: Wiley.
- Kollman, D. M., Brown, T. A., Livrant, G. I., & Hofmann, S. G. (2006). A taxometric investigation of the latent structure of social anxiety disorder in outpatients with anxiety and mood disorders. *Depression and Anxiety*, 23, 190-199.
- Kolts, R. L., Robinson, A. M., & Tracy, J. J. (2004). The relationship of sociotropy and autonomy to posttraumatic cognitions and PTSD symptomatology in trauma survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 53-63.
- Koren, D., Arnon, I., & Klein, E. (1999). Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: A one-year prospective, follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 367-373.
- Koster, E. H. W., Crombez, G., Verschuere, B., & De Houwer, J. (2004). Selective attention to threat in the dot probe paradigm: Differentiating vigilance and difficulty to disengage. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1183-1192.
- Koster, E. H. W., Crombez, G., Verschuere, B., Van Damme, S., & Wiersma, J. R. (2006). Components of attentional bias to threat in high trait anxiety: Facilitated engagement, impaired disengagement, and attentional avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1757-1771.
- Koster, E. H. W., Rassin, E., Crombez, G., & Näring, G. W. B. (2003). The paradoxical effects of suppressing anxious thoughts during imminent threat. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1113-1120.
- Kozak, M. J. (1999). Evaluating treatment efficacy for obsessive-compulsive disorder: Caveat practitioner. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 422-426.
- Kozak, M. J., & Coles, M. E. (2005). Treatment for OCD: Unleashing the power of exposure. In J. S. Abramowitz & A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 283-304). New York: Springer.
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive behavioral approach. Therapist guide*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Kozak, M. J., Foa, E. B., & McCarthy, P. R. (1988). Obsessive-compulsive disorder. In C. G. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders* (pp. 87-108). New York: Pergamon Press.
- Kozak, M. J., Liebowitz, M. R., & Foa, E. B. (2000). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder: The NIMH-Sponsored Collaborative Study. In W. K. Goodman, M. V. Rudorfer, & J. D. Maser (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment* (pp. 501-530). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Krochmalik, A., Jones, M. K., & Menzies, R. G. (2001). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for treatment-resistant compulsive washing. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 897-912.
- Kroeze, S., & van den Hout, M. (2000a). Selective attention for cardiac information in panic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 63-72.
- Kroeze, S., & van den Hout, M. (2000b). Selective attention for hyperventilatory sensations in panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 563-581.
- Kroeze, S., van der Does, W., Schot, R., Sterk, P. J., Spinhoven, P., & van den Aardweg, J. G. (2005). Automatic negative evaluation of suffocation sensations in individuals with suffocation fear. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 466-470.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 921-926.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., et al. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Kushner, M. G., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20, 149-171.
- Kushner, M. G., Sher, K. J., & Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685-695.
- Kushner, M. G., Sher, K. J., & Erickson, D. J. (1999). Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 723-732.
- Kyrios, M., & Job, M. (1998). Automatic and strategic processing in obsessive-compulsive disorder: Attentional bias, cognitive avoidance or more complex phenomena?

- Journal of Anxiety Disorders*, 12, 271-292.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & 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.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J.-M., et al. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behaviour Therapy*, 30, 191-207.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Fournier, S., Dugas, M. J., & Doucet, C. (2002). The social basis of worry in three samples: High-school students, university students, and older adults. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 427-438.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Dugas, M. J., Gagnon, F., Thibodeau, N., et al. (2000). Strategies used with intrusive thoughts: A comparison of OCD patients with anxious and community controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 179-187.
- Ladouceur, R., Léger, E., Rhéaume, J., & Dubé, D. (1996). Correction of inflated responsibility in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 767-774.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., Freeston, M. H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., et al. (1995). Experimental manipulations of responsibility: An analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 937-946.
- Landon, T. M., & Barlow, D. H. (2004). Cognitive-behavioral treatment for panic disorder: Current status. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 211-225.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. (1998). Emotion, motivation, and anxiety: Brain mechanisms and psychophysiology. *Biological Psychiatry*, 44, 1248-1263.
- Lang, P. J., Levin, D. N., Miller, G. A., & Kozak, M. J. (1983). Fear behavior, fear imagery, and the psychophysiology of emotion: The problem of affective response integration. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 279-306.
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000a). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: Study 1. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 157-173.
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000b). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: Study 2. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 175-189.
- Laposa, J. M., & Alden, L. E. (2003). Posttraumatic stress disorder in the emergency room: Exploration of a cognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 49-65.
- Laposa, J. M., & Alden, L. E. (2006). An analogue study of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 925-946.
- Larsen, K. E., Schwartz, S. A., Whiteside, S. P., Khandker, M., Moore, K. M., & Abramowitz, J. S. (2006). Thought control strategies used by parents reporting postpartum obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 435-445.
- Lauterbach, D., & Vrana, S. (2001). The relationship among personality variables, exposure to traumatic events, and severity of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 29-45.
- Lavy, E., van Oppen, P., & van den Hout, M. (1994). Selective processing of emotional information in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 243-246.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2005). *The worry cure: Seven steps to stop worry from stopping you*. New York: Harmony Books.
- Leahy, R. L. (2009). *Anxiety free: Unravel your fears before they unravel you*. Carlsbad, CA: Hay House.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Ledley, D. R., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2006). Cognitive vulnerability to social anxiety disorder. In L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 251-283). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ledley, D. R., Huppert, J. D., Foa, E. B., Davidson, J. R. T., Keefe, F. J., & Potts, N. L. S. (2005). Impact of depressive symptoms on the treatment of generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 22, 161-167.
- LeDoux, J. E. (1989). Cognitive-emotional interactions in the brain. *Cognition and Emotion*, 3, 267-289.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155-184.
- Ledwidge, B. (1978). Cognitive behavior modification: A step in the wrong direction? *Psychological Bulletin*, 85, 353-375.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071-1089.
- Lee, H.-J., & Kwon, S.-M. (2003). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.
- Lee, K. A., Vaillant, G. E., Torrey, W. C., & Elder, G. H. (1995). A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat. *American Journal of Psychiatry*, 152, 516-522.
- Lees, A., Mogg, K., & Bradley, B. P. (2005). Health anxiety, anxiety sensitivity, and attentional biases for pictorial and linguistic health-threat cues. *Cognition and Emotion*, 19, 453-462.
- Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L., & Akiskal, H. S. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*, 169, 101-107.
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear,

- M. K., Schulberg, H. C., Dew, M. A., Begley, A. E., et al. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 722-728.
- Leon, A. C., Portera, L., & Weissman, M. M. (1995). The social cost of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166(Suppl. 27), 19-22.
- Leskin, G. A., & Sheikh, J. I. (2002). Lifetime trauma history and panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 599-603.
- Levenson, M. R., Aldwin, C. M., Bossé, R., & Spiro, A. (1988). Emotionality and mental health: Longitudinal findings from the Normative Aging Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 94-96.
- Lévesque, J., Eugene, F., Joannette, Y., Paquette, V., Mensour, B., Beaudoin, G., et al. (2003). Neural circuitry underlying voluntary suppression of sadness. *Biological Psychiatry*, 53, 502-510.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35, 747-766.
- Leyfer, O. T., Ruberg, J. L., & Woodruff-Borden, J. (2006). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 444-458.
- Lieb, R., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles and the risk of social phobia in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859-866.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Levitt, M., Dillon, D., Levy, G., et al. (1985). Lacate provocation of panic attacks: II. Biochemical and physiological findings. *Archives of General Psychiatry*, 42, 709-719.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J., & Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: What's in the name? [Letter to the editor]. *Archives of General Psychiatry*, 57, 191-192.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., et al. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 89-98.
- Lilienfeld, S. O. (1996). Anxiety sensitivity is not distinct from trait anxiety. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 228-244). New York: Guilford Press.
- Lilienfeld, S. O., Jacob, R. G., & Turner, S. M. (1989). Comment on Holloway and McNally's (1987) "Effects of anxiety sensitivity on the response to hyperventilation." *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 100-102.
- Lim, S.-L., & Kim, J.-H. (2005). Cognitive processing of emotional information in depression, panic, and somatoform disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 50-61.
- Lindsay, W. R., Gamsu, C. V., McLaughlin, E., Hood, E. M., & Espie, C. A. (1987). A controlled trial of treatments for generalized anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 3-15.
- Lint, D. W., Taylor, C. B., Fried- Behar, L., & Kenardy, J. (1995). Does ischemia occur with panic attacks? *American Journal of Psychiatry*, 152, 1678-1680.
- Lissek, S., Powers, A. S., McClure, E. B., Phelps, E. A., Woldehawariat, G., Grillon, C., et al. (2005). Classical fear conditioning in the anxiety disorders: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1391-1424.
- Litz, B. T., Miller, M. W., Ruef, A. M., & McTeague, L. M. (2002). Exposure to trauma in adults. In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 215-258). New York: Guilford Press.
- Litz, B. T., Orsillo, S. M., Kaloupek, D., & Weathers, F. (2000). Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 26-39.
- Lohr, J. M., Olatunji, B. O., & Sawchuk, C. N. (2007). A functional analysis of danger and safety signals in anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 27, 114-126.
- Longley, S. L., Watson, D., Noyes, R., & Yoder, K. (2006). Panic and phobic anxiety: Associations among neuroticism, physiological hyperarousal, anxiety sensitivity, and three phobias. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 718-739.
- Lopatka, C., & Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995a). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995b). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney, Australia: Psychology Foundation Monograph.
- Lucock, M. P., & Salkovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 297-302.
- Lundh, L.-G., & Öst, L.-G. (1997). Explicit and implicit memory bias in social phobia: The role of subdiagnostic type. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 305-317.
- Lundh, L.-G., Thulin, U., Czyzykow, S., & Öst, L.-G. (1998). Recognition bias for safe faces in panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 323-337.
- Lundh, L.-G., Wikström, J., Westerlund, J., & Öst, L.-G. (1999). Preattentive bias for emotional information in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 222-232.
- Luoma, J. B., & Hayes, S. C. (2003). Cognitive defusion. In W. O'Donohue, J. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 71-78). Hoboken, NJ: Wiley.
- Luten, A. G., Ralph, J. A., & Mineka, S. (1997). Pessimistic attributional style: Is it specific to depression versus anxiety versus negative affect? *Behaviour Research and Therapy*, 35, 703-719.
- Luu, P., Tucker, D. M., & Derryberry, D. (1998). Anxiety and the motivational basis of working memory.

- Cognitive Therapy and Research*, 22, 577-594.
- Lyons, L. (2004, April 6). Teens and terrorism: Fear subsiding, but slowly. *The Gallup Organization*. Retrieved January 11, 2005, from www.gallup.com.
- Ma, S., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Mackintosh, B., Mathews, A., Yiend, J., Ridgeway, V., & Cook, E. (2006). Induced biases in emotional interpretation influence stress vulnerability and endure despite changes in context. *Behaviour Therapy*, 37, 209-222.
- MacLeod, A. K., & Byrne, A. (1996). Anxiety, depression, and the anticipation of future positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 286-289.
- MacLeod, A. K., Williams, J. M. G., & Bekerian, D. A. (1991). Worry is reasonable: The role of explanations in pessimism about future personal events. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 478-486.
- MacLeod, C. (1999). Anxiety and anxiety disorders. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 447-477). Chichester, UK: Wiley.
- MacLeod, C., Campbell, L., Rutherford, E., & Wilson, E. (2004). The causal status of anxiety-linked attentional and interpretative bias. In J. Yiend (Ed.), *Cognition, emotion and psychopathology: Theoretical, empirical and clinical directions* (pp. 172-189). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- MacLeod, C., & Cohen, I. L. (1993). Anxiety and the interpretation of ambiguity: A text comprehension study. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 238-247.
- MacLeod, C., & Hagan, R. (1992). Individual differences in the selective processing of threatening information, and emotional responses to a stressful life event. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 151-161.
- MacLeod, C., Koster, E. H. W., & Fox, E. (2009). Whither cognitive bias modification research? Commentary on the special section articles. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 89-99.
- MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.
- MacLeod, C., & McLaughlin, K. (1995). Implicit and explicit memory bias in anxiety: A conceptual replication. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 1-14.
- MacLeod, C., & Rutherford, E. M. (1992). Anxiety and the selective processing of emotional information: Mediating roles of awareness, trait and state variables, and personal relevance of stimulus materials. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 479-491.
- MacLeod, C., & Rutherford, E. (2004). Information-processing approaches: Assessing the selective functioning of attention, interpretation, and retrieval. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 109-142). New York: Guilford Press.
- MacLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, G., & Holker, L. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: Assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 107-123.
- Magee, W. J. (1999). Effects of negative life experiences on phobia onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 343-351.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Magee, J. C., & Teachman, B. A. (2007). Why did the white bear return? Obsessive-compulsive symptoms and attributions for unsuccessful thought suppression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2884-2898.
- Magee, J. C., & Zinbarg, R. E. (2007). Suppressing and focusing on a negative imagery memory in social anxiety: Effects on unwanted thoughts and mood. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2836-2849.
- Maier, W., Buller, R., Philipp, M., & Heuser, I. (1988). The Hamilton Anxiety Scale: Reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 14, 61-68.
- Malan, J. R., Norton, G. R., & Cox, B. J. (1990). *Nonclinical panic: A critical review*. Paper presented at the annual convention of the Canadian Psychological Association, Ottawa.
- Maller, R. G., & Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 241-247.
- Maltby, N. (2001). Evaluation of a brief preventative treatment for panic disorder (Doctoral dissertation, University of Connecticut). *Dissertation Abstracts International*, 62, 4226.
- Maltby, N., Mayers, M. F., Allen, G. J., & Tolin, D. F. (2005). Anxiety sensitivity: Stability in prospective research. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 708-716.
- Mancini, F., D'Olimpio, F., & Cieri, L. (2004). Manipulation of responsibility in non-clinical subjects: Does expectation of failure exacerbate obsessive-compulsive behaviors? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 449-457.
- Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F., & Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230-237.
- Mansell, W. (2000). Conscious appraisal and the modification of automatic processes in anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 99-120.
- Mansell, W., & Clark, D. M. (1999). How do I appear to others? Social anxiety and processing of the observable self. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 419-434.
- Mansell, W., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Internal versus external attention in social anxiety: An investigation using a novel paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 555-572.
- Mansell, W., Clark, D. M., Ehlers, A., & Chen, Y.-P. (1999). Social anxiety and attention away from emotional faces. *Cognition and Emotion*, 13, 673-690.
- Marcaurelle, R., Bélanger, C., & Marchand, A. (2003). Marital relationship and the treatment of panic disorder with agoraphobia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 23, 247-276.

- March, J. S., Frances, A., Carpenter, D., & Kahn, D. A. (1997). Expert consensus guideline for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl. 4), 5-72.
- Marciniak, M. D., Lage, M. J., Dunayevich, E., Russell, J. M., Bowman, L., Landbloom, R. P., et al. (2005). The cost of treating anxiety: The medical and demographic correlates that impact total medical costs. *Depression and Anxiety*, 21, 178-184.
- Marciniak, M., Lage, M. J., Landbloom, R. P., Dunayevich, E., & Bowman, L. (2004). Medical and productivity costs of anxiety disorders: Case control study. *Depression and Anxiety*, 19, 112-120.
- Marcus, S. C., Olsson, M., Pincus, H. A., Shear, M. K., & Zarin, D. A. (1997). Self-reported anxiety, general medical conditions, and disability bed days. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1766-1768.
- Margraf, J., & Schneider, S. (1991, November). *Outcome and active ingredients of cognitive-behavioral treatments for panic disorder*. Paper presented at the 25th Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Markowitz, L. J., & Borton, J. L. S. (2002). Suppression of negative self-referent and neutral thoughts: A preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 271-277.
- Marks, I. M. (1970). The classification of phobic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 116, 377-386.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- Marks, I. M., Hodgson, R., & Rachman, S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by *in vivo* exposure: A two year follow-up and issues in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-364.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Marshall, J. R., & Lipsett, S. (1994). *Social phobia: From shyness to stage fright*. New York: Basic Books.
- Martin, M., Williams, R. M., & Clark, D. M. (1991). Does anxiety lead to selective processing of threat-related information? *Behaviour Research and Therapy*, 29, 147-160.
- Martinsen, E. W., Raglin, J. S., Hoffart, A., & Friis, S. (1998). Tolerance of intensive exercise and high levels of lactate in panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 333-342.
- Maser, J. D., & Cloninger, C. R. (1990). Comorbidity of anxiety and mood disorders: Introduction and overview. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 3-12). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Massion, A. O., Dyck, I. R., Shea, T., Phillips, K. A., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 434-440.
- Massion, A. O., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 600-607.
- Mathews, A. (1990). Why worry?: The cognitive function of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 455-468.
- Mathews, A. (2006). Towards an experimental cognitive science of CBT. *Behavior Therapy*, 37, 314-318.
- Mathews, A., & Klug, F. (1993). Emotionality and interference with color-naming in anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 57-62.
- Mathews, A., & Mackintosh, B. (1998). A cognitive model of selective processing in anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 539-560.
- Mathews, A., & Mackintosh, B. (2000). Induced emotional interpretation bias and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 602-615.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 563-569.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1986). Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 131-138.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2002). Induced processing biases have causal effects on anxiety. *Cognition and Emotion*, 16, 331-354.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167-195.
- Mathews, A., May, J., Mogg, K., & Eysenck, M. (1990). Attentional bias in anxiety: Selective search or defective filtering? *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 166-173.
- Mathews, A., & Milroy, R. (1994). Effects of priming and suppression of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 843-850.
- Mathews, A., Mogg, K., Kentish, J., & Eysenck, M. (1995). Effect of psychological treatment on cognitive bias in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 293-303.
- Mathews, A., Mogg, K., May, J., & Eysenck, M. (1989). Implicit and explicit memory bias in anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 236-240.
- Mathews, A., Richards, A., & Eysenck, M. (1989). Interpretation of homophones related to threat in anxiety states. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 31-34.
- Mathews, A., Ridgeway, V., Cook, E., & Yiend, J. (2007). Inducing a benign interpretational bias reduces trait anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 225-236.
- Mathews, A., Ridgeway, V., & Williamson, D. A. (1996). Evidence for attention to threatening stimuli in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 695-705.
- Mathews, G., & Funke, G. J. (2006). Worry and information-processing. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 51-67). Chichester, UK: Wiley.
- Mattia, J. I., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1993). The revised Stroop color-naming task in social phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 305-313.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998).

- Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455–470.
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251–260.
- Mauss, I. B., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2004). Is there less to social anxiety than meets the eye?: Emotion experience, expression, and bodily responding. *Cognition and Emotion*, 18, 631–662.
- May, R. (1953). *Man's search for himself*. New York: Norton.
- Mayo, P. R. (1989). A further study of the personality-congruent recall effect. *Personality and Individual Differences*, 10, 247–252.
- Mayou, R., Bryant, B., & Ehlers, A. (2001). Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1231–1238.
- McCann, I. L., Sakheim, D. K., & Abrahamson, D. J. (1988). Trauma and victimization: A model of psychological adaptation. *Counseling Psychologist*, 16, 531–594.
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., et al. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 515–524.
- McFall, M. E., Smith, D. E., Roszell, D. K., Tarver, D. J., & Malas, K. L. (1990). Convergent validity of measures of PTSD in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 147, 645–648.
- McFarlane, A. C. (1998). Epidemiological evidence about the relationship between PTSD and alcohol abuse: The nature of the association. *Addictive Behaviors*, 23, 813–825.
- McGlinchey, J. B., & Zimmerman, M. (2007). Examining a dimensional representation of depression and anxiety disorders' comorbidity in psychiatric outpatients with item response modeling. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 464–474.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., et al. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24, 283–313.
- McKeon, J., Roa, B., & Mann, A. (1984). Life events and personality traits in obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 144, 185–189.
- McKinnon, A. C., Nixon, R. D. V., & Brewer, N. (2008). The influence of data-driven processing on perceptions of memory quality and intrusive symptoms in children following traumatic events. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 766–775.
- McLaren, S., & Crowe, S. F. (2003). The contribution of perceived control of stressful life events and thought suppression to the symptoms of obsessive-compulsive disorder in both non-clinical and clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 389–403.
- McLean, A., & Broomfield, N. M. (2007). How does thought suppression impact upon beliefs about uncontrollability of worry? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2938–2949.
- McLean, L. M., & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 369–371.
- McLean, P. D., Whittal, M. L., Sochting, I., Koch, W. J., Pateron, R., Thordarson, D. S., et al. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 205–214.
- McManus, F., Clark, D. M., & Hackmann, A. (2000). Specificity of cognitive biases in social phobia and their role in recovery. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 201–209.
- McNally, R. J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. New York: Guilford Press.
- McNally, R. J. (1995). Automaticity and the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 747–754.
- McNally, R. J. (1996). Anxiety sensitivity is distinguishable from trait anxiety. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 214–227). New York: Guilford Press.
- McNally, R. J. (1999). Anxiety sensitivity and information-processing biases for threat. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 183–198). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- McNally, R. J. (2001). Vulnerability to anxiety disorders in adulthood. In R. E. Ingram & J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan* (pp. 304–321). New York: Guilford Press.
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, 52, 938–946.
- McNally, R. J. (2003a). Progress and controversy in the study of post-traumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 54, 229–252.
- McNally, R. J. (2003b). Psychological mechanisms in acute response to trauma. *Biological Psychiatry*, 53, 779–788.
- McNally, R. J. (2007a). Mechanisms of exposure therapy: How neuroscience can improve psychological treatment for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 27, 750–759.
- McNally, R. J. (2007b). Can we solve the mysteries of the National Vietnam Veterans Readjustment Study? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 192–200.
- McNally, R. J., & Amir, N. (1996). Perceptual implicit memory for trauma-related information in post-traumatic stress disorder. *Cognition and Emotion*, 10, 551–556.
- McNally, R. J., Amir, N., & Lipke, H. J. (1996). Subliminal processing of threat cues in posttraumatic stress disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 115–128.
- McNally, R. J., Amir, N., Louro, C. E., Lukach, B. M., Riemann, B. C., & Calamari, J. E. (1994). Cognitive processing of idiographic emotional information in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 119–122.
- McNally, R. J., & Eke, M. (1996). Anxiety sensitivity, suffocation fear, and breath-holding duration as predictors of response to carbon dioxide challenge. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 146–149.
- McNally, R. J., & Foa, E. B. (1987). Cognition and agoraphobia: Bias in the interpretation of threat. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 567–581.

- McNally, R. J., & Heatherton, T. F. (1993). Are covariation biases attributable to a priori expectancy biases? *Behaviour Research and Therapy*, 31, 653-658.
- McNally, R. J., Hornig, C. D., & Donnell, C. A. (1995). Clinical versus nonclinical panic: A test of suffocation false alarm theory. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 127-131.
- McNally, R. J., Kaspi, S. P., Riemann, B. C., & Zeitlin, S. B. (1990). Selective processing of threat cues in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 398-402.
- McNally, R. J., Malcarne, V. L., & Hansdortt, I. (2001). Vulnerability to anxiety disorders across the lifespan. In R. E. Ingram & J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan* (pp. 322-325). New York: Guilford Press.
- McNally, R. J., Metzger, L. J., Lasko, N. B., Clancy, S. A., & Pitman, R. K. (1998). Directed forgetting of trauma cues in adult survivors of childhood sexual abuse with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 596-601.
- McNally, R. J., Riemann, B. C., & Kim, E. (1990). Selective processing of threat cues in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 407-412.
- McNally, R. J., Riemann, B. C., Louro, C. E., Lukach, B. M., & Kim, E. (1992). Cognitive processing of emotional information in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 143-149.
- McNeil, D. W. (2001). Terminology and evolution of the constructs in social anxiety and social phobia. In S. G. Hofmann & P. M. DiBarotolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 8-19). Boston: Allyn & Bacon.
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Smith, P., Yule, W., & Gluckman, E. (2007). Diagnostic, demographic, memory quality, and cognitive variables associated with acute stress disorder in children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 65-79.
- Mellings, T. M. B., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 243-257.
- Mellman, T. A., & Uhde, T. W. (1989). Sleep panic attacks: New clinical findings and theoretical implications. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1204-1207.
- Melzer, D., Tom, B. D. M., Brugha, T. S., Fryers, T., & Meltzer, H. (2002). Common mental disorder symptom counts in populations: Are there distinct case groups above epidemiological cut-offs? *Psychological Medicine*, 32, 1195-1201.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Davies, S. O., & Liebowitz, M. R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: Using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 661-673.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2004). Clinical presentation and diagnostic features. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 3-28). New York: Guilford Press.
- Mennin, D. S., Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Carmin, C. N. (2004). Regulation of emotion in generalized anxiety disorder. In M. A. Reinecke & D. A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice* (pp. 60-89). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Menzies, R. G., Harris, L. M., Cumming, S. R., & Einstein, D. A. (2000). The relationship between inflated personal responsibility and exaggerated danger expectancies in obsessive-compulsive concerns. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1029-1037.
- Merikangas, K. R., Mehra, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gazola, S., et al. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors*, 23, 893-907.
- Merikangas, K. R., Zhang, H., Avenevoli, S., Acharyya, S., Neuen-schwander, M., & Angst, J. (2003). Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study: The Zurich Cohort Study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 993-1000.
- Metalsky, G. I., Halberstadt, L. J., & Abramson, L. Y. (1987). Vulnerability to depressive mood reactions: Toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 386-393.
- Meuret, A. E., Ritz, T., Wilhelm, F. H., & Roth, W. T. (2005). Voluntary hyperventilation in the treatment of panic disorder: Functions of hyperventilation, their implications for breathing training, and recommendations for standardization. *Clinical Psychology Review*, 25, 285-306.
- Meuret, A. E., Wilhelm, F. H., Ritz, T., & Roth, W. T. (2003). Breathing training for treating panic disorder: Useful intervention or impediment? *Behavior Modification*, 27, 731-754.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Miller, M. W., & Litz, B. T. (2004). Emotional-processing in posttraumatic stress disorder: II. Startle reflex modulation during picture processing. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 451-463.
- Miller, P. R. (2001). Inpatient diagnostic assessments: 2. Interrater reliability and outcomes of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Research*, 105, 265-271.
- Miller, P. R. (2002). Inpatient diagnostic assessments: 3. Causes and effects of diagnostic imprecision. *Psychiatry Research*, 111, 191-197.
- Miller, P. R., Dasher, R., Collins, R., Griffiths, P., & Brown, F. (2001). Inpatient diagnostic assessments: 1. Accuracy of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Research*, 105, 255-264.
- Milliken, C. S., Auchterlonie, J. L., & Hoge, C. W. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *Journal of the American Medical Association*, 298, 2141-2148.
- Milosevic, I., & Radomsky, A. S. (2008). Safety behavior does not necessarily interfere with exposure

- therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1111-1118.
- Minaka, S. (1979). The role of fear in theories of avoidance learning, flooding, and extinction. *Psychological Bulletin*, 86, 985-1010.
- Minaka, S. (2004). The positive and negative consequences of worry in the aetiology of generalized anxiety disorder: A learning theory perspective. In J. Yiend (Ed.), *Cognition, emotion and psychopathology: Theoretical, empirical and clinical directions* (pp. 29-48). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Minaka, S., & Kihlstrom, J. F. (1978). Unpredictable and uncontrollable events: A new perspective on experimental neurosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 256-271.
- Minaka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131, 785-795.
- Mizes, J. S., Landolf-Fritsche, B., & Grossman-McKee, D. (1987). Patterns of distorted cognitions in phobic disorders: An investigation of clinically severe simple phobias, social phobias, and agoraphobias. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 583-592.
- Moffitt, T. E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., et al. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: Cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Archives of General Psychiatry*, 64, 651-660.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 809-848.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (1999a). Selective attention and anxiety: A cognitive-motivational perspective. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 145-170). Chichester, UK: Wiley.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (1999b). Some methodological issues in assessing attentional biases for threatening faces in anxiety: A replication study using a modified version of the probe detection task. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 595-604.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2002). Selective orienting of attention to masked threat faces in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1403-1414.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2004). A cognitive-motivational perspective on the processing of threat information and anxiety. In J. Yiend (Ed.), *Cognition, emotion, and psychopathology* (pp. 68-85). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mogg, K., Bradley, B. P., Miles, F., & Dixon, R. (2004). Time course of attentional bias for threat scenes: Testing the vigilance-avoidance hypothesis. *Cognition and Emotion*, 18, 689-700.
- Mogg, K., Bradley, B. P., Millar, N., & White, J. (1995). A follow-up study of cognitive bias in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 927-935.
- Mogg, K., Bradley, B. P., Miller, T., Potts, H., Glenwright, J., & Kentish, J. (1994). Interpretation of homophones related to threat: Anxiety or response bias effects? *Cognitive Therapy and Research*, 18, 461-477.
- Mogg, K., Bradley, B., & Williams, R. (1995). Attentional bias in anxiety and depression: The role of awareness. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 17-36.
- Mogg, K., Bradley, B. P., Williams, R., & Mathews, A. (1993). Subliminal processing of emotional information in anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 304-311.
- Mogg, K., & Marden, B. (1990). Processing of emotional information in anxious subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 227-229.
- Mogg, K., & Mathews, A. (1990). Is there a self-referent mood-congruent recall bias in anxiety? *Behaviour Research and Therapy*, 28, 91-92.
- Mogg, K., Mathews, A., Bird, C., & Macgregor-Morris, R. (1990). Effects of stress and anxiety on the processing of threat stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1230-1237.
- Mogg, K., Mathews, A., & Eysenck, M. (1992). Attentional bias to threat in clinical anxiety states. *Cognition and Emotion*, 6, 149-159.
- Mogg, K., Mathews, A., May, J., Grove, M., Eysenck, M., & Weinman, J. (1991). Assessment of cognitive bias in anxiety and depression using a colour perception task. *Cognition and Emotion*, 5, 221-238.
- Mogg, K., Mathews, A., & Weinman, J. (1987). Memory bias in clinical anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 94-98.
- Mogg, K., Mathews, A., & Weinman, J. (1989). Selective processing of threat cues in anxiety states: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 317-323.
- Mogg, K., McNamara, J., Powys, M., Rawlinson, H., Seiffer, A., & Bradley, B. P. (2000). Selective attention to threat: A test of two cognitive models of anxiety. *Cognition and Emotion*, 14, 375-399.
- Mogg, K., Philippot, P., & Bradley, B. P. (2004). Selective attention to angry faces in clinical social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 160-165.
- Mohlman, J. (2004). Psychosocial treatment of late-life generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 24, 149-169.
- Mohlman, J., & Zinbarg, R. E. (2000). The structure and correlates of anxiety sensitivity in older adults. *Psychological Assessment*, 12, 440-446.
- Molina, A., & Borkovec, T. D. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 265-283). Chichester, UK: Wiley.
- Molina, S., Borkovec, T. D., Peasley, C., & Person, D. (1998). Content analysis of worrisome streams of consciousness in anxious and dysphoric participants. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 109-123.
- Monson, C. M., & Friedman, M. J. (2006). Back to the future of understanding trauma: Implications for cognitive-behavioral therapies for trauma. In V. M. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (2nd ed., pp. 1-13). New York: Guilford Press.
- Montorio, I., Wetherell, J., & Nuevo, R. (2006). Beliefs about worry in community-dwelling older adults. *Depression and Anxiety*, 23, 466-473.

- Moore, E. L., & Abramowitz, J. S. (2007). The cognitive mediation of thought-control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1949-1955.
- Moras, K., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1992). Distinguishing anxiety and depression: Reexamination of the reconstructed Hamilton Scales. *Psychological Assessment*, 4, 224-227.
- Morillo, C., Belloch, A., & Garcia-Soriano, G. (2007). Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious patients: Where are the differences? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1319-1333.
- Morgan, I. A., Matthews, G., & Winton, M. (1995). Coping and personality as predictors of post-traumatic intrusions, numbing, avoidance and general distress: A study of victims of the Perth Flood. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 251-264.
- Morgan, J., & Banerjee, R. (2008). Post-event processing and autobiographical memory in social anxiety: The influence of negative feedback and rumination. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1190-1204.
- Morris, A., Baker, B., Devins, G. M., & Shapiro, C. M. (1997). Prevalence of panic disorder in cardiac outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 185-190.
- Morris, E. P., Stewart, S. H., & Ham, L. S. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 25, 734-760.
- Morris, J. S., Öhman, A., & Dolan, R. J. (1998). Conscious and unconscious emotional learning in the human amygdala. *Nature*, 393, 467-470.
- Mörberg, E., Karlsson, A., Fyhring, C., & Sundin, Ö. (2006). Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: A randomized controlled study. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 646-660.
- Moulding, R., & Kyrios, M. (2006). Anxiety disorders and control related beliefs: The exemplar of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Clinical Psychology Review*, 26, 573-583.
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-565.
- Mowrer, O. H. (1953). Neurosis, psychotherapy, and two-factor learning theory. In O. H. Mowrer (Ed.), *Psychotherapy theory and research* (pp. 140-149). New York: Ronald Press.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Hamblen, J. L., Jankowski, M. K., Bolton, E. E., et al. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 259-271.
- Muller, J., & Roberts, J. E. (2005). Memory and attention in obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 1-28.
- Mumford, D. B., Nazir, M., Jilani, F.-M., & Yar Baig, I. (1996). Stress and psychiatric disorder in the Hindu Kush: A community survey of mountain villages in Chitral, Pakistan. *British Journal of Psychiatry*, 168, 299-307.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Clavan, M. (1997). Abnormal and normal compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 249-252.
- Muris, P., Merckelbach, H., van den Hout, M., & de Jong, P. (1992). Suppression of emotional and neutral material. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 639-642.
- Muris, P., & van der Heiden, S. (2006). Anxiety, depression, and judgments about the probability of future negative and positive events in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 252-261.
- Murphy, R., Hirsch, C. R., Mathews, A., Smith, K., & Clark, D. M. (2007). Facilitating a benign interpretation bias in a high socially anxious population. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1517-1529.
- Mussgay, L., & Rüddel, H. (2004). Autonomic dysfunctions in patients with anxiety throughout therapy. *Journal of Psychophysiology*, 18, 27-37.
- Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 806-817.
- Myhr, G., & Payne, K. (2006). Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy for mental disorders: Implications for public health care funding policy in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 662-670.
- Najavitis, L. M. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: Guilford Press.
- National Institute of Clinical Excellence (NICE). (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical Guideline 26*. London: National Collaborating Centre for Mental Health. Retrieved July 24, 2008, from www.nice.org.uk/CG026/NICEguideline.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2001). *Facts about anxiety disorders*. Retrieved January 13, 2005, from www.nimh.nih.gov/publicat/adfacts.cfm.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2003). *The numbers count: Mental disorders in America*. Retrieved March 10, 2003, from www.nimh.nih.gov/publicat/numbers.cfm.
- Nay, W. T., Thorpe, G. L., Robertson-Nay, R., Hecker, J. E., & Sigmon, S. T. (2004). Attentional bias to threat and emotional response to biological challenge. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 609-627.
- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Silva, P. A., Caspi, A., Magdol, L., & Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 552-562.
- Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T., et al. (2002). Preliminary reliability and validity of the Generalized Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33, 215-233.
- Newman, S. C., & Bland, R. C. (1994). Life events and the 1-year prevalence of major depressive episode, generalized anxiety disorder, and panic disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 76-82.
- Newth, S., & Rachman, S. (2001).

- The concealment of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 457-464.
- Neziroglu, F., Stevens, K. P., McKay, D., & Yaryura-Tobia, J. A. (2001). Predictive validity of the Overvalued Ideas Scale: Outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 745-756.
- Nielssen, O., & Large, M. (2008). A proposal for a new disorder to replace PTSD in DSM-V. *British Journal of Psychiatry*, 192. [Electronic letters. Retrieved September 4, 2008, from bjp.rcpsych.org/cgi/letters/192/1/3]
- Nitschke, J. B., Heller, W., Imig, J. C., McDonald, R. P., & Miller, G. A. (2001). Distinguishing dimensions of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 1-22.
- Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Yasamy, M. T., & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.
- Norberg, M. M., Calamari, J. E., Cohen, R. J., & Riemann, B. C. (2008). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: An evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Depression and Anxiety*, 25, 248-259.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Norris, F. H. (2005). *Psychosocial consequences of natural disasters in developing countries: What does past research tell us about the potential effects of the 2004 tsunami?* Retrieved January 14, 2005, from www.ncptsd.org.
- Norris, F. H., & Hamblen, J. L. (2004). Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2nd ed., pp. 63-102). New York: Guilford Press.
- Norris, F. H., & Slone, L. B. (2007). The epidemiology of trauma and PTSD. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 78-98). New York: Guilford Press.
- North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J. C., Spitznagel, E. L., et al. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *Journal of the American Medical Association*, 282, 755-762.
- Norton, G. R., Cox, B. J., & Malan, J. (1992). Nonclinical panickers: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 12, 121-139.
- Norton, G. R., Dorward, J., & Cox, B. J. (1986). Factors associated with panic attacks in nonclinical subjects. *Behavior Therapy*, 17, 239-252.
- Norton, G. R., Harrison, B., Hauch, J., & Rhodes, L. (1985). Characteristics of people with infrequent panic attacks. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 216-221.
- Noyes, R., Clancy, J., Woodman, C., Holt, C. S., Suelzer, M., Christiansen, J., et al. (1993). Environmental factors related to the outcome of panic disorder: A seven-year follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 529-538.
- Noyes, R., & Hoehn-Saric, R. (1998). *The anxiety disorders*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Nunn, J. D., Stevenson, R. J., & Whalan, G. (1984). Selective memory effects in agoraphobic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 195-201.
- O'Banion, K., & Arkowitz, H. (1977). Social anxiety and selective memory for affective information about the self. *Social Behavior and Personality*, 5, 321-328.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (2005). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory: Part 2. Factor analyses and testing a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- O'Connor, K. P. (2002). Intrusions and inferences in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 38-46.
- O'Connor, K. P., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., et al. (2005). Evaluation of an interference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 148-163.
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M.-C. (2005). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*. Chichester, UK: Wiley.
- O'Connor, K., Freeston, M. H., Gareau, D., Careau, Y., Dufont, M. J., Aardema, F., et al. (2005). Group versus individual treatment in obsessions without compulsions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 87-96.
- O'Connor, K. P., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13, 359-375.
- O'Connor, K., Todorov, C., Robillard, S., Borgeat, F., & Brault, M. (1999). Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 64-71.
- O'Donnell, M. L., Elliott, P., Wolfgang, B. J., & Creamer, M. (2007). Posttraumatic appraisals in the development and persistence of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 173-182.
- Oei, T. P. S., Llamas, M., & Devilly, G. J. (1999). The efficacy and cognitive processes of cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 63-88.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Campbell, D., Goering, P., Lin, E., Wong, M., et al. (1996). One-year prevalence of psychiatric disorder

- in Ontarians 15 to 64 years of age. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 559-561.
- Öhman, A. (2000). Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed., pp. 573-593). New York: Guilford Press.
- Öhman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108, 483-522.
- Öhman, A., & Wiens, S. (2004). The concept of an evolved fear module and cognitive theories of anxiety. In A. S. R. Manstead, N. Frijda, & A. Fischer (Eds.), *Feelings and emotions: The Amsterdam Symposium* (pp. 58-80). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Okasha, A., Saad, A., Khalil, A. H., El Dawla, A. S., & Yehia, N. (1994). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 191-197.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.
- Olfson, M., Broadhead, E., Weissman, M. M., Leon, A. C., Farber, L., Hoven, C., et al. (1996). Sub-threshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. *Archives of General Psychiatry*, 53, 880-886.
- Olfson, M., Fireman, B., Weissman, M. M., Leo, A. C., Sheehan, D. V., Kathol, R., et al. (1997). Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1734-1740.
- Olfson, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Nomura, Y., Gamera-off, M., et al. (2000). Prevalence of anxiety, depression and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Archives of Family Medicine*, 9, 876-883.
- Oquendo, M. A., Friend, J. M., Halberstam, B., Brodsky, B. S., Burke, A. K., Grunebaum, M. F., et al. (2003). Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 160, 580-582.
- Orsillo, S. M. (2001). Measures for social phobia. In M. M. Antony, S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 165-187). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., Lerner, J. B., & Tull, M. T. (2004). Acceptance, mindfulness, and cognitive-behavioral therapy: Comparisons, contrasts, and application to anxiety. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 66-95). New York: Guilford Press.
- Osman, A., Barrios, F. X., Haupt, D., King, K., Osman, J. R., & Slavens, S. (1996). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Further validation in two nonclinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18, 35-47.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Barrios, F. X., Kopper, B. A., & Chiros, C. E. (1998). The Social Phobia and Social Interaction Anxiety Scales: Evaluation of psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 249-264.
- Öst, L.-G. (1987a). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.
- Öst, L.-G. (1987b). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Öst, L.-G., & Breitholz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 777-790.
- Öst, L.-G., & Csatlós, P. (2000). Probability ratings in claustrophobic patients and normal controls. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1107-1116.
- Öst, L.-G., Thulin, U., & Ramnerö, J. (2004). Cognitive behavior therapy vs. exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1105-1127.
- Öst, L.-G., & Westling, B. E. (1995). Applied relaxation vs. cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 145-158.
- Ottaviani, R., & Beck, A. T. (1987). Cognitive aspects of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 15-28.
- Orto, M. W., Pollack, M. H., & Maki, K. M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: Costs, benefits, and stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 556-563.
- Orto, M. W., Pollack, M. H., Maki, K. M., Gould, R. A., Worthington, J. J., Smoller, J. W., et al. (2001). Childhood history of anxiety disorders among adults with social phobia: Rates, correlates, and comparisons with patients with panic disorder. *Depression and Anxiety*, 14, 209-213.
- Ouimette, P. C., Brown, P. J., & Najavitis, L. M. (1998). Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors*, 23, 785-795.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Palmieri, P. A., Weathers, F. W., Difede, J., & King, D. W. (2007). Confirmatory factor analysis of the PTSD Checklist and the Clinician-Administered PTSD Scale in disaster workers exposed to the World Trade Center Ground Zero. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 329-341.
- Panasetis, P., & Bryant, R. A. (2003). Peritraumatic versus persistent dissociation in acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 563-566.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: A brief case series. *Psychological Medicine*, 28, 193-200.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (1999). Process and meta-cognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 156-162.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. In C.

- Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 3–20). Chichester, UK: Wiley.
- Parkinson, L., & Rachman, S. (1981a). Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 101–110.
- Parkinson, L., & Rachman, S. (1981b). Part III. Intrusive thoughts: The effects of an uncontrived stress. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 111–118.
- Pauli, P., Dengler, W., & Wiedemann, G. (2005). Implicit and explicit memory processes in panic patients as reflected in behavioral and electrophysiological measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 111–127.
- Pauli, P., Dengler, W., Wiedemann, G., Flor, H., Montoya, P., Birbaumer, N., et al. (1997). Behavioral and neurophysiological evidence for altered processing of anxiety-related words in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 213–220.
- Pauli, P., Marguardt, C., Hartl, L., Nuttinger, D. O., Hölzl, R., & Strain, F. (1991). Anxiety induced by cardiac perception in patients with panic attacks: A field study. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 137–145.
- Pauli, P., Montoya, P., & Martz, G.-E. (1996). Covariation bias in panic-prone individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 658–662.
- Paunovic, N., Lundh, L.-G., & Öst, L. (2002). Attentional and memory bias for emotional information in crime victims with acute post-traumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 675–692.
- Paunovic, N., & Öst, L.-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1183–1197.
- Pearlman, L. A. (2001). Treatment of persons with complex PTSD and other trauma-related disruptions of the self. In J. P. Wilson, M. J. Friedman, & J. D. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma and PTSD* (pp. 205–236). New York: Guilford Press.
- Pennebaker, J. W. (1993). Social mechanisms of constraint. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 200–219). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162–166.
- Perna, G., Barbini, B., Cocchi, S., Bertani, A., & Gasperini, M. (1995). 35% CO₂ challenge in panic and mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 33, 189–194.
- Perna, G., Casolari, A., Bussi, R., Cucchi, M., Arancio, C., & Bellodi, L. (2004). Comparison of 35% carbon dioxide reactivity between panic disorder and eating disorder. *Psychiatry Research*, 125, 277–283.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.
- Persons, J. B., & Davidson, J. (2001). Cognitive-behavioral case formulation. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed., pp. 86–110). New York: Guilford Press.
- Peters, L. (2000). Discriminant validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI), the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). *Behaviour Research and Therapy*, 38, 943–950.
- Peters, L., Issakidis, C., Slade, T., & Andrews, G. (2006). Gender differences in the prevalence of DSM-IV and ICD-10 PTSD. *Psychological Medicine*, 36, 81–89.
- Pineles, S. L., & Mineka, S. (2005). Attentional biases to internal and external sources of potential threat in social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 314–318.
- Pineles, S. L., Shipperd, J. C., Welch, L. P., & Yovel, I. (2007). The role of attentional biases in PTSD: Is it interference or facilitation? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1903–1913.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 571–584.
- Piotrkowski, C. S., & Brannen, S. J. (2002). Exposure, threat appraisal, and lost confidence as predictors of PTSD symptoms following September 11, 2001. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 476–485.
- Pitman, R. K. (1987). Pierre Janet on obsessive-compulsive disorder (1903): Review and commentary. *Archives of General Psychiatry*, 44, 226–232.
- Plehn, K., & Peterson, R. A. (2002). Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 455–474.
- Plutchik, R. (2003). *Emotions and life: Perspectives from psychology, biology, and evolution*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pollard, C. A. (2007). Treatment readiness, ambivalence, and resistance. In M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (Eds.), *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond* (pp. 61–77). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pollard, C. A., Henderson, J. G., Frank, M., & Margolis, R. B. (1989). Help-seeking patterns of anxiety-disordered individuals in the general population. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 131–138.
- Pollard, C. A., Pollard, H. J., & Corn, K. J. (1989). Panic onset and major events in the lives of agoraphobics: A test of contiguity. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 318–321.
- Pollock, R. A., Carter, A. S., Amir, N., & Marks, L. E. (2006). Anxiety sensitivity and auditory perception of heartbeat. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1739–1756.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., et al. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299–318.
- Pratt, E. M., Brief, D. J., & Keane, T. M. (2006). Recent advances in psychological assessment of adults with posttraumatic stress disorder. In V. M. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (2nd ed., pp. 34–61). New York: Guilford Press.
- Pribor, E. F., & Dinwiddie, S. H. (1992). Psychiatric correlates of incest in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 149, 52–56.
- Pruzinsky, T., & Borkovec, T. D. (1990). Cognitive and personality characteristics of worriers. *Behav-*

- Research and Therapy*, 28, 507-512.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029-1054.
- Purdon, C. (2001). Appraisal of obsessional thought recurrences: Impact on anxiety and mood state. *Behaviour Therapy*, 32, 47-64.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects: Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 713-720.
- Purdon, C. L., & Clark, D. A. (1994a). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects: Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.
- Purdon, C. L., & Clark, D. A. (1994b). Perceived control and appraisal of obsessional intrusive thoughts: A replication and extension. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 269-285.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (2000). White bears and other elusive phenomena: Assessing the relevance of thought suppression for obsessional phenomena. *Behavior Modification*, 24, 425-453.
- Purdon, C. L., & Clark, D. A. (2001). Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals: Part I. Impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1163-1181.
- Purdon, C. L., & Clark, D. A. (2002). The need to control thoughts. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 29-43). Oxford, UK: Elsevier.
- Purdon, C. L., & Clark, D. A. (2005). *Overcoming obsessive thoughts: How to gain control of your OCD*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Purdon, C. L., Gifford, S., & Antony, M. M. (2007). *Thought dismissability in OCD vs. panic: Predictors and impact*. Paper presented at the annual meeting of the Canadian Psychological Association, Ottawa.
- Purdon, C. L., & Rowa, K. (2002). *Thought control strategies in OCD: Motivation, success and impact*. Paper presented at the annual convention of the Anxiety Disorders Association of America, Austin, TX.
- Purdon, C., Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Thoughts suppression and its effects on thoughts frequency, appraisal and mood state in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 93-108.
- Purdon, C., Rowa, K., & Antony, M. M. (2007). Diary records of thought suppression attempts by individuals with obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 47-59.
- Pynoos, R. S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R., Manjikian, R., et al. (1993). Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247.
- Qin, J., Mitchell, K. J., Johnson, M. K., Krystal, J. H., Southwick, S. M., Rasmusson, A. M., et al. (2003). Reactions to and memories for the September 11, 2001, terrorist attacks in adults with posttraumatic stress disorder. *Applied Cognitive Psychology*, 17, 1081-1097.
- Rachman, S. (1976). The passing of the two-stage theory of fear and avoidance: Fresh possibilities. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 125-131.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 375-387.
- Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Rachman, S. J. (1983). Obstacles to the successful treatment of obsessions. In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behaviour therapy* (pp. 35-57). New York: Wiley.
- Rachman, S. (1984a). Agoraphobia: A safety-signal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 59-70.
- Rachman, S. (1984b). The experimental analysis of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 631-640.
- Rachman, S. J. (1985). An overview of clinical and research issues in obsessional-compulsive disorders. In M. Mavissakalian, S. M. Turner, & L. Michelson (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment* (pp. 1-47). New York: Plenum.
- Rachman, S. J. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. J. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. J. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S. J. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rachman, S. J. (2004). *Anxiety* (2nd ed.). East Sussex, UK: Psychology Press.
- Rachman, S. J. (2006). *Fear of contamination: Assessment and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rachman, S., Cobb, J., Grey, S., McDonald, B., Mawson, D., Sartory, G., et al. (1979). The behavioural treatment of obsessional-compulsive disorders, with and without clomipramine. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 467-478.
- Rachman, S. J., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S. J., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rachman, S., & Levitt, K. (1985). Panics and their consequences. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 585-600.
- Rachman, S., Levitt, K., & Lopatka, C. (1987). Panic: The links between cognitions and bodily symptoms: I. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 411-423.
- Rachman, S., Levitt, K., & Lopatka, C. (1988). Experimental analyses of panic: III. Claustrophobic subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 41-52.
- Rachman, S., & Lopatka, C. (1986). Match and mismatch in the perception of fear: I. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 387-393.
- Rachman, S., Lopatka, C., & Levitt, K. (1988). Experimental analysis of panic: II. Panic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 33-40.
- Rachman, S. J., & Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features

- of obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 51-78). New York: Guilford Press.
- Rachman, S., Shafran, R., Mitchell, D., Trant, J., & Teachman, B. (1996). How to remain neutral: An experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 889-898.
- Rachman, S. J., Shafran, R., & Riskind, J. H. (2006). Cognitive vulnerability to obsessive-compulsive disorders. In L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 235-249). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Radomsky, A. S., & Rachman, S. (1999). Memory bias in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behaviour Research and Therapy*, 37, 605-618.
- Radomsky, A. S., Rachman, S., & Hammond, D. (2001). Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 813-822.
- Radomsky, A. S., Rachman, S., & Hammond, D. (2002). Panic termination and the post-panic period. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 97-111.
- Radomsky, A. S., & Taylor, S. (2005). Subtyping OCD: Prospects and problems. *Behavior Therapy*, 36, 371-379.
- Rapee, R. M. (1986). Differential response to hyperventilation in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 24-28.
- Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, 11, 419-440.
- Rapee, R. M. (1995a). Psychological factors influencing the affective response to biological challenge procedures in panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 59-74.
- Rapee, R. M. (1995b). Descriptive psychopathology of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 41-66). New York: Guilford Press.
- Rapee, R. M. (1997). Perceived threat and perceived control as predictors of the degree of fear in physical and social situations. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 455-461.
- Rapee, R. M., Ancis, J. R., & Barlow, D. H. (1988). Emotional reactions to physiological sensations: Panic disorder patients and non-clinical Ss. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 265-269.
- Rapee, R. M., Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Response to hyperventilation and inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 538-552.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1994-1995). Assessment instrument for panic disorder that includes fear of sensation-producing activities: The Albany Panic and Phobia Questionnaire. *Anxiety*, 1, 114-122.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behaviour Therapy*, 27, 279-293.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728-731.
- Rapee, R. M., McCallum, S. L., Melville, L. F., Ravenscroft, H., & Rodney, J. M. (1994). Memory bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 89-99.
- Rapee, R. M., & Medoro, L. (1994). Fear of physical sensations and trait anxiety as mediators of the response to hyperventilation in nonclinical subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 693-699.
- Rapee, R. M., Sanderson, W. C., & Barlow, D. H. (1988). Social phobia features across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10, 287-299.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.
- Rasinski, K. A., Berkold, J., Smith, T. W., & Albertson, B. L. (2002). *America recovers: A follow-up to a national study of public response to the September 11th terrorist attacks*. Unpublished manuscript, National Association for Research (NORC), University of Chicago.
- Rasmussen, A., Rosenfeld, B., Reeves, K., & Keller, A. S. (2007). The effects of torture-related injuries on long-term psychological distress in a Punjabi Sikh sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 734-740.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-758.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1998). The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. In M. A. Jenike & W. E. Minichiello (Eds.), *Obsessive-compulsive disorders: Practical management* (pp. 12-43). St. Louis: Mosby.
- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.
- Rassin, E. (2005). *Thought suppression*. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier.
- Rassin, E., & Diepstraten, P. (2003). How to suppress obsessive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 97-103.
- Rassin, E., Diepstraten, P., Merckelbach, H., & Muris, P. (2001). Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 757-764.
- Rassin, E., Merckelbach, H., & Muris, P. (2000). Paradoxical and less paradoxical effects of thought suppression: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 20, 973-995.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Spaan, V. (1999). Thought-fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 231-237.
- Rassin, E., & Muris, P. (2006). Abnormal and normal obsessions: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1065-1070.
- Rassovsky, Y., Kushner, M. G.,

- Schwarze, N. J., & Wangensteen, O. D. (2000). Psychological and physiological predictors of response to carbon dioxide challenge in individuals with panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 616-623.
- Rauch, S. L., Savage, C. R., Alpert, N. M., Fishman, A. J., & Jenike, M. A. (1997). The functional neuroimaging of anxiety: A study of three disorders using positron emission tomography and symptom provocation. *Biological Psychiatry, 42*, 446-452.
- Reardon, J. M., & Williams, N. L. (2007). The specificity of cognitive vulnerabilities to emotional disorders: Anxiety sensitivity, looming vulnerability and explanatory style. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 625-643.
- Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., & Leyman, M. (2007). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1967-1975.
- Regier, D. A., Burke, J. D., & Burke, K. C. (1990). Comorbidity of affective and anxiety disorders in the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 113-122). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z., & Goodwin, F. K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system. *Archives of General Psychiatry, 50*, 85-94.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review, 11*, 141-153.
- Reiss, S. (1997). Trait anxiety: It's not what you think it is. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 201-214.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. In S. Reiss, & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). Orlando, FL: Academic Press.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 1-8.
- Renaud, J. M., & McConnell, A. R. (2002). Organization of the self-concept and the suppression of self-relevant thoughts. *Journal of Experimental Social Psychology, 38*, 79-86.
- Renneberg, B., Chambless, D. L., & Gracely, E. J. (1992). Prevalence of SCID-diagnosed personality disorders in agoraphobic outpatients. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 111-118.
- Rescorla, R. A. (1988). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist, 43*, 151-160.
- Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for post-traumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 243-258.
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Rizvi, S. L. (2008). Posttraumatic stress disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 65-122). New York: Guilford Press.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic post-traumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 867-879.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 748-756.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dancy, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 984-991.
- Rh  ume, J., Freeston, M. H., L  ger, E., & Ladouceur, R. (1998). Bad luck: An underestimated factor in the development of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 5*, 1-12.
- Rh  ume, J., & Ladouceur, R. (2000). Cognitive and behavioural treatments of checking behaviours: An examination of individual cognitive change. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 7*, 118-127.
- Rice, D. P., & Miller, L. S. (1998). Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *British Journal of Psychiatry, 173*(Suppl. 34), 4-9.
- Richards, A., & French, C. C. (1991). Effects of encoding and anxiety on implicit and explicit memory performance. *Personality and Individual Differences, 12*, 131-139.
- Richards, A., French, C. C., Johnson, W., Naparstek, J., & Williams, J. (1992). Effects of mood manipulation and anxiety on performance of an emotional Stroop task. *British Journal of Psychology, 83*, 479-491.
- Ries, B. J., McNeil, D. W., Boone, M. L., Turk, C. L., Carter, L. E., & Heimberg, R. G. (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal report instruments. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 983-994.
- Riggs, D. S., Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2006). Prolonged exposure treatment of posttraumatic stress disorder. In V. M. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (2nd ed., pp. 65-95). New York: Guilford Press.
- Rinck, M., & Becker, E. S. (2005). A comparison of attentional biases and memory biases in women with social phobia and major depression. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 62-74.
- Rinck, M., Becker, E. S., Kellermann, J., & Roth, W. T. (2003). Selective attention in anxiety: Distraction and enhancement in visual search. *Depression and Anxiety, 18*, 18-28.
- Riskind, J. H. (1997). Looming vulnerability to threat: A cognitive paradigm for anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 685-702.
- Riskind, J. H., & Alloy, L. B. (2006). Cognitive vulnerability to emotional disorders: Theory and research design/methodology. In L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 1-29). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Riskind, J. H., Beck, A. T., Berchick, R. J., Brown, G., & Steer, R. A. (1987). Reliability of DSM-III diagnosis for major depression and generalized anxiety disorder using

- the Structured Clinical Interview for DSM-III. *Archives of General Psychiatry*, 44, 817-820.
- Riskind, J. H., Kelly, K., Harman, W., Moore, R., & Gaines, H. S. (1992). The loomingness of danger: Does it discriminate focal phobia and general anxiety from depression? *Cognitive Therapy and Research*, 16, 603-622.
- Riskind, J. H., & Maddux, J. E. (1993). Loomingness, helplessness, and fearfulness: An integration of harm-looming and self-efficacy models of fear. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 73-89.
- Riskind, J. H., Moore, R., & Bowley, L. (1995). The looming of spiders: The fearful perceptual distortion of movement and menace. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 171-178.
- Riskind, J. H., & Williams, N. L. (1999). Specific cognitive content of anxiety and catastrophizing: Looming vulnerability and the looming maladaptive style. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13, 41-54.
- Riskind, J. H., & Williams, N. L. (2005). The looming cognitive style and generalized anxiety disorder: Distinctive danger schemas and cognitive phenomenology. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 7-27.
- Riskind, J. H., & Williams, N. L. (2006). A unique vulnerability common to all anxiety disorders: The looming maladaptive style. In L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 175-206). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Riskind, J. H., Williams, N. L., Gessner, T. L., Chrosniak, L. D., & Cortina, J. M. (2000). The looming maladaptive style: Anxiety, danger, and schematic processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 837-852.
- Robertson-Ny, R., Strong, D. R., Nay, W. T., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). Development of an abbreviated Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) using item response theory: The SPAI-23. *Psychological Assessment*, 19, 133-145.
- Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2005). Negative problem orientation (Part II): construct validity and specificity to worry. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 403-412.
- Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2006). A cognitive-behavioral treatment targeting intolerance of uncertainty. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 289-304). Chichester, UK: Wiley.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Hemberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883-908.
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., Thissen, D. M., Heimberg, R. G., Chambless, D. L., & Rapee, R. M. (2004). More information from fewer questions: The factor structure and item properties of the original and Brief Fear of Negative Evaluation Scale. *Psychological Assessment*, 16, 169-181.
- Rodriguez, B. F., Bruce, S. E., Pagano, M. E., & Keller, M. B. (2005). Relationships among psychosocial functioning, diagnostic comorbidity, and the recurrence of generalized anxiety disorder, panic disorder, and major depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 752-766.
- Rodriguez, B. F., Pagano, M. E., & Keller, M. B. (2007). Psychometric characteristics of the Mobility Inventory in a longitudinal study of anxiety disorders: Replicating and exploring a three component solution. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 752-761.
- Roemer, L. (2001). Measures for anxiety and related constructs. In M. M. Antony, S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 49-83). New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Roemer, L., & Borkovec, T. D. (1993). Worry: Unwanted cognitive activity that controls somatic experience. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 220-238). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Roemer, L., & Borkovec, T. D. (1994). Effects of suppressing thoughts about emotional material. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 467-474.
- Roemer, L., Borkovec, M., Posa, S., & Borkovec, T. D. (1995). A self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 345-350.
- Roemer, L., Litz, B. T., Orsillo, S. M., & Wagner, A. W. (2001). A preliminary investigation of the role of strategic withholding of emotions in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 149-156.
- Roemer, L., Molina, S., Litz, B. T., & Borkovec, T. D. (1996-1997). Preliminary investigation of the role of previous exposure to potentially traumatizing events in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 4, 134-138.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2002). Generalized anxiety disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 477-515). New York: Guilford Press.
- Rogers, M. P., White, K., Warshaw, M. G., Yonkers, K. A., Rodriguez-Villa, F., Chang, G., et al. (1994). Prevalence of medical illness in patients with anxiety disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 24, 83-96.
- Rohner, J.-C. (2002). The time course of visual threat processing: High trait anxious individuals eventually avert their gaze from angry faces. *Cognition and Emotion*, 16, 837-844.
- Rohner, J.-C. (2004). Memory-based attentional biases: Anxiety is linked to threat avoidance. *Cognition and Emotion*, 18, 1027-1054.
- Romano, E., Tremblay, R. E., Vitaro, F., Zoccolillo, M., & Pagani, L. (2001). Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: Findings from an adolescent community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 451-461.
- Rosen, G. M., & Lilienfeld, S. O. (2008). Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions. *Clinical Psychology Review*, 28, 837-868.
- Rosen, G. M., Spitzer, R. L., & McHugh, P. R. (2008). Problems with the posttraumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM-V. *British Journal of Psychiatry*, 192, 3-4.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S.

- (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539-555.
- Roth, W. T., Wilhelm, F. H., & Pettit, D. (2005). Are current theories of panic falsifiable? *Psychologica Bulletin*, 131, 171-192.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D., Murdoch, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Rouf, K., Fennell, M., Westbrook, D., Cooper, M., & Bennett-Levy, J. (2004). Devising effective behavioural experiments. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 20-58). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rowa, K., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2007). Exposure and response prevention. In M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (Eds.), *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond* (pp. 79-109). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rowa, K., & Purdon, C. (2003). Why are certain intrusive thoughts more upsetting than others? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 1-11.
- Rowa, K., Purdon, C., Summerfeldt, L. J., & Antony, M. M. (2005). Why are some obsessions more upsetting than others? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1453-1465.
- Roy-Byrne, P. P., Mellman, T. A., & Uhde, T. W. (1988). Biologic findings in panic disorder: Neuroendocrine and sleep-related abnormalities. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 17-29.
- Roy-Byrne, P. P., Stang, P., Wittchen, H.-U., Ustun, B., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2000). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey: Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *British Journal of Psychiatry*, 176, 229-235.
- Rubin, G. J., Brewin, C. R., Greenberg, N., Hughes, J. H., Simpson, J., & Wessely, S. (2007). Enduring consequences of terrorism: 7-month follow-up survey of reactions to the bombings in London on 7 July 2005. *British Journal of Psychiatry*, 190, 350-356.
- Rubin, G. J., Brewin, C. R., Greenberg, N., Simpson, J., & Wessely, S. (2005). Psychological and behavioral reactions to the bombings in London on 7 July 2005: Cross-sectional survey of a representative sample. *British Medical Journal*, 331, 606-611.
- Ruggiero, K. J., Del Ben, K., Scotti, J. R., & Rabalais, A. E. (2003). Psychometric properties of the PTSD Checklist—Civilian Version. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 495-502.
- Ruscio, A. M. (2002). Delimiting the boundaries of generalized anxiety disorder: Differentiating high worriers with and without GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 377-400.
- Ruscio, A. M., & Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1469-1482.
- Ruscio, A. M., Borkovec, T. D., & Ruscio, J. (2001). A taxometric investigation of the latent structure of worry. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 413-422.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2007). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 15-28.
- Ruscio, A. M., Chiu, W. T., Roy-Byrne, P., Stang, P. E., Stein, D. J., Wittchen, H.-U., et al. (2007). Broadening the definition of generalized anxiety disorder: Effects on prevalence and associations with other disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 662-676.
- Ruscio, A. M., Ruscio, J., & Keane, T. M. (2002). The latent structure of posttraumatic stress disorder: A taxometric investigation of reactions to extreme stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 290-301.
- Rutherford, E. M., MacLeod, C., & Campbell, L. W. (2004). Negative selectivity effects and emotional selectivity effects in anxiety: Differential attentional correlates of state and trait variables. *Cognition and Emotion*, 18, 711-720.
- Rutledge, P. C. (1998). Obsessionality and the attempted suppression of unpleasant personal intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 403-416.
- Rutledge, P. C., Hancock, R. A., & Rutledge, J. H. (1996). Predictors of thought rebound. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 555-562.
- Rutledge, P. C., Hollenberg, D., & Hancock, R. A. (1993). Individual differences in the Wegner rebound effect: Evidence for a moderator variable in thought rebound following thought suppression. *Psychological Reports*, 72, 867-880.
- Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidence-based strategies, tools, and techniques*. New York: Guilford Press.
- Sachs, E., Rosenfeld, B., Lhewa, D., Rasmussen, A., & Keller, A. (2008). Entering exile: Trauma, mental health, and coping among Tibetan refugees arriving in Dharamsala, India. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 199-208.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Brown, E. J., & Holle, C. (1996-1997). Quality of life in social phobia. *Depression and Anxiety*, 4, 126-133.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Lerner, J., Henin, A., Warman, M., & Kendall, P. C. (2000). Differentiating anxious and depressive self-statements: Combined factor structure of the Anxious Self-Statements Questionnaire and the Automatic Thoughts Questionnaire—Revised. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 327-344.
- Salemink, E., van den Hout, M., & Kindt, M. (2007a). Trained interpretative bias: Validity and effects on anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychobiology*, 38, 212-224.
- Salemink, E., van den Hout, M., & Kindt, M. (2007b). Trained interpretative bias and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 329-340.
- Salge, R. A., Beck, J. G., & Logan, A. C. (1988). A community survey of panic. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 157-167.
- Salkovskis, P. M. (1983). Treatment of obsessional patient using habituation to audiotaped ruminations.

- British Journal of Clinical Psychology*, 22, 311–313.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571–583.
- Salkovskis, P. M. (1988). Phenomenology, assessment, and the cognitive model of panic. In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 111–136). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677–682.
- Salkovskis, P. M. (1996a). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety obsessions. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 48–74). New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M. (1996b). Avoidance behavior is motivated by threat belief: A possible resolution of the cognitive-behavior debate. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive and behavioral therapies* (pp. 25–41). Chichester, UK: Wiley.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29–S52.
- Salkovskis, P. M., & Bass, C. (1997). Hypochondriasis. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 313–339). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Gelder, M. G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 453–458.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Hackman, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 161–166.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Hackmann, A., Wells, A., & Gelder, M. G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 559–574.
- Salkovskis, P. M., & Forrester, E. (2002). Responsibility. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 45–61). Oxford, UK: Elsevier Science.
- Salkovskis, P. M., & Freeston, M. H. (2001). Obsessions, compulsions, motivation, and responsibility for harm. *Australian Journal of Psychology*, 53, 1–6.
- Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Gelder, M. G., & Clark, D. M. (2006). Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 877–885.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 1–4.
- Salkovskis, P. M., Jones, D. O., & Clark, D. M. (1986). Respiratory control in the treatment of panic attacks: Replication and extension with concurrent measurement of behaviour and pCO_2 . *British Journal of Psychiatry*, 148, 526–532.
- Salkovskis, P., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1055–1072.
- Salkovskis, P. M., Thorpe, S. J., Wahl, K., Wroe, A. L., & Forrester, E. (2003). Neutralizing increases discomfort associated with obsessional thoughts: An experimental study with obsessional patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 709–715.
- Salkovskis, P. M., & Wahl, K. (2004). Treating obsessional problems using cognitive-behavioural therapy. In M. Reinecke & D. A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy across the lifespan: Theory, research and practice* (pp. 138–171). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1988). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. In C. Perris, I. M. Blackburn, & H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice* (pp. 376–395). Berlin: Springer-Verlag.
- Salkovskis, P. M., Westbrook, D., Davis, J., Jeavons, A., & Gledhill, A. (1997). Effects of neutralizing on intrusive thoughts: An experiment investigating the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 211–219.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., et al. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347–372.
- Salvador-Carulla, L., Seguí, J., Fernández-Cano, P., & Canet, J. (1995). Costs and effects in panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 166(Suppl. 27), 23–28.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169–177.
- Sanderson, W. C., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks via inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air. *Archives of General Psychiatry*, 46, 157–162.
- Sanderson, W. C., Wetzler, S., Beck, A. T., & Betz, F. (1994). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 51, 167–174.
- Sareen, J., Cox, B. J., Clara, I., & Asmundson, G. J. G. (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U. S. National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 21, 193–202.
- Sartorius, N., Ustun, T. B., Lecrubier, Y., & Wittchen, H.-U. (1996). Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *British Journal of Psychiatry*, 168(Suppl. 30), 38–43.
- Saunders, B. E., Villeponteaux, L. A., Lipovsky, J. A., Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 189–204.
- Sbrana, A., Bizzarri, J. V., Rucci, P., Gonnelli, C., Doria, M. R., Spagnoli, S., et al. (2005). The spectrum of substance use in mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 6–13.
- Schacter, D. L. (1990). Introduction

- to "Implicit memory: Multiple perspectives." *Bulletin of the Psychonomic Society*, 28, 338-340.
- Schatzberg, A. F., Samson, J. A., Rothschild, A. J., Bond, T. C., & Regier, D. A. (1998). McLean Hospital Depression Research Facility: Early-onset phobic disorders and adult-onset major depression. *British Journal of Psychiatry*, 173(Suppl. 34), 29-34.
- Schmidt, N. B., & Cook, J. H. (1999). Effects of anxiety sensitivity on anxiety and pain during a cold pressor challenge in patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 313-323.
- Schmidt, N. B., Eggleston, A. M., Woolaway-Bickel, K., Fitzpatrick, K. K., Vasey, M. W., & Richey, J. A. (2007). Anxiety sensitivity amelioration training (ASAT): A longitudinal primary prevention program targeting cognitive vulnerability. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 302-319.
- Schmidt, N. B., Forsyth, J. P., Santiago, H. T., & Trakowski, J. H. (2002). Classification of panic attack subtypes in patients and normal controls in response to biological challenge: Implications for assessment and treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 625-638.
- Schmidt, N. B., & Joiner, T. E. (2002). Structure of the Anxiety Sensitivity Index: Psychometrics and factor structure in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 33-49.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1997). Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Replication and extension. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 532-537.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1999). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 355-364.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Joiner, T. E. (2000). Prospective evaluation of the etiology of anxiety sensitivity: Test of a scar model. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1083-1095.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Trakowski, J. H. (1997). Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 214-220.
- Schmidt, N. B., & Mallot, M. (2006). Evaluating anxiety sensitivity and other fundamental sensitivities predicting anxiety symptoms and fearful response to a biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1681-1688.
- Schmidt, N. B., Maner, J. K., & Zvolensky, M. J. (2007). Reactivity to challenge with carbon dioxide as a prospective predictor of panic attacks. *Psychiatry Research*, 151, 173-176.
- Schmidt, N. B., Richey, J. A., Buckner, J. D., & Timpano, K. R. (2009). Attention training for generalized social anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 5-14.
- Schmidt, N. B., Richey, J. A., & Fitzpatrick, K. K. (2006). Discomfort intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 263-280.
- Schmidt, N. B., Richey, A., Woolaway-Bickel, K., & Maner, J. K. (2006). Differential effects of safety in extinction of anxious responding to a CO₂ challenge in patients with panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 341-350.
- Schmidt, N. B., & Woolaway-Bickel, K. (2006). Cognitive vulnerability to panic disorder. In L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 207-234). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schmidt, N. B., Woolaway-Bickel, K., Trakowski, J., Santiago, H., Storey, J., Koselka, M., & Cook, J. (2000). Dismantling cognitive-behavioral treatment for panic disorder: Questioning the utility of breathing retraining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 417-424.
- Schneider, R., & Schulte, D. (2007). Panic patients reveal idiographic associations between anxiety symptoms and catastrophes in a semantic priming task. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 211-223.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in the epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2004). The relationship between automatic thoughts and negative evaluation in children and adolescents: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 464-470.
- Schnurr, P. P., Freidman, M. J., Foy, D. W., Shea, T., Hsieh, F. Y., Lavori, P. W., et al. (2003). Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: Results from a Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 481-489.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Jonker, C., & van Tilburg, W. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: Results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 994-1001.
- Schuurmans, J., Comijs, H. C., Beekman, A. T. F., de Beurs, E., Deeg, D. J. H., Emmelkamp, P. M. G., et al. (2005). The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 420-428.
- Scott, E. L., Eng, W., & Heimberg, R. G. (2002). Ethnic differences in worry in a nonclinical population. *Depression and Anxiety*, 15, 79-82.
- See, J., MacLeod, C., & Bridle, R. (2009). The reduction of anxiety vulnerability through the modification of attentional bias: A real-world study using a home-based cognitive bias modification procedure. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 65-75.
- Seedat, S., Njenga, C., Vythilingum, B., & Stein, D. J. (2004). Trauma exposure and post-traumatic stress symptoms in urban African schools. *British Journal of Psychiatry*, 184, 169-175.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45-65). New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindful-*

- ness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press.
- Segerstrom, S. C., Tsao, J. C. I., Alden, L. E., & Craske, M. G. (2000). Worry and rumination: Repetitive thoughts as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 671-688.
- Seligman, M. E. P., & Johnston, J. C. (1973). A cognitive theory of avoidance learning. In J. McGuigan & B. Lumsden (Eds.), *Contemporary approaches to conditioning and learning* (pp. 69-110). New York: Wiley.
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2008). The Cognitive Avoidance Questionnaire: Validation of the English translation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 355-370.
- Shafraan, R. (1997). The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 397-407.
- Shafraan, R. (2003). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. In R. G. Menzies & P. de Silva (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 311-320). Chichester, UK: Wiley.
- Shafraan, R. (2005). Cognitive-behavioral models of OCD. In J. S. Abramowitz & A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 229-252). New York: Springer.
- Shafraan, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. J. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Shalev, A. Y. (2002). Acute stress reactions in adults. *Biological Psychiatry*, 51, 532-543.
- Shapiro, D. H., Schwartz, C. E., & Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51, 1213-1230.
- Shear, M. K., & Maser, J. D. (1994). Standardized assessment for panic disorder research: A conference report. *Archives of General Psychiatry*, 51, 346-354.
- Sherbourne, C. D., Wells, K. B., & Judd, L. L. (1996). Functioning and well-being of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 213-218.
- Sherbourne, C. D., Wells, K. B., Meredith, L. S., Jackson, C. A., & Camp, P. (1996). Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers. *Archives of General Psychiatry*, 53, 889-895.
- Shipherd, J. C., & Beck, J. G. (1999). The effects of suppressing trauma-related thoughts on women with rape-related posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 99-112.
- Shipherd, J. C., Street, A. E., & Resick, P. A. (2006). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. In V. M. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 96-116). New York: Guilford Press.
- Sibrava, N. J., & Borkovec, T. D. (2006). The cognitive avoidance theory of worry. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 239-256). Chichester, UK: Wiley.
- Sica, C., Coradeschi, D., Sanavio, E., Dorz, S., Manchisi, D., & Novara, C. (2004). A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 291-307.
- Siegel, L., Jones, W. C., & Wilson, J. O. (1990). Economic and life consequences experienced by a group of individuals with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 201-211.
- Siev, J., & Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 513-522.
- Silver, R. C., Holman, E. A., McIntosh, D. N., Poulin, M., & Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1235-1244.
- Simms, L. J., Watson, D., & Doebbeling, B. N. (2002). Confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the Gulf War. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 637-647.
- Simon, N. M., Otto, M. W., Korbly, N. B., Peters, P. M., Nicolaou, D. C., & Pollack, M. H. (2002). Quality of life in social anxiety disorder compared with panic disorder and the general population. *Psychiatric Services*, 53, 714-718.
- Simpson, J. R., Öngür, D., Akbudak, E., Conturo, T. E., Ollinger, J. M., Snyder, A. Z., et al. (2000). The emotional modulation of cognitive processing: An fMRI study. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 12(Suppl. 2), 157-170.
- Sinha, S. S., Mohlman, J., & Gorman, J. M. (2004). Neurobiology. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 187-216). New York: Guilford Press.
- Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-127.
- Sleath, B., & Rubin, R. H. (2002). Gender, ethnicity, and physician-patient communication about depression and anxiety in primary care. *Patient Education and Counseling*, 48, 243-252.
- Sloan, T., & Telch, M. J. (2002). The effects of safety-seeking behavior and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 235-251.
- Smári, J., Birgisdóttir, A. B., & Brynjólfssdóttir, B. (1995). Obsessive-compulsive symptoms and suppression of personally relevant unwanted thoughts. *Personality and Individual Differences*, 18, 621-625.
- Smoller, J. W., Pollack, M. H., Wassertheil-Smoller, S., Jackson, R. D., Oberman, A., Wong, N. D., et al. (2007). Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the Women's Health Initiative Observational Study. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1153-1160.
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184.
- Smyth, L. (1999). *Overcoming post-traumatic stress disorder: Thera-*

- pist protocol. Oakland, CA: New Harbinger.
- Sokol, L., Beck, A. T., Greenberg, R. L., Wright, F. D., & Berchick, R. J. (1989). Cognitive therapy of panic disorder: A nonpharmacological alternative. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 711-716.
- Solomon, Z., & Mikulincer, M. (2007). Posttraumatic intrusive, avoidance, and social dysfunctioning: A 20-year longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 316-324.
- Somerville, L. H., Kim, H., Johnstone, T., Alexander, A. L., & Whalen, P. J. (2004). Human amygdala responses during presentation of happy and neutral faces: Correlations with state anxiety. *Biological Psychiatry*, 55, 897-903.
- Somoza, E., Steer, R. A., Beck, A. T., & Clark, D. A. (1994). Differentiating major depression and panic disorder by self-report and clinical rating scales: ROC analysis and information theory. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 771-782.
- Sookman, D., & Pinard, G. (2002). Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 63-89). Oxford, UK: Elsevier Press.
- Sookman, D., Pinard, G., & Beck, A. T. (2001). Vulnerability schemas in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 109-130.
- Spector, I. P., Pecknold, J. C., & Libman, E. (2003). Selective attention bias related to the noticeability aspect of anxiety symptoms in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 517-531.
- Spielberger, C. D. (1985). Anxiety, cognition and affect: A state-trait perspective. In A. H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 171-182). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (1970). *STAI manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R. L., First, M. B., & Wakefield, J. C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 233-241.
- Stangier, U., Esser, F., Leber, S., Risch, A. K., & Heidenreich, T. (2006). Interpersonal problems in social phobia versus unipolar depression. *Depression and Anxiety*, 23, 418-421.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991-1007.
- Stangier, U., Heidenreich, T., & Schermelleh-Engel, K. (2006). Safety behaviors and social performance in patients with generalized social phobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 17-31.
- Stanley, M. A., Beck, J. G., Novy, D. M., Averill, P. M., Swann, A. C., Diefenach, G. J., et al. (2003). Cognitive-behavioral treatment of late-life generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 309-319.
- Stanley, M. A., & Turner, S. M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 26, 163-186.
- Starcevic, V., & Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key constructs. *Depression and Anxiety*, 23, 51-61.
- Startup, M., Makgekgenene, L., & Webster, R. (2007). The role of self-blame for trauma as assessed by the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A self-protective cognition? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 395-403.
- St. Clare, T. (2003). Assessment procedures. In R. G. Menzies & P. de Silva (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 239-257). Chichester, UK: Wiley.
- Steer, R. A., Beck, A. T., Clark, D. A., & Beck, J. S. (1994). Psychometric properties of the Cognitions Checklist with psychiatric outpatients and university students. *Psychological Assessment*, 6, 67-70.
- Steer, R. A., Ranieri, W., Beck, A. T., & Clark, D. A. (1993). Further evidence for the validity of the Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 195-205.
- Steil, R., & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 537-558.
- Stein, M. B., Baird, A., & Walker, J. R. (1996). Social phobia in adults with stuttering. *American Journal of Psychiatry*, 153, 278-280.
- Stein, M. B., Goldin, P. R., Sareen, J., Eyler Zorrilla, L. T., & Brown, G. G. (2002). Increased amygdala activation to angry and contemptuous faces in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 59, 1027-1034.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J., & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1046-1052.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hazen, A. L., Ross, C. A., Eldridge, G., & Forde, D. R. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 153, 275-277.
- Stein, M. B., Walker, J. R., & Forde, D. R. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia: Considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 151, 408-412.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1114-1119.
- Steiner, M., Allgulander, C., Ravindran, A., Kosar, H., Burt, T., & Austin, C. (2005). Gender differences in clinical presentation and response to sertraline treatment for generalized anxiety disorder. *Human Psychopharmacology and Clinical Experiments*, 20, 3-13.
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. New York: Guilford Press.
- Steketee, G. S. (1999). *Overcoming obsessive-compulsive disorder: A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Steketee, G., & Barlow, D. H. (2002). Obsessive-compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxi-*

- ety and its disorders: *The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 516–550). New York: Guilford Press.
- Steketee, G., & Frost, R. O. (2007). *Compulsive hoarding and acquiring: Therapist guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Steketee, G. S., Frost, R. O., & Bogart, K. (1996). The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale: Interview versus self-report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 675–684.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 525–537.
- Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 526–531.
- Sternberg, R. J. (1996). *Cognitive psychology*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace College Publishers.
- Stewart, W. F., Linet, M. S., & Celentano, D. D. (1989). Migraine headaches and panic attacks. *Psychosomatic Medicine*, 51, 559–569.
- Stöber, J. (1998). Reliability and validity of two widely-used worry questionnaires: Self-report and self-peer convergences. *Personality and Individual Differences*, 24, 887–890.
- Stöber, J., & Joorman, J. (2001). A short form of the Worry Domains Questionnaire: Construction and factorial validation. *Personality and Individual Differences*, 31, 591–598.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255–267.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 273–283.
- Story, T. J., & Craske, M. G. (2008). Response to false physiological feedback in individuals with panic attacks and elevated anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1001–1008.
- Story, T. J., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2004). Secondary prevention of anxiety disorders. In D. J. A. Dozois & K. S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice* (pp. 131–160). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Stravynski, A. (2007). *Fearing others: The nature and treatment of social phobia*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Stravynski, A., Bond, S., & Amado, D. (2004). Cognitive causes of social phobia: A critical appraisal. *Clinical Psychology Review*, 24, 421–440.
- Street, L. L., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1989). Sensation, cognitions, and the perception of cues associated with expected and unexpected panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 189–198.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643–662.
- Suarez, L., & Bell-Dolan, D. (2001). The relationship of child worry to cognitive biases: Threat interpretation and likelihood of event occurrence. *Behavior Therapy*, 32, 425–442.
- Summerfeldt, L. J., & Antony, M. M. (2002). Structured and semistructured diagnostic interviews. In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 3–37). New York: Guilford Press.
- Summerfeldt, L. J., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Personality and obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 79–119). New York: Guilford Press.
- Sutherland, K., & Bryant, R. A. (2008). Social problem solving and autobiographical memory in post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 154–161.
- Sweeney, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974–991.
- Swoboda, H., Amering, M., Windhaber, J., & Katschnig, H. (2003). The long-term course of panic disorder: An 11 year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 223–232.
- Tallis, F. (1994). Obsessions, responsibility and guilt: Two case reports suggesting a common and specific etiology. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 143–145.
- Tallis, F., Davey, G. C. L., & Bond, A. (1994). The Worry Domains Questionnaire. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 285–297). Chichester, UK: Wiley.
- Tallis, F., Eysenck, M., & Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of nonpathological worry. *Personality and Individual Differences*, 13, 161–168.
- Tanaka-Matsumi, J., & Kameoka, V. A. (1986). Reliabilities and concurrent validity of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 328–333.
- Tanielian, T., & Jaycox, L. H. (2008). *Invisible wounds of war: Psychological and cognitive injuries, their consequence, and services to assist recovery*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Tanner, R. J., Stopa, L., & de Houwer, J. (2006). Implicit views of the self in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1397–1409.
- Tarrier, N., & Sommerfeld, C. (2004). Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure: 5-year follow-up. *Behavior Therapy*, 35, 231–246.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfeld, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., et al. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 13–18.
- Tata, P. R., Leibowitz, J. A., Prunty, M. J., Cameron, M., & Pickering, A. D. (1996). Attentional bias in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 53–60.
- Taylor, C. B., Sheikh, J., Agras, W. S., Roth, W. T., Margraf, J., Ehlers, A., et al. (1986). Ambulatory heart rate changes in patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 143, 478–482.
- Taylor, S. (1995a). Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 243–258.
- Taylor, S. (1995b). Assessment of obsessions and compulsions: Reliability, validity, and sensitivity to

- treatment effects. *Clinical Psychology Review*, 15, 261-296.
- Taylor, S. (1998). Assessment of obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 229-257). New York: Guilford Press.
- Taylor, S. (2000). *Understanding and treating panic disorder: Cognitive-behavioural approaches*. Chichester, UK: Wiley.
- Taylor, S. (2006). *Clinician's guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2007). Cognitive-behavioral models of obsessive-compulsive disorder. In M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (Eds.), *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond* (pp. 9-29). Washington, DC: American Psychological Association.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D., Calamari, J. E., Sookman, D., Kyrios, M., et al. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 85-97.
- Taylor, S., Asmundson, G. J. G., & Carleton, R. N. (2006). Simple versus complex PTSD: A cluster analytic investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 459-472.
- Taylor, S., & Cox, B. J. (1998). An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 463-483.
- Taylor, S., Koch, W. J., & McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 249-259.
- Taylor, S., Koch, W. J., McNally, R. J., & Crockett, D. J. (1992). Conceptualizations of anxiety sensitivity. *Psychological Assessment*, 4, 245-250.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogrodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R. et al. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19, 176-188.
- Teachman, B. A., Gregg, A., & Woody, S. (2001). Implicit attitudes toward fear-relevant stimuli in individuals with snake and spider fears. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 226-235.
- Teachman, B. A., Smith-Janik, S. B., & Saporito, J. (2007). Information processing biases and panic disorder: Relationships among cognitive and symptom variables. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1791-1811.
- Teachman, B. A., & Woody, S. R. (2003). Automatic processing in spider phobia: Implicit fear associations over the course of treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 100-109.
- Teachman, B. A., & Woody, S. R. (2004). Staying tuned to research in implicit cognition: Relevance for clinical practice with anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 149-159.
- Teachman, B. A., Woody, S. R., & Magee, J. C. (2006). Implicit and explicit appraisals of the importance of intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 785-805.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Tek, C., & Ulug, B. (2001). Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 104, 99-108.
- Telch, M. J., Lucas, J. A., & Nelson, P. (1989). Nonclinical panic in college students: An investigation of prevalence and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 300-306.
- Telch, M. J., Lucas, R. A., Smits, J. A. J., Powers, M. B., Heimberg, R. G., & Hart, T. (2004). Appraisal of Social Concerns: A cognitive assessment instrument for social phobia. *Depression and Anxiety*, 19, 217-224.
- Telch, M. J., Silverman, A., & Schmidt, N. B. (1996). Effects of anxiety sensitivity and perceived control on emotional responding to caffeine challenge. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 21-35.
- Thayer, J. F., Friedman, B. H., & Borkovec, T. D. (1996). Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Biological Psychiatry*, 39, 255-266.
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafraan, R., Sawchuk, C. N., & Hakstian, A. R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1289-1314.
- Thordarson, D. S., & Shafraan, R. (2002). Importance of thoughts. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 15-28). Oxford, UK: Elsevier.
- Thyer, B. A. (1985). Audio-taped exposure therapy in a case of obsessional neurosis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 271-273.
- Thyer, B. A., & Himle, J. (1985). Temporal relationship between panic attack onset and phobic avoidance in agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 607-608.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 233-242.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Hamlin, C., Foa, E. B., & Synodi, D. S. (2002). Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 505-517.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Przeworski, A., & Foa, E. B. (2002). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1255-1274.
- Tolin, D. F., & Steketee, G. (2007). General issues in psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. In Antony, M. M., Purdon, C., & Summerfeldt, L. J. (Eds.), *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder*.

- der: *Fundamentals and beyond* (pp. 31–59). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 469–480.
- Tomarken, A. J., Mineka, S., & Cook, M. (1989). Fear-relevant selective association and covariation bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 381–394.
- Trinder, H., & Salkovskis, P. M. (1994). Personally relevant intrusions outside the laboratory: Long-term suppression increases intrusion. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 833–842.
- Trull, T. J., & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a non-clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 350–360.
- Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 959–970.
- Turgeon, L., Marchand, A., & Dupuis, G. (1998). Clinical features of panic disorder with agoraphobia: A comparison of men and women. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 539–553.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Magee, L. (2008). Social anxiety disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 123–163). New York: Guilford Press.
- Turk, C. L., Heimberg, R. S., & Mennin, D. S. (2004). Assessment. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 219–247). New York: Guilford Press.
- Turk, C. L., & Wolanin, A. T. (2006). Assessment of generalized anxiety disorder. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 137–155). Chichester, UK: Wiley.
- Turner, S., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L., & Yule, W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *British Journal of Psychiatry*, 182, 444–448.
- Turner, S. M., & Beidel, D. C. (1985). Empirically derived subtypes of social anxiety. *Behavior Therapy*, 16, 384–392.
- Turner, S. M., & Beidel, D. C. (1989). Social phobia, clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9, 3–18.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Borden, J. W., Stanley, M. R., & Jacobs, R. G. (1991). Social phobia: Axis I and Axis II correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 102–106.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Dancu, C. V. (1996). *SPAI: Social Phobia and Anxiety Inventory Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389–394.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 35–40.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Frueh, B. C. (2005). Multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29, 39–69.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Larkin, K. T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: Physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 523–527.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 497–505.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326–331.
- Turner, S. M., Johnson, M. R., Beidel, D. C., Heiser, N. A., & Lydiard, R. B. (2003). The Social Thoughts and Beliefs Scale: A new inventory for assessing cognitions in social phobia. *Psychological Assessment*, 15, 384–391.
- Turner, S. M., Stanley, M. A., Beidel, D. C., & Bond, L. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Construct validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 221–234.
- Turner, J., & Lloyd, D. A. (2004). Stress burden and the lifetime incidence of psychiatric disorder in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 61, 481–488.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37, 3–13.
- Tyler, A. (2000). Depression in Europe: Experience from the DEPRES II survey. *European Neuropsychopharmacology*, 10(Suppl. 4), S445–S448.
- Tyrer, P., Gunderson, J. G., Lyons, M., & Tohen, M. (1997). Special feature: Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 242–259.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., & Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 821–831.
- Uren, T. H., Szabó, M., & Lovibond, P. F. (2004). Probability and cost estimates for social and physical outcomes in social phobia and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 481–498.
- U.S. Department of Veterans Affairs. (2003). *2001 National Survey of Veterans (NSV), final report*. Washington, DC: Author.
- van Balkom, A. J. L. M., de Haan, E., van Oppen, P., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. L., & van Dyck, R. (1998). Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 492–499.
- van Balkom, A. J. L. M., Nauta, M. C. E., & Bakker, A. (1995). Meta-analysis on the treatment of panic disorder with agoraphobia: Review and re-examination. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 1–14.
- van Balkom, A. J. L. M., van Oppen,

- P., Vermeulen, A. W. A., van Dyck, R., Nauta, M. C. E., & Vorst, H. C. M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359-381.
- van der Does, A. J. W., Antony, M. M., Ehlers, A., & Barsky, A. J. (2000). Heartbeat perception in panic disorder: A reanalysis. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 47-62.
- van de Hout, M., Arntz, A., & Hoekstra, R. (1994). Exposure reduced agoraphobia but not panic, and cognitive therapy reduced panic but not agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 447-451.
- Van den Heuvel, O. A., Veltman, D. J., Groenewegen, H. J., Dolan, R. J., Cath, D. C., Boellaard, R., et al. (2004). Amygdala activity in obsessive-compulsive disorder with contamination fear: A study with oxygen-15 water positron emission tomography. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 132, 225-237.
- van den Hout, M. A., & Griez, E. (1984). Panic symptoms after inhalation of carbon dioxide. *British Journal of Psychiatry*, 144, 503-507.
- van den Hout, M., & Merckelbach, H. (1991). Classical conditioning: Still going strong. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 59-79.
- van der Molen, G. M., van den Hout, M. A., Vroemen, J., Lousberg, H., & Griez, E. (1986). Cognitive determinants of lactate-induced anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 677-680.
- van Ommeren, M. (2003). Validity issues in transculatinal epidemiology. *British Journal of Psychiatry*, 182, 376-378.
- van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
- van Oppen, P., de Haan, E., van Balkom, A. J. L. M., Spinhoven, P., Hoogduin, K., & van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure *in vivo* in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.
- van Oppen, P., Hoekstra, R. J., & Emmelkamp, P. M. G. (1995). The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 15-23.
- van Velzen, C. J. M., Emmelkamp, P. M. G., & Scholing, A. (2000). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: Differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 395-411.
- Vasey, M. W., & Borkovec, T. D. (1992). A catastrophizing assessment of worrisome thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 505-520.
- Vassilopoulos, S. Ph. (2005). Social anxiety and the vigilance-avoidance pattern of attentional processing. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 13-24.
- Vassilopoulos, S. Ph. (2008). Coping strategies and anticipatory processing in high and low socially anxious individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 98-107.
- Vazquez-Barquero, J. L., Garcia, J., Simon, J. A., Iglesias, C., Montejo, J., Herran, A., et al. (1997). Mental health in primary care: An epidemiological study of morbidity and use of health. *British Journal of Psychiatry*, 170, 529-539.
- Veale, D. (2007). Treating obsessive-compulsive disorder in people with poor insight and overvalued ideation. In M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (Eds.), *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond* (pp. 267-280). Washington, DC: American Psychological Association.
- Verburg, K., Griez, E., Meijer, J., & Pols, H. (1995). Discrimination between panic disorder and generalized anxiety disorders by 35% carbon dioxide challenge. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1081-1083.
- Verkuil, B., Brosschot, J. F., & Thayer, J. F. (2007). Capturing worry in daily life: Are trait questionnaires sufficient? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1835-1844.
- Vickers, K., & McNally, R. J. (2004). Panic disorder and suicide attempt in the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 582-591.
- Vlahov, D., Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., Boscarino, J. A., Bucuvalas, M., et al. (2002). Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after the September 11th terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 155, 988-996.
- Vogt, D. S., King, D. W., & King, L. A. (2007). Risk pathways for PTSD: Making sense of the literature. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 99-115). New York: Guilford Press.
- Vogt, D. S., Samper, R. E., King, D. W., King, L. A., & Martin, J. A. (2008). Deployment of stressors and posttraumatic stress symptomatology: Comparing active duty and National Guard/Reserve personnel from Gulf War I. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 66-74.
- Voncken, M. J., Alden, L. E., & Bögels, S. M. (2006). Hiding anxiety versus acknowledgment of anxiety in social interaction: Relationship with social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1673-1679.
- Voncken, M. J., Bögels, S. M., & de Vries, K. (2003). Interpretation and judgmental biases in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1481-1488.
- Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and posttraumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 289-302.
- Vrana, S. R., Roodman, A., & Beckham, J. C. (1995). Selective processing of trauma-relevant words in posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 515-530.
- Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Michael, T., & Margraf, J. (2007). Subtypes of social phobia: Are they of any use? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 59-75.
- Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Williams, S. L., Lutz, R., & Margraf, J. (2007). Recovery from social phobia in the community and its predictors: Data from a longitudinal epidemiological study. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 320-337.
- Wagner, R., Silveo, D., Marnane, C., & Rouen, D. (2006). Delays in referral of patients with social phobia, panic disorder and generalized anxiety disorder attending a

- specialist anxiety clinic. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 363–371.
- Walker, E. A., Katon, W., Russo, J., Ciechanowski, P., Newman, E., & Wagner, A. W. (2003). Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women. *Archives of General Psychiatry*, 60, 369–374.
- Walters, K. S., & Hope, D. A. (1998). Analysis of social behavior in individuals with social phobia and nonanxious participants using a psychobiological model. *Behavior Therapy*, 29, 387–407.
- Walters, K., Rait, G., Petersen, I., Williams, R., & Nazareth, I. (2008). Panic disorder and risk of new onset coronary heart disease, acute myocardial infarction, and cardiac mortality: Cohort study using the general practice research database. *European Heart Journal*, 29, 2981–2988.
- Wang, A., & Clark, D. A. (2008). *The suppression of worry and its triggers in a nonclinical sample: Rebound and other negative effects*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of New Brunswick, Canada.
- Wang, P. S., Berglund, P., Olsson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63, 603–613.
- Wang, P. S., Lane, M., Olsson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Result from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63, 629–640.
- Watkins, E. R. (2004). Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 679–694.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163–206.
- Watkins, E. R., Moulds, M., & Mackintosh, B. (2005). Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1577–1585.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 522–536.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465–490.
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346–353.
- Watson, D., Clark, L. A., & Harkness, A. R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 18–31.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448–457.
- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. T. (2001). Clinician-Administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*, 13, 132–156.
- Weathers, F. W., Ruscio, A. M., & Keane, T. M. (1999). Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered Post-traumatic Stress Disorder Scale. *Psychological Assessment*, 11, 124–133.
- Weeks, J. W., Heimberg, R. G., Rodebaugh, T. L., & Norton, P. J. (2008). Exploring the relationship between fear of positive evaluation and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 386–400.
- Weens, C. F., Hayward, C., Killen, J., & Taylor, C. B. (2002). A longitudinal investigation of anxiety sensitivity in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 471–477.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34–52.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5–13.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615–640.
- Weiller, E., Bisslerbe, J.-C., Maier, W., & LeCrubier, Y. (1998). Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings: A report from the WHO Study on Psychological Problems in General Health Care. *British Journal of Psychiatry*, 173(Suppl. 34), 18–23.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). New York: Guilford Press.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Lee, C. K., et al. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(Suppl. 3), 5–10.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., Markowitz, J. S., & Ouellette, R. (1989). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *New England Journal of Medicine*, 321, 1209–1214.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. S., Ouellette, R., Greenwald, S., & Kahn, J. P. (1990). Panic disorder and cardiovascular/cerebrovascular problems: Results from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1504–1508.
- Wells, A. (1994a). A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 289–299.
- Wells, A. (1994b). Attention and the control of worry. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 91–114). Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301–320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23, 526–555.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD: Metacognitions and path-

- ological worry. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 164-186). New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2005a). Worry, intrusive thoughts, and generalized anxiety disorder: The metacognitive theory and treatment. In D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 119-144). New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2005b). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121.
- Wells, A. (2006). The metacognitive model of worry and generalized anxiety disorder. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 179-216). Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., & Bulter, G. (1997). Generalized anxiety disorder. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 155-178). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585-594.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Wells, A., & Clark, D. M. (1997). Social phobia: A cognitive approach. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 3-26). Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A., & Matthews, G. (2006). Cognitive vulnerability to anxiety disorders: An integration. In L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 303-325). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wells, A., & Morrison, A. P. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: A comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 867-870.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 579-583.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998a). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms, and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899-913.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998b). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Social phobic interoception: Effects of bodily information on anxiety, beliefs and self-processing. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1-11.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 365-377.
- Wells, A., White, J., & Carter, K. (1997). Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226-232.
- Wenzel, A., Finstrom, N., Jordan, J., & Brendle, J. R. (2005). Memory and interpretation of visual representations of threat in socially anxious and nonanxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1029-1044.
- Wenzel, A., & Holt, C. S. (2002). Memory bias against threat in social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 73-79.
- Wenzel, A., Jackson, L. C., & Holt, C. S. (2002). Social phobia and the recall of autobiographical memories. *Depression and Anxiety*, 15, 186-189.
- Wenzel, A., Sharp, I. R., Brown, G. K., Greenberg, R. L., & Beck, A. T. (2006). Dysfunctional beliefs in panic disorder: The Panic Belief Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 819-833.
- Wenzel, A., Sharp, I. R., Sokol, L., & Beck, A. T. (2005). *An investigation of attentional fixation in panic disorder*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Wenzel, A., Werner, M. M., Cochran, C. K., & Holt, C. S. (2004). A differential pattern of autobiographical memory retrieval in social phobic and nonanxious individuals. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 1-13.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M., & Roper, D. W. (1988). Depression and mental control: The resurgence of unwanted negative thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 882-892.
- Wetherell, J. L., Gatz, M., & Craske, M. G. (2003). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 31-40.
- Wetherell, J. L., Roux, H. L., & Gatz, M. (2003). DSM-IV criteria for generalized anxiety disorder in older adults: Distinguishing the worried from the well. *Psychology and Aging*, 18, 622-627.
- Whalley, M. G., & Brewin, C. R. (2007). Mental health following terrorist attacks. *British Journal of Psychiatry*, 190, 94-96.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L., Kalikow, K., Walsh, T., et al. (1990). Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non-referred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 487-496.
- White, K. S., & Barlow, D. H. (2002). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety*

- and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed., pp. 328-379). New York: Guilford Press.
- White, K. S., Brown, T. A., Somers, T. J., & Barlow, D. H. (2006). Avoidance behavior in panic disorder: The moderating influence of perceived control. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 147-157.
- Whiteside, S. P., Port, J. D., & Abramowitz, J. S. (2004). A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 132, 69-79.
- Whittal, M. L., & McLean, P. D. (2002). Group cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment* (pp. 417-433). Amsterdam, The Netherlands: Elsevier Science.
- Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1559-1576.
- WHO World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2581-2590.
- Widiger, T. A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: A commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 340-343.
- Wiedemann, G., Pauli, P., & Dengler, W. (2001). A priori expectancy bias in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 401-412.
- Wilhelm, S., & Steketee, G. S. (2006). *Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A guide for professionals*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., et al. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders* (2nd ed.). Chichester, UK: Wiley.
- Williams, M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford Press.
- Williams, N. L., Shahar, G., Riskind, J. H., & Joiner, T. E. (2005). The looming maladaptive style predicts shared variance in anxiety disorder symptoms: Further support for a cognitive model of vulnerability to anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 157-175.
- Williams, S. L., Williams, D. R., Stein, D. J., Seedat, S., Jackson, P. B., & Moomal, H. (2007). Multiple traumatic events and psychological distress: The South Africa Stress and Health Study. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 845-855.
- Wilson, E., & MacLeod, C. (2003). Contrasting two accounts of anxiety-linked attentional bias: Selective attention to varying levels of stimulus threat intensity. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 212-218.
- Wilson, E. J., MacLeod, C., Mathews, A., & Rutherford, E. M. (2006). The causal role of interpretative bias in anxiety reactivity. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 103-111.
- Wilson, J. K., & Rapee, R. M. (2004). Cognitive theory and therapy of social phobia. In M. A. Reinecke & D. A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice* (pp. 258-292). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Wilson, J. K., & Rapee, R. M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia with versus without comorbid mood disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 245-274.
- Wilson, J. K., & Rapee, R. M. (2006). Self-concept certainty in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 113-136.
- Wilson, J. P. (2004). PTSD and complex PTSD: Symptoms, syndromes, and diagnoses. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2nd ed., pp. 7-44). New York: Guilford Press.
- Wilson, K. A., & Chambless, D. L. (2005). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1645-1654.
- Wilson, K. G., Sandler, L. S., Asmundson, G. J. G., Ediger, J. M., Larsen, D. K., & Walker, J. R. (1992). Panic attacks in the non-clinical population: An empirical approach to case identification. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 460-468.
- Wittchen, H.-U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16, 162-171.
- Wittchen, H.-U., & Boyer, P. (1998). Screening for anxiety disorders: Sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15). *British Journal of Psychiatry*, 173(Suppl. 34), 10-17.
- Wittchen, H.-U., Reed, V., & Kessler, R. C. (1998). The relationship of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1017-1024.
- Wittchen, H.-U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Wittchen, H.-U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 355-364.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. New York: Pergamon Press.
- Woods, C. M., Frost, R. O., & Steketee, G. (2002). Obsessive compulsive (OC) symptoms and subjective severity, probability, and coping ability estimates of future negative events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 104-111.
- Woody, S. R., & Rachman, S. (1994). Generalized anxiety disorder (GAD) as an unsuccessful search for safety. *Clinical Psychology Review*, 14, 743-753.
- Woody, S. R., Steketee, G., & Chambless, D. L. (1995). Reliability and validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 597-605.
- Woody, S. R., Taylor, S., McLean, P.

- D., & Koch, W. J. (1998). Cognitive specificity in panic and depression: Implications for comorbidity. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 427-443.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: Author.
- Wroe, A. L., Salkovskis, P. M., & Richards, H. C. (2000). "Now I know it could happen, I have to prevent it": A clinical study of the specificity of intrusive thoughts and the decision to prevent harm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 63-70.
- Wu, K. D., Clark, L. A., & Watson, D. (2006). Relations between obsessive-compulsive disorder and personality: Beyond Axis I-Axis II comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 695-717.
- Yiend, J., Mackintosh, B., & Mathews, A. (2005). Enduring consequences of experimentally induced biases in interpretation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 779-797.
- Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness: Course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. Findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17, 173-179.
- Yonkers, K. A., Dyck, I. R., Warshaw, M., & Keller, M. B. (2000). Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 176, 544-549.
- Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Massion, A. O., & Keller, M. B. (1996). Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 308-313.
- Yonkers, K. A., Zlotnick, C., Allsworth, J., Warshaw, M., Shea, T., & Keller, M. B. (1998). Is the course of panic disorder the same in women and men? *American Journal of Psychiatry*, 155, 596-602.
- York, D., Borkovec, T. D., Vasey, M., & Stern, R. (1987). Effects of worry and somatic anxiety induction on thoughts, emotion and physiological activity. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 523-526.
- Zatzick, D. F., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Browner, W. S., Metzler, T. J., Golding, J. M., et al. (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1690-1695.
- Zatzick, D. F., Rivara, F. P., Nathens, A. B., Jurkovich, G. J., Wang, J., Fan, M.-Y., et al. (2007). A nationwide US study of post-traumatic stress after hospitalization for physical injury. *Psychological Medicine*, 37, 1469-1480.
- Zebb, B. J., & Moore, M. C. (1999). Another look at the psychometric properties of the Anxiety Control Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1091-1103.
- Zhang, W., Ross, J., & Davidson, J. R. T. (2004). Social anxiety disorder in callers to the Anxiety Disorders Association of America. *Depression and Anxiety*, 20, 101-106.
- Zhong, J., Wang, A., Qian, M., Zhang, L., Gao, J., Yang, J., et al. (2008). Shame, personality, and social anxiety symptoms in Chinese and American nonclinical samples: A cross-cultural study. *Depression and Anxiety*, 25, 449-460.
- Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1996). Structure of anxiety and the anxiety disorders: A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 181-193.
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9, 277-284.
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P., & Saldivia, S. (2006). Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychological Medicine*, 36, 1523-1533.
- Zoellner, L. A., Sacks, M. B., & Foa, E. B. (2003). Directed forgetting following mood induction in chronic posttraumatic stress disorder patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 508-514.
- Zolensky, M. J., Arrindell, W. A., Taylor, S., Bouvard, M., Cox, B. J., Stewart, S. H., et al. (2003). Anxiety sensitivity in six countries. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 841-859.
- Zvolensky, M. J., Feldner, M. T., Eifert, G. H., & Stewart, S. H. (2001). Evaluating differential predictions of emotional reactivity during repeated 20% carbon dioxide-enriched air challenge. *Cognition and Emotion*, 15, 767-786.
- Zvolensky, M. J., Kotov, R., Antipova, A. V., & Schmidt, N. B. (2005). Diathesis stress model for panic-related distress: A test in a Russian epidemiological sample. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 521-532.
- Zvolensky, M. J., Leen-Feldner, E. W., Feldner, M. T., Bonn-Miller, M. O., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., et al. (2004). Emotional responding to biological challenge as a function of panic disorder and smoking. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 19-32.
- Zvolensky, M. J., Schmidt, N. B., Bernstein, A., & Keough, M. E. (2006). Risk-factor research and prevention programs for anxiety disorders: A translational research framework. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1219-1239.



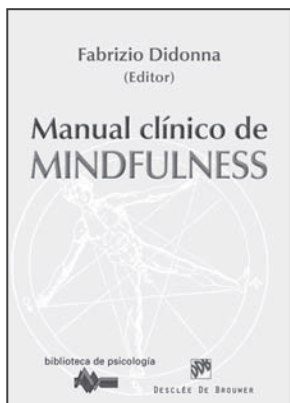
Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas

Modelos y técnicas principales

Isabel Caro Gabalda

ISBN: 978-84-330-2468-8

Este texto se centra en el amplio campo de las psicoterapias cognitivas. El libro es de gran interés para terapeutas en formación o con experiencia en el modelo cognitivo que quieren estar al día en este campo, así como disponer de un manual de uso (teórico y práctico) que integre técnicas y formatos de diversos modelos cognitivos, desde modelos de reestructuración cognitiva a modelos construccionistas en psicoterapias cognitivas. Ampliando esta introducción teórica, se exponen sus principales técnicas, como por ejemplo técnicas de tipo cognitivo, conductual, experiencial, lingüístico y narrativo. Igualmente, se presentan, de forma práctica, las principales formas de evaluación cognitiva de tipo racionalista o de tipo constructivista, sin olvidar cuestiones relativas a la formación de los terapeutas cognitivos, junto a sus características y sus competencias básicas.



Manual clínico de Mindfulness

Fabrizio Didonna (Ed.)

ISBN: 978-84-330-2511-1

“Este libro se va a convertir en un clásico. Ábralo en cualquier página y encontrará escritos de gran sabiduría y precisión. Con una visión exhaustiva, el Manual Clínico de Mindfulness nos permite ver con claridad cuán convincentes son el arte y la ciencia de la investigación racional cuando se unen”.

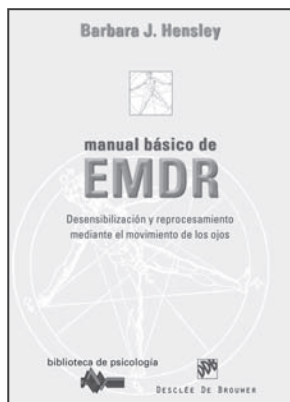
Mark Williams, Ph.D.

En las dos últimas décadas la psicología oriental ha ofrecido un terreno fértil para los terapeutas, como piedra angular, componente o complemento de su trabajo. En concreto, existen estudios que están identificando la práctica budista de Mindfulness como base para intervenciones efectivas en varios trastornos.

El *Manual Clínico de Mindfulness* es una guía que va de la teoría a la práctica, escrita con claridad, y que apunta hacia ese poderoso abordaje terapéutico (además de los conceptos relacionados de meditación, aceptación y compasión) y su potencial para el tratamiento en una serie de problemas psicológicos frecuentes. Sus principales características son:

Revisión neurobiológica de cómo funciona Mindfulness; Estrategias para implicar a los pacientes en la práctica de Mindfulness; Herramientas y técnicas para evaluar Mindfulness; Intervenciones para los trastornos con mayor prevalencia, como depresión, ansiedad y trauma; Capítulos especiales sobre la utilización de Mindfulness en oncología y en dolor crónico; Intervenciones específicas para niños y ancianos; Aplicaciones exclusivas para pacientes internados y Anexo con ejercicios.

El *Manual Clínico de Mindfulness* incluye las contribuciones de algunos de los autores e investigadores más importantes en el campo de las intervenciones basadas en Mindfulness. Interesará a profesionales, investigadores y expertos de la salud mental, y su potencial de aplicación lo convierte en una referencia excelente para estudiantes y aprendices.



Manual básico de EMDR

Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos

Barbara J. Hensley

ISBN: 978-84-330-2449-7

“Hensley ha escrito un libro sencillo y básico, que constituye el complemento perfecto a los textos de Shapiro”.

Dra. Jennifer Lendl

“Los ejemplos, casos, tablas y diagramas... ayudan al terapeuta EMDR a comprender y desarrollar la pericia adicional relativa a este maravilloso método”.

Dra. Irene B. Giessl

Este libro de texto ha sido diseñado para ser usado como material adicional al texto original de Francine Shapiro. Incluye una revisión completa del modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI) y de los principios, protocolos y procedimientos de la EMDR tanto para los terapeutas recién formados como para los profesionales experimentados que deseen revisar dichos principios. Sus claves son:

- Una revisión global de la EMDR incluyendo el Procesamiento Adaptativo de la Información y el enfoque de tres vértices con un lenguaje accesible y comprensible.
- Una síntesis de los elementos básicos de las ocho fases de la EMDR con ejemplos de cada fase, de modo que el contenido fundamental pueda ser fácilmente comprendido.
- Estrategias y técnicas para tratar a clientes difíciles, con altos niveles de emociones perturbadoras y con un procesamiento bloqueado.
- Historiales, diálogos y transcripciones de sesiones satisfactorias de EMDR con explicaciones relativas a la justificación del tratamiento.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Dirigida por Vicente Simón Pérez y Manuel Gómez Beneyto

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Leky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.^a Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.

52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.

92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).

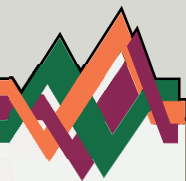
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. McGorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA transcultural. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La "obra magna" inacabada de Clark L. Hull, por José M^a Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.

158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.
162. PSICOTERAPIA PARA ENFERMOS EN RIESGO VITAL, por Kenneth J. Doka.
163. MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO. Bipersonal, individual, de la relación, por Pablo Población Knappe.
164. MANUAL BÁSICO DE EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos, por Barbara J. Hensley.
165. TRASTORNO BIPOLAR: EL ENEMIGO INVISIBLE. Manual de tratamiento psicológico, por Ana González Isasi.
166. HACIA UNA PRÁCTICA EFICAZ DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS. Modelos y técnicas principales, por Isabel Caro Gabalda.
167. PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA, por Itziar Fernández (Ed.).
168. LA SOLUCIÓN MINDFULNESS. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos, por Roland D. Siegel.
169. MANUAL CLÍNICO DE MINDFULNESS, por Fabrizio Didonna (Ed.).
170. MANUAL DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUALES, por M^a Ángeles Ruiz Fernández, Marta Isabel Díaz García, Arabella Villalobos Crespo.

Serie PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

Dirigida por Isabel Caro Gabalda

171. TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD. Ciencia y práctica, por David A. Clark y Aaron T. Beck.



Durante las dos últimas décadas hemos presenciado un tremendo progreso en el conocimiento y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Los enfoques derivados de la terapia cognitiva, particularmente, han logrado una base sustancial de apoyo empírico. En el presente libro, escrito por una autoridad contemporánea, David A. Clark, y por el pionero de la terapia cognitiva, Aaron T. Beck, se sintetizan los últimos avances logrados en el campo y se presentan pautas actuales de práctica terapéutica derivadas de los mismos. Otras características que hacen recomendable y manejable el libro son las síntesis, a modo de pequeños manuales, de los cinco principales trastornos de ansiedad, los aspectos clínicos concisos, los casos presentados con todo detalle y más de treinta cuestionarios y formularios que pueden emplearse en la práctica.

En la Primera parte se actualiza el influyente modelo de los trastornos de ansiedad que Beck y sus colaboradores propusieron en 1985. Los autores aclaran las múltiples facetas de la ansiedad maladaptativa y del papel que desempeña la cognición en su desarrollo y mantenimiento. Se revisan cientos de estudios empíricos que examinan las hipótesis del modelo. Sobre esta base se asienta la Segunda parte, que detalla las principales estrategias clínicas cuyo alcance es transdiagnóstico —efectivo y relevante para cualquier tipo de presentación de los síntomas de ansiedad. En esta parte se describen, paso a paso, el modo de dirigir la valoración, de formular los casos individuales y de implementar la reestructuración cognitiva y las intervenciones conductuales. La Tercera parte se centra en los trastornos más prevalentes: el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático. Los datos específicos de cada trastorno, las conceptualizaciones y los protocolos de tratamiento ofrecen al terapeuta recursos de gran valor para satisfacer las necesidades de cada paciente.

La combinación de la profundidad académica con la utilidad práctica convierte este libro en una referencia esencial para los profesionales e investigadores de la salud mental y en una obra de incalculable valor para seminarios y cursos de psicología clínica, psiquiatría, psicoterapia y asistencia social.

ISBN: 978-84-330-2537-1



9 788433 025371

www.edescllee.com



biblioteca de psicología