

Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización

Antonio Cano-Vindel, Esperanza Dongil-Collado, José M. Salguero y Cristina M. Wood
 Universidad Complutense de Madrid
 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)

resumen/abstract:

En este artículo se expone una propuesta de protocolo sobre planificación de tratamiento para desórdenes emocionales, centrándonos especialmente en trastornos de ansiedad, el cuál incluye las principales fases que debe contemplar un plan de trabajo. Se expone también un modelo de intervención cognitiva basado en el enfoque de los sesgos cognitivos, en concreto en la Teoría de los Cuatro Factores de Michael W. Eysenck, desarrollada en los inicios de la década de los noventa. Se trata de una intervención centrada en la reestructuración cognitiva, que se ha inspirado en la psicología cognitiva experimental, y ha encontrado una forma de explicar y tratar los desórdenes emocionales de manera más práctica y eficaz que la intervención cognitivo-conductual basada en los modelos tradicionales.

This article sets out a proposal for a treatment planning protocol of emotional disorders, especially focused on anxiety disorders, which includes the main steps that should be outlined in a work plan. It also describes a cognitive intervention model based on the cognitive bias approach, particularly Michael W. Eysenck's Four Factor Theory, developed in the early nineties. This is an intervention focused on cognitive restructuring, which was inspired by experimental cognitive psychology, and has found a way to explain and treat emotional disorders in a more practical and effective way than cognitive-behavioral interventions based on traditional models.

palabras clave/keywords:

Ansiedad, sesgos cognitivos, trastornos de ansiedad, evaluación, tratamiento, reestructuración cognitiva.
Anxiety, cognitive biases, anxiety disorders, assessment, treatment, cognitive restructuring.

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas o de resultado incierto, en las que anticipamos un posible resultado negativo o amenaza para nuestros intereses, preparándonos para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales (Cano-Vindel, 2004). Esta reacción natural de preparación nos ayuda a movilizar recursos para afrontar mejor dicha amenaza percibida. Así, si la situación que provoca

ansiedad es muy importante para nosotros (como un examen decisivo) es posible que provoque una fuerte reacción a nivel cognitivo que nos ayude a pensar más deprisa, centrar la atención en el problema, o anticipar posibles escenarios; además, puede movilizar recursos energéticos mediante una gran activación fisiológica (aumento de la tensión en los músculos, bombeo de más sangre, más oxígeno, etc.); o tal vez una conducta más inquieta, ágil y rápida.

Dicha reacción de ansiedad, por lo general, nos ayudará a responder mejor ante las demandas de la situación, cumpliendo por tanto, una función de adaptación al medio.

Sin embargo, en ocasiones la ansiedad no facilita una mejor adaptación (Cano-Vindel, 2011b), pues con frecuencia surgen falsas alarmas ante posibles amenazas que realmente no lo son, e incluso muchas personas se activan sin saber por qué, u otras tienden a percibir reiteradamente una serie de amenazas magnificadas que les provocan niveles excesivamente altos de ansiedad (i.e., malestar psicológico, alta activación fisiológica, inquietud motora, etc.) y que pueden llevar a problemas de rendimiento (i.e., bloqueos), o problemas de salud mental (e.g., trastornos de ansiedad) o física (i.e., trastornos psicofisiológicos por exceso de activación).

Algunas personas, cuando llevan tiempo sometidas a un fuerte estrés (Cano-Vindel, Dongil-Collado, & Wood, 2011), pueden presentar diferentes modos de desregulación emocional: (1) miedo irracional o temor a algunas reacciones emocionales o a determinados aspectos de las mismas (e.g., miedo a dar una respuesta asertiva por temor al enfado de otros, incapacidad de expresar ira por temor a perder el control, miedo a ciertas situaciones o a experimentar ansiedad por temor a las sensaciones físicas, etc.); (2) pueden mostrar evitaciones a situaciones emocionales, aunque no pueden permitirse evitarlas (e.g., evitar hablar en público por culpa de la ansiedad, aunque sea una exigencia de su trabajo, o evitar viajar en avión, cuando sería lo más conveniente, etc.); (3) o pueden experimentar una elevada activación fisiológica en una determinada respuesta, como el rubor, el sudor, el temblor muscular de extremidades, o el

temblor de voz, porque temen que los demás observen esta respuesta en ellos, les evalúen muy negativamente por no poder controlarla y les rechacen o les despidan del trabajo.

En todos estos casos, por lo general, lo que observamos es que estas personas, además de ignorar qué es la ansiedad, qué son las emociones, para qué sirven y cómo se regulan (Amstadter, 2008), han desarrollado importantes sesgos cognitivos (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van, 2007; Craske & Pontillo, 2001; Eysenck & Derakshan, 1997), así como un proceso de aprendizaje emocional “desadaptado”, lo que les conduce en la dirección opuesta a la deseada, de manera que cada vez tienen menos control sobre las reacciones emocionales que les gustaría regular, pudiendo llegar a desarrollar uno o varios desórdenes mentales (i.e., emocionales), especialmente trastornos de ansiedad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001).

A continuación, exponemos un protocolo de intervención para los trastornos de ansiedad y otros desórdenes emocionales similares que contiene, por un lado, un esquema de planificación del tratamiento y, por otro, un modelo de intervención mediante reestructuración cognitiva, basada en un modelo explicativo sobre los sesgos cognitivos en los trastornos de ansiedad.

Planificación del tratamiento

La planificación del tratamiento se podría definir como un conjunto de actividades organizadas y estructuradas secuencialmente en fases o etapas, que nos van a ayudar a alcanzar objetivos específicos distribuidos en momentos diferentes del proceso terapéutico (i.e., evaluación pretratamiento,

selección de técnicas de tratamiento, etc.). Abarca distintos niveles de organización y nos permite diseñar un protocolo que incluya las diferentes actividades que se llevan a cabo en una intervención terapéutica, como son: evaluar, medir, describir, predecir, diagnosticar, seleccionar las herramientas o técnicas más eficaces entre una gama de opciones, aplicar técnicas de tratamiento, reevaluar, prevenir recaídas, desarrollar habilidades, etc.

El diseño o planificación de un tratamiento determinado debe elaborarse con el propósito de que nos ayude a estructurar y organizar la intervención que queremos llevar a cabo. Debe ser, por tanto, una especie de esquema que se puede elaborar por fases o bloques y debe tener un formato estandarizado que pueda aplicarse de forma genérica a todo tipo de casos, pero también debe ser

adaptable a casos concretos. Dicho esquema o plan de trabajo incluye las siguientes fases o apartados (ver Tabla 1): (1) evaluación mediante entrevista semiestructurada; (2) elaboración de hipótesis o modelos explicativos; (3) devolución inicial de información; (4) facilitar cuestionarios que profundicen en el problema (rellenar en casa, analizar en segunda sesión); (5) explorar posible diagnóstico mediante cuestionarios de cribado y entrevista estructurada diagnóstica; (6) selección de modelos explicativos; (7) consensuar objetivos terapéuticos; (8) selección de técnicas de tratamiento para cada objetivo; (9) devolución de información más completa; (10) aplicación de las técnicas y entrenamiento; (11) valoración de logros y objetivos; (12) prevención de recaídas; y (13) evaluación postratamiento y seguimiento.

Tabla 1: Pasos de la planificación de la Intervención

Entrevista semiestructurada.

Elaboración de hipótesis o modelos explicativos.

Devolver información inicial.

Facilitar cuestionarios que profundicen en el problema (rellenar en casa, analizar en segunda sesión).

Posible diagnóstico mediante entrevista estructurada diagnóstica.

Emplear algún(unos) modelo(s) explicativos.

Devolución de información.

Consensuar objetivos.

Asignar técnicas de tratamiento para cada objetivo.

Aplicación de técnicas en las sesiones de tratamiento.

Valoración de objetivos y logros.

Planificación de recaídas.

Evaluación postratamiento y seguimiento.

La primera fase es la evaluación, que debe ser realizada de la forma más exhaustiva posible. El abordaje del proceso de evaluación psicológica excede a los objetivos de este artículo, por lo que sólo haremos alusión a las actividades esenciales de este proceso (Fernández-Ballesteros et al., 2001). Existen numerosos instrumentos de evaluación psicológica e incluso un gran número de tipos de instrumentos (entrevistas, cuestionarios, inventarios, escalas, autorregistros, registros fisiológicos, escalas de observación, etc.), pero se considera que existen tres métodos de evaluación en psicología: registros fisiológicos, observación y autoinforme. Es necesario resaltar que estos tres tipos de medida no deben ser considerados como equivalentes, ya que los resultados mostrados por un método no se observan necesariamente al emplear otro. En clínica de adultos se suele utilizar casi exclusivamente el método de autoinforme, pero en algunos casos es imprescindible contar con otras fuentes de información.

Toda evaluación empieza por una primera entrevista en la que vamos a conocer, entre otras cosas, el motivo de consulta y las quejas principales, mentales y físicas (con o sin base médica), así como una serie de cuestiones relativas a dichas quejas, como la topografía de respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales (normales y desajustadas), situaciones en las que se producen, sesgos cognitivos asociados a dichas respuestas, etc.

Con la información obtenida, el profesional genera hipótesis que guían el proceso de evaluación y diagnóstico, tanto en la propia entrevista como en la elección de nuevos instrumentos de evaluación que serán aplicados. Por ejemplo, si hay indicios o datos que indican que puede haber fre-

cuentes o intensas reacciones de ansiedad ante situaciones sociales (i.e., algún temor, activación fisiológica, evitaciones), se puede hipotetizar o suponer que puede haber una respuesta positiva a ciertas preguntas que se añaden en la entrevista (proceso interactivo), así como altas puntuaciones en un inventario que evalúa ansiedad social, o incluso que pudiera haber un posible trastorno de ansiedad social, que habría que confirmar con una entrevista estructurada diagnóstica.

Al final de la primera sesión, es muy probable que un terapeuta experimentado pueda devolver ya información sobre el tipo de problema que presumiblemente afecta al paciente (i.e., probable trastorno de ansiedad), aunque habrá que confirmar todavía algunos datos, por ejemplo mediante el uso de unos cuestionarios que se pueden entregar al paciente (i.e., cuestionarios de cribado), solicitando que los rellene en casa y los traiga a la segunda sesión; o bien mediante entrevista diagnóstica en la próxima sesión.

En esta primera devolución de información es importante que el paciente reciba: (1) una representación cabal de su problema (tal y como se va descubriendo hasta este momento), con una descripción unificada de todos los síntomas, quejas, respuestas, sesgos cognitivos asociados, situaciones en las que se producen y un modelo explicativo tentativo que integre todos estos elementos; (2) información del proceso de evaluación y diagnóstico que se está realizando, que debe confirmar las hipótesis de trabajo; (3) información sobre el tipo de tratamiento más eficaz para su posible problema, con una descripción de las técnicas que se utilizarán si se confirma (i.e., técnicas cognitivas, relajación y exposición);

(4) información sobre el tipo de resultados que se pueden obtener, cuando el paciente adopta un papel activo en el tratamiento y realiza todas las tareas que le asigna el terapeuta (i.e., mejora sustancial en los tres primeros meses, espaciamiento temporal de sesiones, alta).

El siguiente paso sería buscar información sobre posibles trastornos mentales (DSM-IV), como trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, somatomorfos, consumo de sustancias, alimentación, sexualidad, etc., situaciones en las que se produce el problema, actividad cognitiva relacionada con el problema, especialmente posibles sesgos cognitivos (atención, interpretación, memoria, atribución). Para ello podemos utilizar diferentes instrumentos de medida, como autoinformes (autorregistros, inventarios, cuestionarios, escalas, etc.), entrevista semiestructurada y entrevista estructurada diagnóstica clínica con criterios DSM-IV (First et al., 1996).

Si se trata de un problema de ansiedad o un posible trastorno de ansiedad son especialmente útiles el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, I.S.R.A. (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1986, 1988, 1994) y el Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, IACTA (Cano-Vindel, 2001). El ISRA es un instrumento que incluye 24 respuestas de ansiedad (7 de tipo cognitivo, 10 de tipo fisiológico y 7 de tipo motor), así como 22 situaciones que se agrupan en cuatro tipos (evaluación, interpersonal, fóbicas y situaciones de la vida cotidiana). Este inventario permite la evaluación de los tres sistemas de respuesta de ansiedad por separado (Cognitivo, Fisiológico y Motor), el Nivel General de Ansiedad y cuatro áreas situacionales que con frecuencia producen ansiedad (Evaluación,

Interpersonal, Fóbicas y Cotidianas). Este instrumento tiene buenas propiedades psicométricas (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1999a) y permite el estudio de perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad (Cano-Vindel & Espada Largo, 2003; Espada, Torres, Cano-Vindel, & Ochoa, 1994). Así mismo, el ISRA puede ser de utilidad en la valoración de la eficacia del tratamiento, ya que se ha mostrado altamente sensible en la detección de los cambios entre evaluación pre y pos-tratamiento (Cáceres, Arrarás, Jusue, & Zubizarreta, 1996; Herrero-Gómez & Cano-Vindel, 2010; Pérez-Nieto & Cano-Vindel, 1998; Ramos Martín, 2004).

El IACTA es un instrumento desarrollado para evaluar qué es lo que piensan con frecuencia las personas que tienen diferentes trastornos de ansiedad (trastorno de pánico con agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático). Se sabe, por ejemplo, que las personas que tienen un trastorno de pánico con agorafobia, dedican mucho tiempo a pensar en sus sensaciones físicas de ansiedad, a las que consideran como problemas graves (i.e., infarto). Cuando se pregunta al paciente qué porcentaje de su tiempo cotidiano dedica a pensar en su problema, suele dar cifras del orden del 90%, lo que puede ser interpretado como una manifestación de un posible *sesgo atencional*. Además, otro tipo de pensamientos reflejan interpretaciones magnificadas de dichas sensaciones (i.e. excesiva importancia y gravedad), lo que nos lleva a observar un posible *sesgo interpretativo*.

Todas las personas experimentan ansiedad de manera más o menos cotidiana y no le conceden mucha importancia a sus síntomas físicos. Sin embargo, una persona que ha sufrido ataques de pánico puede volver-

se intolerante con sus sensaciones físicas de ansiedad (que siempre ha tenido y ahora no soporta). La reestructuración cognitiva consiste en cuestionar la veracidad de los propios pensamientos. La persona deberá aprender que, simplemente, es más de lo mismo, aunque algunos síntomas de ansiedad ahora sean más intensos o haya nuevos síntomas de ansiedad y no se haya tenido la información suficiente como para saber que son síntomas de una reacción emocional normal (aunque sea intensa), pero que no tendrá otras consecuencias graves. Sin embargo, su interpretación puede llevar a pensar a algunas personas que pueden morir (cuando sólo es una taquicardia), van a volverse locos (por una sensación de irrealidad), van a marearse y caerse al suelo (sensación de mareo), o que los demás les van a rechazar por su ansiedad (o su falta de control o su torpeza social) y todo ello es un sesgo interpretativo, porque lo que en realidad están teniendo es ansiedad, sólo síntomas de ansiedad. Interpretar una taquicardia como un posible ataque al corazón es un sesgo interpretativo, interpretar sensaciones de mareo que produce la ansiedad como “voy a marearme y me voy a caer al suelo”, con toda seguridad, cuando eso le lleva sucediendo desde hace varios años y nunca ha perdido la consciencia, eso es un *sesgo interpretativo*, o pensar que uno se está volviendo loco porque tiene mucha ansiedad y no la puede controlar o tiene sensación de irrealidad es también un sesgo interpretativo.

El IACTA evalúa con qué frecuencia se producen este tipo de pensamientos que claramente tienen que ver con un sesgo atencional y con un sesgo interpretativo. Los sesgos atencionales e interpretativos para las personas que tienen pánico y ago-

rafobia están centrados sobre todo en su activación fisiológica. Este instrumento de evaluación ha sido desarrollado de acuerdo con el modelo de Michael Eysenck (que veremos más adelante), y dicho modelo señala que los trastornos de ansiedad están provocados generalmente por el sesgo atencional y el sesgo interpretativo; y estos dos sesgos cognitivos están centrados en una de las cuatro fuentes (los cuatro factores que producen la ansiedad), que en el caso del pánico es la activación fisiológica. Cuando una persona está pendiente de si aumenta su tasa cardiaca o aumenta cualquier otro síntoma de activación fisiológica lo que tiende a hacer es provocar una mayor frecuencia, una mayor intensidad de sus síntomas fisiológicos y, cuando además piensa que esos síntomas son horribles, son insoportables, que pueden incluso acabar con su vida, le pueden llevar a perder el control, a creer que pueden volverle loco, o llevarle a perder la consciencia y caer al suelo mareado, etc., pues eso produce todavía más ansiedad. La subescala de Pánico-agorafobia del IACTA evalúa pensamientos que recogen todo este espectro de actividad cognitiva que se ha comentado.

Las personas con fobia social dedican mucho tiempo a pensar en su conducta (i.e., comportamiento social torpe, inhibición social), pero no observan estos datos como manifestaciones de su ansiedad, cuya importancia tendemos a exagerar, sino que dan mucha relevancia a su conducta social, les prestan mucha atención e interpretan erróneamente que esas manifestaciones son muy graves (que provocarán el rechazo social), cuando en realidad son síntomas de ansiedad que ellos han experimentado en otros momentos (pues siempre han tenido ansiedad antes de tener un trastorno de an-

siedad por fobia social). La subescala de Fobia Social del IACTA evalúa los pensamientos que habitualmente tienen las personas que presentan un trastorno de fobia social.

Mediante el IACTA, se puede saber qué pensamientos habrá que modificar en la reestructuración cognitiva. Además, podemos utilizar los puntos de corte de cada subescala, lo que nos indicará si el paciente tiene o no un posible trastorno de ansiedad, con una buena sensibilidad y especificidad.

Existen pruebas de cribado más cortas, como el PHQ (Patient Health Questionnaire) que se suelen utilizar en Atención Primaria (Cano-Vindel, 2011b; Cano-Vindel, Wood, Dongil, & Latorre, 2011) y nos permiten realizar una criba del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico (Spitzer, Kroenke, & Williams, 1999), lo que nos permite con muy pocos ítems discernir entre aquellos casos en los que hay que investigar más a fondo, frente a otros en los que no es necesario.

Una vez recogida y evaluada toda la información relevante, podemos plantearnos un posible diagnóstico con pronóstico y duración del tratamiento mediante el modelo explicativo que mejor se adecue al desorden sobre el que tenemos que intervenir. Por ejemplo, para trastornos de ansiedad el modelo de los Cuatro Factores, para trastornos de estrés situacional el modelo de la Valoración de Lazarus, para estrés crónico el modelo de Selye y los Recursos Agotados (síndrome general de adaptación), para estrés laboral el modelo Demanda-control o el modelo del Desequilibrio esfuerzo-recompensa, para depresión el modelo Cognitivo de Beck y el modelo Conductual (falta de actividad y de reforzadores). Basándonos en uno de estos modelos dare-

mos información y fijaremos los objetivos terapéuticos ordenándolos de más generales a más específicos. La reestructuración cognitiva debe comprender aquellos constructos para los que existe evidencia empírica, como son los sesgos interpretativos y atencionales, pensamientos deformados, autoinstrucciones, valoración cognitiva (amenaza o desafío), atribuciones de causalidad, expectativas, esquemas disfuncionales, autoeficacia percibida, autoestima, metacognición, ideas irracionales, etc.

Al finalizar la segunda sesión, debemos llevar a cabo una devolución de información más completa, que debe incluir, como mínimo, los siguientes aspectos: (1) siempre que sea posible, debemos informar sobre el problema mediante algún modelo explicativo, resaltando las variables que debe aprender a controlar, por ejemplo, sus sesgos cognitivos; (2) explicar el tipo de técnicas que vamos a utilizar para alcanzar los distintos objetivos, por ejemplo, le informaremos de que las técnicas cognitivas se trabajarán a lo largo de las sesiones, las técnicas de relajación mediante una grabación en CD que después practicará en casa, las técnicas conductuales (exposición progresiva, entrenamiento de habilidades, tareas para casa, etc.) se aplicarán cuando haya adquirido habilidades cognitivas y de autocontrol, etc.; (3) establecer unos límites claros relacionados con aspectos formales del tratamiento, tales como duración del tratamiento, frecuencia de las sesiones, etc.; (4) evitar ambigüedad de roles en la relación terapéutica, dejando implícita o explícitamente claro que es el psicólogo quien dirige el tratamiento; (5) informar de las mejoras que se producirán a corto y medio plazo, insistiendo en que este hecho no es un indicador de que su problema se

ha resuelto sino de haber alcanzado uno de los primeros objetivos terapéuticos, *sentirse mejor*, que no quiere decir exactamente *haber solucionado su problema*; y (6) entender la diferencia entre adquisición de información y desarrollo de habilidades.

Estas y otras cuestiones que podemos ir añadiendo, ayudan a reducir considerablemente la probabilidad de abandonos espontáneos o prematuros, y la aparición de comportamientos ambulantes por parte de los pacientes. Sabemos que en muchas ocasiones los abandonos se producen por la mejoría rápida que puede producir la información adecuada basada en la evidencia científica, pero también por un estilo terapéutico laxo o desestructurado donde el paciente es atendido sin un plan de trabajo mínimamente organizado y consensuado. Esto no significa -pues en la realidad no es fácil ni es lo más recomendable- que debamos seguir un plan rígido e inflexible donde nos ciñamos únicamente a lo que marque el programa que estemos aplicando, aplazando o desatendiendo necesidades y dificultades inmediatas, sino que debemos intentar adaptar el programa a las necesidades del paciente, pero siempre bajo la base de una estructura de tratamiento. Los protocolos estandarizados hay que aplicarlos cuando se investiga, o cuando el número de sesiones debe ser necesariamente reducido -por ejemplo en el tratamiento en grupo (Camuñas et al., 2006) en un centro de Salud Mental o Atención Primaria-, pero no es lo deseable.

En cuanto a la planificación de la intervención, seleccionaremos las técnicas específicas de tratamiento (cognitivas, fisiológicas y conductuales) para cada objetivo propuesto y consensuado. Cada una de ellas se aplicará en consulta y se pedi-

rá que sea practicada en casa con mayor o menor frecuencia en función del caso que estemos tratando. Como norma general, la relajación conviene practicarla diariamente en casa, la reestructuración cognitiva se aplica en cada consulta y se refuerza con ejercicios para casa, y las técnicas conductuales (exposición, entrenamiento en habilidades) se practican en consulta y en casa, pero siempre después de haber adquirido un cierto control emocional mediante la reestructuración cognitiva. A lo largo de las sesiones, preguntaremos por posibles problemas o cambios desde la última sesión, intentando interpretarlo desde el modelo que estemos utilizando o, si fuera necesario, haciendo uso de otros modelos que se ajusten al problema que estamos trabajando o a cualquier otra dificultad que tenga el paciente o que surja durante el tratamiento. También intentaremos enseñarle a analizar objetivamente la realidad, a reforzarse por los éxitos, resaltando los progresos (a veces el paciente no los ve). Le instruiremos para que no se castigue por los fracasos, sino que aprenda a corregirlos para el futuro. Si hay algo que le preocupa especialmente, se trata, no se pospone (porque tengamos un plan preestablecido).

Tras haber alcanzado los objetivos terapéuticos, es recomendable plantear la planificación de las recaídas. Aunque en principio puede generar desánimo o expectativas negativas en cuanto al resultado final del tratamiento, debemos tranquilizar al paciente explicándole que una posible recaída no es algo negativo, sino una oportunidad para aprender más (reinterpretar amenaza como desafío) y no supone volver a comenzar desde cero (creencia habitual en muchos pacientes), sino que sirve para matizar y reforzar lo que se ha aprendido. Además, una

recaída tiene la ventaja de superarse en muy pocas sesiones y supone una mayor seguridad contra nuevas recaídas. Por tanto, en esta fase enseñaremos al paciente a reinterpretar correctamente la recaída, reaccionar adaptativamente si sucede, repasar errores y corregirlos (e.g., haber abandonado ejercicios,...), volver a utilizar las herramientas terapéuticas: libros, relajación, sesiones en consulta, tareas para casa, etc.

Cuando se considera que se han cumplido los objetivos terapéuticos, podemos realizar una evaluación postratamiento, que consiste en volver a hacer una evaluación similar a la inicial, con los mismos instrumentos. Esta última fase nos sirve para comprobar los logros alcanzados, analizar conjuntamente los resultados y el proceso terapéutico seguido, reforzar y promover atribuciones internas en el paciente, animar a continuar practicando las técnicas manteniendo un estilo activo y de aprendizaje continuo, programar las tareas que deben seguir haciéndose para reforzar el mantenimiento y generalizar los logros. Finalizada la evaluación postratamiento, se puede establecer un seguimiento que debe durar como mínimo entre 3 y 6 meses.

Llegados a este momento sería interesante que nos planteáramos la planificación del tratamiento que hemos realizado (ver Tabla 1), intentando analizar si las decisiones tomadas han sido congruentes con los resultados obtenidos. De esta manera tenemos la oportunidad de aprender de los errores, premiarnos por los aciertos y afrontar más hábilmente futuros retos.

Intervención cognitiva desde el enfoque de los sesgos cognitivos

El estudio de una realidad compleja, como es el ser humano o sus trastornos, ha estado

históricamente ligado a una gran variedad de enfoques sobre la misma realidad, así como al abordaje multidisciplinar dentro de la ciencia. Los grandes modelos de tratamiento de los trastornos mentales (psicobiológico, conductual, cognitivo, humanista) inevitablemente tienen en cuenta la emoción y, especialmente, la ansiedad. Sin embargo, cada uno de ellos ha tomado aspectos parciales de la misma. Así, el modelo biológico se ha centrado en la modificación del sustrato bioquímico que acontece en la ansiedad y en los trastornos de ansiedad, mediante el uso de fármacos. El modelo conductual se centró en la modificación de la conducta observable (e.g., de evitación) o en la falta de habilidades sociales y asertivas, mediante la exposición o alguna forma de aprendizaje como el entrenamiento conductual reforzado, el modelado, etc.; así como en la disminución de la activación fisiológica, mediante las técnicas de relajación. Los modelos cognitivos iniciales se centraron en algunos contenidos y procesos cognitivos, a veces demasiado específicos, como las creencias irracionales de Ellis, o los pensamientos deformados de Beck, proponiendo una reestructuración o modificación de tales contenidos y procesos, que posteriormente se ha ido ampliando a otros procesos cognitivos más generales (como la atención) y sus sesgos (i.e., atencionales). Los modelos humanistas se centraron en la reflexión existencial sobre el yo, su desarrollo o involución, proponiendo como terapia una concienciación progresiva del problema, pero no están apoyados por la evidencia empírica.

En los últimos años, el enfoque cognitivo ha desplazado su interés desde los contenidos a los procesos y, más concretamente, hacia los sesgos cognitivos (Arcas-Guija-

ro & Cano-Vindel, 1999). La investigación experimental ha señalado la importancia de los factores cognitivos frente a otro tipo de factores como la hiperventilación (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González-Ordi, & Iruarrizaga, 2007; Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González-Ordi, & Iruarrizaga, 2009) y ha inspirado algunos modelos de intervención clínica que pueden ser utilizados en la reestructuración cognitiva de los trastornos de ansiedad, como veremos a continuación.

La Teoría de los Cuatro Factores

La Teoría de los Cuatro Factores de Michael Eysenck (Eysenck & Eysenck, 2007), toma el concepto de valoración cognitiva y defiende que la experiencia de la ansiedad depende de la valoración que hagamos (amenaza vs. no amenaza) de cuatro fuentes de información: la estimulación ambiental, la actividad fisiológica, la conducta y las cogniciones del individuo. La influencia de cada una de estas fuentes de información sobre la ansiedad que experimentamos es modificada por sesgos cognitivos (especialmente en la interpretación y la atención) o tendencias erróneas en el procesamiento de la información. El sesgo cognitivo más importante es el sesgo interpretativo (la tendencia a interpretar la estimulación y eventos ambiguos de forma amenazante, aunque no lo sean). A su vez, la ansiedad depende también de la atención que prestemos a la amenaza (cuanto más tiempo dediquemos a atender y procesar información amenazante, para las cuatro fuentes de información, mayor será el nivel de ansiedad).

La ansiedad produce una serie de manifestaciones a nivel subjetivo, fisiológico y conductual, pero también algunos cam-

bios en determinados procesos cognitivos, especialmente en el nivel de atención. La ansiedad es una reacción de preparación ante una alarma y, por lo tanto, está muy relacionada con la atención. Por un lado, la ansiedad se produce en función del grado de atención que prestemos a estímulos neutros o a estímulos amenazantes. Si prestamos más atención a los estímulos amenazantes, que pueden estar presentes en una situación, surgirá una reacción de ansiedad; mientras que si prestamos más atención a los estímulos neutros de esa misma situación, estaremos más tranquilos. Por otro lado, cuando aumenta nuestro nivel de ansiedad, cambia también nuestro patrón de atención. En un primer momento, al ponernos nerviosos nuestra atención aumenta y se dirige a observar cualquier estímulo potencialmente amenazante, estamos hipervigilantes, disminuye el umbral de la alarma, y anticipamos posibles peligros aunque su nivel de amenaza sea pequeña. Si continúa nuestro estado de ansiedad y ya hemos detectado algún estímulo amenazante, nuestra atención se centrará prioritariamente en este tipo de estímulos, prestando menos atención a los que consideramos neutros o no amenazantes.

El sesgo atencional nos lleva a fijarnos fundamentalmente en los estímulos amenazantes de una situación, olvidando los estímulos neutros o positivos de la misma, lo que nos lleva a ponernos en alerta y aumentar nuestra ansiedad (pensamientos de temor, respuestas de activación fisiológica, conductas nerviosas). A su vez, si consideramos una amenaza nuestras propias manifestaciones de ansiedad o la pérdida de control sobre las mismas, nuestra atención tenderá a centrarse en dichas respuestas de ansiedad.

Cuando nuestra atención se centra prioritariamente en amenazas potenciales, sucede que nuestro pensamiento, los cambios fisiológicos de nuestro cuerpo, o nuestra conducta observable, comienzan a reflejar un aumento de respuestas de ansiedad. Así, por ejemplo, prestar mucha atención a ciertas respuestas fisiológicas de ansiedad (como la taquicardia, el temblor de manos, el sudor, etc.) hace aumentar la tasa de estas respuestas y nuestro nivel de ansiedad.

El sesgo interpretativo consiste en la tendencia a dar un significado de amenaza, e incluso de catástrofe, a aquellas situaciones o estímulos que podrían ser considerados como neutros o positivos. De esta manera, si el sesgo interpretativo es muy pronunciado en una persona, ésta tenderá a ver demasiados peligros o amenazas (y por lo tanto a reaccionar con más ansiedad) en muchas situaciones en las que otros individuos permanecen tranquilos y no disparan su respuesta de alarma.

Tanto el sesgo atencional como el sesgo interpretativo son considerados hoy como factores responsables o explicativos tanto del rasgo de ansiedad (la mayor o menor tendencia de las personas a reaccionar con respuestas de ansiedad), como de los trastornos de ansiedad.

En cuatro de los principales trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia específica) aparece un sesgo interpretativo relacionado con una de las cuatro fuentes de información.

El trastorno de pánico está relacionado con sesgos atencionales e interpretativos acerca de alguna sensación física ansiosa (activación fisiológica), de manera que las personas con este trastorno pasan mucho tiempo

atendiendo estas respuestas fisiológicas, o los cambios que sufren (aumento de la tasa cardiaca, dificultades para respirar, problemas para tragar, etc.), información que es interpretada erróneamente, en términos de gravedad extrema.

La fobia social se explica por los sesgos cognitivos centrados en la propia conducta que se desarrolla en situaciones sociales (errores, inhibición, etc.). A la conducta social propia se le presta demasiada atención, a la vez que se considera inapropiada y valorada negativamente por los demás (aunque esta valoración atribuida a los otros es en realidad una autovaloración).

Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo presentarán mayor sesgo de atención centrado en algunos pensamientos que intentan controlar (daño a otros, sexualidad no aprobada, contaminación, etc.), de manera que dedicarán mucho tiempo a estos pensamientos que les producen una considerable ansiedad, debido a que dan importancia al hecho de pensarlos y no poder controlarlos o conceden la misma relevancia a los pensamientos no deseados (e.g., clavar un cuchillo a un ser querido) que a poner en práctica la conducta (interpretan erróneamente esta actividad de pensar en ciertas ideas que rechazan). Así, hay pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo que consideran igual de grave el pensar algo contra alguien que hacerlo (sesgo fusión pensamiento-acción). Ello les produce ansiedad e intentan suprimir esos pensamientos, pero como no pueden conseguirlo, pasan mucho tiempo pensando en lo que no quieren pensar, lo cuál les produce mucha activación fisiológica y evitación de situaciones que están asociadas con los pensamientos intrusivos (e.g., quedarse a solas con su bebé).

En el trastorno por estrés postraumático los sesgos cognitivos de atención e interpretación se centran en la situación traumática y estímulos asociados (e.g., recuerdos), lo que produce temor, activación fisiológica, evitación, etc. Cuando en una situación determinada está presente algún estímulo relacionado con el trauma, la atención se centra en dicho estímulo, cuya sola presencia provoca la reacción de ansiedad o miedo, como consecuencia de la interpretación que se hace del mismo y de la experiencia pasada con el mismo.

Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva debe ir más allá de los modelos cognitivos de Ellis y Beck de hace más de treinta años, pues la investigación no se detiene y no ha parado de aportar nuevos modelos que pueden ser aplicados en la práctica clínica. Los modelos cognitivos iniciales se centraron en algunos contenidos y procesos cognitivos, a veces demasiado específicos, como las creencias irracionales o los pensamientos deformados, proponiendo una reestructuración o modificación de tales contenidos y procesos, que posteriormente se ha ido ampliando a otros procesos más generales, como la valoración (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1999b) o la atención (Cano-Vindel, 2002, 2004; Eysenck & Derakshan, 1997; Eysenck & Eysenck, 2007; Sandín, 1995).

La investigación científica reciente sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad ha desarrollado una línea de investigación que se centra en el desarrollo de modelos de vulnerabilidad cognitiva de estos trastornos, su contrastación empírica, el desarrollo de una terapia de reestructuración cognitiva basada en dichos modelos, y la demostración de la eficacia de esta técnica de tra-

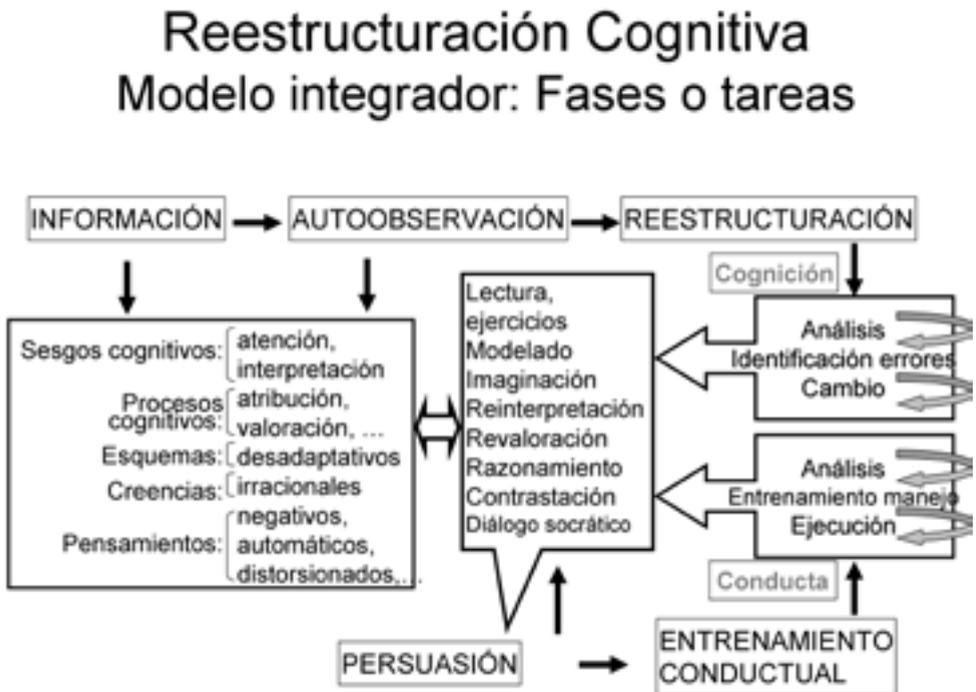
tamiento. Esta línea se va enriqueciendo progresivamente con nuevos resultados y promete mejorar el tamaño del efecto hasta ahora conseguido con las técnicas cognitivo-conductuales, ya de por sí elevado (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Como muestra, véanse por ejemplo algunos trabajos recientes sobre algunos trastornos de ansiedad: (1) fobia social (Clark et al., 2006; Cox, Fleet, & Stein, 2004; Schultz & Heimberg, 2008; Vidal Fernández, Ramos-Cejudo, & Cano-Vindel, 2008); (2) trastorno de pánico (Hoffart, Sexton, Hedley, & Martinsen, 2008; Wood, 2008; Zvolensky, Schmidt, Bernstein, & Keough, 2006); (3) trastorno obsesivo-compulsivo (Leal Carcedo & Cano-Vindel, 2008); (4) trastorno de estrés postraumático (Dongil-Collado, 2008; Ehlers & Clark, 2000; Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennell, 2005; Elwood, Hahn, Olatunji, & Williams, 2009); (5) trastorno de ansiedad generalizada (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, & Staples, 2009; Ramos-Cejudo & Cano-Vindel, 2008; Ramos-Cejudo & Salguero, 2010; Schmidt, Richey, Buckner, & Timpano, 2009).

A pesar de que estos tratamientos psicológicos, basados en la reestructuración cognitiva de los sesgos cognitivos cometidos en el procesamiento de información, están empíricamente validados y han demostrado ser más eficaces que el tratamiento convencional para reducir o eliminar los trastornos de ansiedad, existe una brecha importante entre la investigación y la práctica clínica, que deberíamos intentar reducir. La presente propuesta de intervención basada en la reestructuración cognitiva (pero apoyada también en la relajación y las técnicas centradas en la conducta) pretende ser una herramienta de ayuda para este objetivo.

En la práctica, para desarrollar la intervención cognitiva, se trata de identificar y modificar los contenidos de la experiencia consciente (pensamientos, imágenes, sensaciones, etc.), así como los procesos cognitivos (atención, interpretación, memoria, atribución, etc.) que supuestamente están implicados en la reacción emocional (i.e., ansiedad) o en su regulación. Este procedimiento de reestructuración cognitiva implica diferentes actividades que son útiles para ayudar a los pacientes a: (1) adquirir la información necesaria para que les permita identificar las emociones específicas que les afectan, como la ansiedad, en todas sus manifestaciones (subjetivas, fisiológicas, conductuales); (2) buscar los contenidos y procesos cognitivos que pueden estar en la

base de estas emociones, como los pensamientos negativos, la valoración cognitiva, los sesgos cognitivos o las atribuciones; (3) identificar posibles sesgos cognitivos o alteraciones (atención, interpretación, memoria, atribución, solución de problemas, etc.), pensamientos automáticos negativos, pensamientos distorsionados, autoinstrucciones erróneas, creencias irracionales desadaptadas, esquemas disfuncionales, etc.; (4) modificarlos mediante el uso de información adecuada, entrenamiento en autoobservación (para detectar y tener presente el papel de las cogniciones sobre la emoción y la conducta), fomento de habilidades de razonamiento, generalización, reinterpretación y modificación de pensamientos o autoinstrucciones (trabajando en

Figura 1: Modelo integrador de Reestructuración Cognitiva



cada sesión con muestras de sus problemas cotidianos recientes), aprendizaje de habilidades para contrastar posibles errores subjetivos con datos de la realidad social (i.e., analizar probabilidad subjetiva versus real de que sucedan acontecimientos amenazantes que perturban la tranquilidad), adquisición de destrezas para el manejo y redirección de la atención (mediante la repetición de ejercicios de focalización de la atención en estímulos neutros o positivos), reforma de estilos de procesamiento de información (entrenando repetidamente nuevos procedimientos de solución de problemas, nuevas formas de realizar atribuciones causales, habilidades para analizar la información o el fomento de la reflexividad frente a la impulsividad), etc.

El modelo teórico aquí propuesto ha sido utilizado como base de la reestructuración cognitiva aplicada en diferentes trastornos de ansiedad con buenos resultados (Cano-Vindel, 2007; Dongil-Collado, 2008; Vidal Fernández et al., 2008) y puede esquematizarse como muestra la Figura 1.

A) Información

La información que el psicólogo suministra al paciente es esencial para la comprensión del problema: en qué consiste (i.e., alta ansiedad de evaluación, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico con agorafobia), cuáles son sus manifestaciones en los tres sistemas de respuesta, qué emociones están implicadas (e.g., ansiedad, vergüenza, asco, culpa), cuáles son las situaciones temidas, qué cogniciones están en la base de esas respuestas emocionales, cuáles son los procesos cognitivos alterados, cómo se pueden modificar esos sesgos cognitivos, si ha habido condicionamiento directo de respuestas fisiológicas, cuáles han sido los intentos de regulación emocional fallidos

(i.e., intentos de supresión de pensamientos, evitaciones), cuáles han sido las consecuencias de éstos (i.e., aumento de activación fisiológica, reforzamiento del temor a la amenaza), etc.

Además, esta información que se da en consulta habrá que reforzarla con toma de apuntes, esquemas, libros de autoayuda que aclaren toda esta información, faciliten ejemplos, pongan tareas, etc. (Cano-Vindel, 2004; Peurifoy, 1993). Estos libros son de gran ayuda si se usan como tareas de lectura para casa que refuerzan la información que se proporciona en la consulta y sirven de herramienta al paciente para descubrir y analizar sus problemas, así como para hacer práctica en ejercicios de modificación de pensamientos y sesgos cognitivos. Si el paciente usa esta herramienta durante muchos meses, podrá ir integrando mucho mejor la información que le damos, haciéndola suya y permitiéndole tener a mano un instrumento de análisis y solución de algunos problemas de ansiedad que tienen su origen en una actividad cognitiva alterada. Ello le puede dar más autonomía y seguridad, además de ayudarle a modificar procesos de pensamiento erróneos y a adquirir nuevas habilidades cognitivo-emocionales que le serán muy útiles para aprender a manejar sus emociones y especialmente su ansiedad.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que, aunque la información es necesaria para llevar a cabo la reestructuración cognitiva, no es suficiente (Olivares, Rosa-Alcázar, & Olivares-Olivares, 2009). Un paciente no se cura sólo trabajando un par de libros, ni siquiera con un par de libros y un terapeuta que no sepa dirigir el tratamiento o no esté especializado en las relaciones entre cognición y emoción. El proceso psicoedu-

cativo es más complejo que leer un libro o escuchar unas charlas a un psicólogo. Una cosa es leer o escuchar información (que se olvida rápidamente, si no se trabaja con ella) y otra cosa es aprender o desarrollar habilidades a partir de esta información. Por ejemplo, la información necesaria para aprender a conducir se podría leer en unos folios, pero mejor si nos la explican dentro de un coche y podemos practicar con los pedales y cambios de marchas; sin embargo, con esto no hemos aprendido a conducir y menos aún nos hemos quitado el miedo a conducir o hemos desarrollado reflejos automáticos para la conducción.

B) Auto-observación

El siguiente paso en la reestructuración cognitiva es el entrenamiento en observación, que podemos llevar a cabo casi en paralelo con el desarrollo del paso anterior. Este entrenamiento en observación es un objetivo que no se consigue simplemente con un autoregistro, sino que se trata de un aprendizaje complejo que puede abarcar la adquisición y manejo de muchos constructos cognitivos (los que necesite cada paciente), como son los sesgos interpretativos y atencionales, pensamientos deformados, autoinstrucciones, valoración cognitiva (amenaza o desafío), atribuciones de causalidad, expectativas, esquemas disfuncionales, autoeficacia percibida, autoestima, metacognición, ideas irracionales, etc. Para adquirir la habilidad necesaria para observar y, al menos, comenzar a manejar estos constructos, se pueden utilizar diferentes tareas que vamos a mencionar a continuación.

1. Enseñar a analizar las situaciones emocionales desde un enfoque cognitivo-emocional (modelo de la valoración, de sesgos cognitivos,...). Se analizan las situaciones

emocionales más significativas vividas en la última semana, usando los modelos que ya hemos explicado o que introducimos para analizar cada situación (detección de valoraciones amenazantes, de sesgos cognitivos, etc.). También debemos tener presente la posible existencia de acontecimientos relevantes previos que han supuesto un aprendizaje o cambio (cambios que se han producido desde entonces), como por ejemplo condicionamiento directo (pavloviano) de respuestas fisiológicas o haber vivido situaciones traumáticas. Cuando hay condicionamiento directo o experiencias traumáticas, el aprendizaje no es sólo cognitivo y, por lo tanto, el tratamiento va exigir otras normas de reaprendizaje (seguramente será más necesaria la exposición, aunque primero trabajemos la reestructuración cognitiva).

2. Demostrar, con ejemplos y en la práctica, cómo: (a) si se cambian las cogniciones (e.g., reducir la atención y la magnificación al estímulo temido), se modifica la emoción y la conducta; (b) si se interpreta el inicio de un proceso de activación fisiológica como un grave problema, se dispara la ansiedad (alerta ante un problema) y aumenta más la activación fisiológica (efecto espiral); (c) en cambio, si queremos que no se siga haciendo más grande esa espiral e invertir el proceso, es necesario reducir los sesgos de atención e interpretación; (d) si se trabaja con una menor intensidad emocional, se manejan mejor las cogniciones y la conducta; (e) si se actúa con una conducta acorde a la situación, se aprende a manejar mejor las cogniciones y la emoción; (f) si el sesgo cognitivo se centra en otra fuente de información (modelo de Eysenck) surgen casos diferentes al suyo (problemas que él no tiene, pero comprende cómo se desarro-

llan); (g) se han resuelto casos similares al suyo y casos diferentes con valor pedagógico (porque a él no le sucede ese problema, sino que lo domina); (h) los problemas pueden parecer más claros si utilizamos metáforas adecuadas y esto nos puede motivar, transmitir buenas expectativas y ayudarnos a actuar mejor.

3. Utilizar ejemplos en los cuáles el paciente se maneja bien y son similares a aquéllos en los que hay problemas: (a) analizar los modelos en los que se comporta bien (usando los mismos modelos de cognición-emoción; por ejemplo, pánico vs. fobia social); (b) persuadir de que se puede aprender de nuevo a manejar bien las emociones y conductas desadaptadas (como se manejaban antes de haber desarrollado un aprendizaje cognitivo-emocional erróneo), aplicando los mismos modelos que explican el desarrollo del problema.

4. Resaltar siempre el modo de trabajo: (a) hay que repasar los libros de autoayuda y los apuntes tomados en consulta (es necesario repetir la información para modificar hábitos cognitivos erróneos, formas de pensar equivocadas); (b) los modelos teóricos sirven de guía para la práctica; (c) la práctica conduce al desarrollo de habilidades, adquisición de seguridad y manejo de las emociones o conductas que antes se evitaban o eran un problema. Pero la práctica en la vida cotidiana y la adquisición de habilidades (i.e., sociales) también ayudan a reducir los sesgos cognitivos.

C) Reestructuración

Después de haber aprendido a observar lo que hacemos mal pueden suceder dos cosas: (1) que podamos resolver en el mismo acto el problema, cambiando automáticamente nuestros errores; o (2) que aunque

sepamos qué hacemos mal y qué debemos cambiar, no seamos capaces de modificarlo inmediatamente, porque se requiera que tengamos que hacer prácticas y desarrollar habilidades complejas. Por ejemplo, para una determinada persona que no es miedosa, no es lo mismo que le digan que el estruendo que ha oído en casa, estando a solas, ha sido un pequeño accidente (y no se trata de ladrones que han entrado en casa), frente a que le digan que debe comer un alimento que le da mucho asco, porque lo comen otras personas y es muy nutritivo. En éste último caso se requerirá algo más que información para cambiar la emoción y la conducta; además, probablemente los cambios en este caso no se conseguirán inmediatamente.

¿Qué habilidades se pueden necesitar en la reestructuración cognitiva para reducir los principales sesgos o errores cognitivos? El paciente puede requerir el desarrollo de muy diferentes habilidades, que pueden ser entrenadas en el proceso de reestructuración cognitiva: (1) entrenamiento en análisis y reevaluación cognitiva de amenazas para transformarlas en desafíos (revaloración cognitiva); (2) entrenamiento en focalización de la atención (entrenamiento en eliminación de anticipaciones negativas, entrenamiento en atención a estímulos neutros o positivos y reducción de la priorización de información negativa); (3) entrenamiento en solución de problemas; y (4) entrenamiento en mejora de la seguridad, autoeficacia percibida y autoestima (autovaloración).

Veamos brevemente algunas indicaciones sobre cómo entrenar estos cuatro tipos de habilidades que permiten reducir los sesgos cognitivos.

1. Desarrollo de habilidades para la revaloración de la amenaza. Hay muchas formas de reducir la amenaza subjetiva, pero básicamente consisten en contrastar la percepción del paciente con la realidad. Esto se puede conseguir haciendo una serie de preguntas que lleven a plantearse las consecuencias que realmente pueden acontecer si se afronta la situación amenazante. Por ejemplo, si una persona tiene mucha ansiedad para hablar en público y le preguntamos qué sucedería si tuviese que afrontar esta situación, es probable que su primera respuesta sea del tipo “me muero”, cuando en realidad sólo experimentaría ansiedad, vergüenza, etc. A través de una serie de preguntas adecuadas podemos conseguir que piense en las consecuencias reales y las valore correctamente y no de forma catastrófica. En este sentido es útil el modelo de Beck sobre valoración cognitiva de la amenaza, que señala que en las situaciones que provocan ansiedad exagerada suele haber una percepción de amenaza poco adaptativa, en la que se suelen cometer cuatro tipos de errores: (a) sobrestimación de la probabilidad de ocurrencia de un suceso temido; (b) sobrestimación de la severidad de un suceso temido; (c) infraestimación de los recursos de afrontamiento; y (d) infraestimación de las posibilidades de ayuda por parte de otros (apoyo social). La revaloración de la amenaza se llevaría a cabo mediante la contrastación empírica y el razonamiento de cada uno de estos cuatro errores: (a) para reducir el primer error, “¿cuál es la probabilidad de que suceda la amenaza?”, se utiliza el razonamiento y la contrastación empírica (se lleva a cabo una valoración subjetiva de la probabilidad, valorando de 0 a 100; se estiman datos de la realidad, se usan datos estadísticos para calcular la probabilidad real; la diferencia entre ambas es-

timaciones es un sesgo interpretativo, que suele ser muy grande y hay que reducir); (b) para el segundo tipo de error “¿cuáles son las consecuencias si sucede?”, se procede análogamente (valorar importancia de las consecuencias subjetivas (0-100), comparar con reales; un ejemplo de valoración subjetiva es “si tengo que hablar en público me muero”; cuando la consecuencia real es “temo hacer el ridículo”; ¿cuánta importancia tiene para mí el ridículo?, ¿qué pierdo realmente si evito?); (c) para corregir el tercer error “¿qué puedo hacer yo frente a la amenaza?”, se debe contrastar la valoración subjetiva de recursos para afrontar la situación temida con los recursos que usa en otras situaciones que no teme y en las que se maneja correctamente; y (d) para modificar el cuarto tipo de error, conviene hacer que se pregunte ¿a quién puedo pedir ayuda?, señalando que el apoyo social es esencial para amortiguar los problemas.

2. Desarrollo de habilidades para el manejo de la atención. ¿Qué debe hacer un paciente para conseguir una reducción importante del sesgo atencional? Para reducir el tiempo de atención centrada en amenazas es útil: (a) recordar que la atención a una respuesta autonómica cambia la tasa de respuesta, aumenta la preocupación e inicia el proceso en espiral; (b) recordar que la atención a los pensamientos negativos, las preocupaciones, etc., incrementa la activación fisiológica; (c) hay que intentar sustituir la atención, el repaso, la rumiación de pensamientos negativos por autoinstrucciones positivas, racionales; (d) realizar actividades que exijan alta atención (conversar, o imaginar, p. ej.), que sean incompatibles con dedicar una alta atención al problema (activación fisiológica, la propia conducta, etc.) y restar importancia a la atención re-

sidial hacia el problema; (e) tener siempre presente que hay una regla de oro para reducir el sesgo atencional, “debemos centrar la atención en la tarea (e.g., el examen), no en la ansiedad (los síntomas)”; (f) no empeñarse en rechazar pensamientos intrusos, sino aprender a funcionar a pesar de ellos; es mejor restarles importancia y habituarse al hecho de que puedan aparecer, sin que se desaten emociones.

3. Desarrollo de habilidades para la solución de problemas. El entrenamiento en solución de problemas (D’Zurilla y Goldfried, 1971) (Goldfried y Goldfried, 1975) sigue una serie de pautas tradicionales que son bien conocidas. Se comienza por explicar que la toma de decisiones y la solución de problemas generan ansiedad, por lo que conviene aprender un proceso que simplifique el tiempo que tomamos para realizar esta actividad cognitiva. La práctica de las cinco fases que describiremos a continuación generará nuevas habilidades de solución de problemas que sustituirán al proceso que seguía habitualmente el paciente, que adolecía de algún error (i.e., analizar indefinidamente las alternativas y no elegir una o volver atrás en el proceso). Fase 1. Definición y formulación del problema (recoger información, comprender el problema, buscar causas reales que están creando y manteniendo el problema, descomponer y analizar el problema, definir el problema. Fase 2. Propuesta de soluciones alternativas (elaborar las posibles salidas al problema, no entrar a discutir las). Fase 3. Evaluación de las alternativas (analizar los pros y contras de cada alternativa, tener en cuenta que las anticipaciones de problemas generan ansiedad. Fase 4. Toma de decisión (elegir la alternativa “menos mala”, tener en cuenta que no existe una que sea la so-

lución perfecta, no volver atrás en la toma de decisiones –regla de oro–, elaborar un plan de actuación, predecir consecuencias). Fase 5. Ejecución y verificación (puesta en marcha del plan de actuación, evaluación de los resultados).

4. Desarrollo de habilidades para una correcta autoevaluación (autoeficacia percibida y autoestima). Muchos pacientes cometen algunos sesgos cognitivos en la valoración de su capacidad para realizar una tarea (autoeficacia percibida) o la valoración de sí mismo y su trayectoria en las diversas facetas de la vida (psicológica, social, familiar, académica, profesional, económica, etc.). Cómo mejorar el autoconcepto o la autoeficacia percibida: (a) se debe favorecer la motivación para realizar actividades, pues el ser humano se valora más cuando permanece activo; (b) realizar o haber realizado múltiples actividades deseadas, nos ayuda a valorarnos mejor; (c) procurar hacerlas bien, pues los fracasos nos pasan factura en este sentido; (d) no basta con hacer diferentes actividades y hacerlas bien, sino que hay que saber valorar correctamente los resultados (muchas veces nos encontramos con sesgos valorativos hacia la baja); (e) realizar atribuciones correctas (los éxitos deben ser interpretados en términos de atribuciones internas, no externas, aunque a veces pueda influir algo la suerte o el apoyo social, pues estos factores son siempre temporales, y nosotros estamos revisando la valoración de toda una vida; (f) saber reforzarse por los aciertos (es mejor hacer las cosas por satisfacción o refuerzo que por obligación, sin ningún tipo de satisfacción) y corregir los errores (premiarse por el esfuerzo, aunque no se pueda premiar por el resultado; analizar y corregir errores de cara al futuro);

(g) experimentar satisfacción y bienestar (algunas personas tienen temor o no saben experimentar satisfacción por los logros); (h) saber generalizar a otras actividades, habilidades o esfuerzos (si he realizado este tipo de actividad, pero no esta otra, que es similar, debo sentirme capaz también de hacer esta otra, u otras tareas similares).

Para llevar a cabo correctamente todo el proceso de reestructuración cognitiva se requieren algunas habilidades del terapeuta. Por ejemplo, debe tener una sólida formación actualizada en las relaciones sobre cognición y emoción, debe tener práctica en el manejo de esa información, poseer habilidades de análisis de los problemas, manejo de sus propias emociones, cierta experiencia de vida y grandes dotes de persuasión. Pero el tema de las habilidades del terapeuta excede los objetivos de este artículo, por lo que vamos a hacer sólo un breve comentario sobre la persuasión.

En la aplicación de las técnicas de reestructuración cognitiva se requiere capacidad de persuasión que se puede conseguir si desarrollamos de varias formas el esquema "información - razonamiento - contrastación". Por un lado damos información sobre el tema que queremos convencer, a continuación desarrollamos una serie de razonamientos lógicos y finalmente buscamos datos en la realidad que respalden lo que defendemos. Este procedimiento será especialmente útil si hacemos: (a) pronóstico de mejoras (con el fin de aumentar las expectativas de un resultado positivo en el tratamiento); (b) fijamos un límite de tiempo para conseguir ese resultado (damos información de otros casos, razonamos buscando equivalencias con su caso, y finalmente buscamos datos que reflejan ya alguna mejora); (c) hacemos una exposición de mo-

delos que han alcanzados los objetivos y resaltamos los factores que han conducido al éxito; y (d) proporcionamos información sobre el proceso terapéutico, resaltando los logros alcanzados (por pequeños que sean) y se hace ver que los logros definitivos simplemente requieren más tiempo de entrenamiento. Otras herramientas que se utilizan para mejorar la persuasión son: el diálogo socrático, la intención paradójica, la modificación de estados de ánimo y la modificación de actitudes.

Por último, señalar algo que es indiscutible: la reestructuración cognitiva no está reñida con el entrenamiento conductual, sino que se complementa con él y forma parte de su desarrollo.

Así, por ejemplo, en la reestructuración cognitiva es necesario resaltar la necesidad de exponerse a las situaciones temidas, acercándose a los estímulos que provocan la ansiedad (bajo situación de control), todo ello siguiendo el principio de aproximaciones sucesivas (poco a poco) y el principio del refuerzo (es importante premiarse por los éxitos, aunque sean pequeños, y corregir los errores ante los fracasos, en lugar de castigarse). Al exponerse a la situación ansiógena, bajo estas condiciones de control, se produce habituación o disminución de la respuesta de ansiedad, y se consolida el proceso de reestructuración cognitiva. Sobre este punto es necesario subrayar las diferencias teóricas y prácticas de la exposición entendida desde el modelo conductista tradicional y el modelo cognitivo actual. Así, desde el primero, se pide al paciente que durante la exposición no deje de pensar en la amenaza; mientras que desde el segundo, se le pide que maneje su sesgo de tipo atencional, justo al contrario. Para una discusión sobre este tema véase el artículo

de Dongil-Collado y Wood (2009). En resumen, podríamos decir que muchas veces el tratamiento eficaz debe incluir exposición a estas situaciones que el paciente evita, pero la exposición por sí misma no siempre cura. A veces, produce el efecto contrario y sensibiliza. Para que la exposición sea eficaz, el paciente debe tener información y cierta sensación de control durante la exposición, por lo que primero debe llevarse a cabo la reestructuración cognitiva.

Otro ejemplo, además de la reestructuración cognitiva, puede ser necesario la modificación de diferentes conductas y reorganización del estilo de vida en personas con estrés. Además de reestructurar los procesos cognitivos de atención, interpretación, solución de problemas, etc., con frecuencia es necesario reorganizar las preocupaciones, las emociones, la conducta y el estilo de vida, aprendiendo a: (a) marcar horarios, pautas de trabajo y descanso; (b) mejora de la gestión del tiempo y la organización; (c) clarificación y jerarquización de objetivos; (d) reducción del perfeccionismo en el trabajo y en el ocio (deporte, relaciones sociales), “aprender a no hacerlo todo perfecto”; (e) mejora de las habilidades sociales en el ámbito laboral, familiar y social; y (f) mejora de las habilidades de comunicación con los demás.

El tratamiento aquí descrito consiste en un aprendizaje con las técnicas cognitivo-conductuales, especialmente la reestructuración cognitiva, desde un enfoque cognitivo-emocional. La experiencia práctica nos indica que se necesita un tiempo aproximado de unos pocos meses: en los casos menos graves, a los 3 meses una gran mejoría; a los 6 meses el alta. Lo habitual es que al cabo de unas 10 sesiones, una por semana, se comience a disminuir la fre-

cuencia –una sesión cada dos semanas–, si el paciente ha adquirido ya las herramientas de entrenamiento y las practica con la regularidad deseada. Esta intervención produce excelentes resultados en la práctica clínica, que se mantienen en el tiempo sin recaídas, como puede verse en los informes de casos publicados que han sido tratados con este protocolo de intervención (ver párrafo siguiente), aunque se requiere investigación con diseños más exigentes (ensayos controlados aleatorizados). Lo que viene a suceder en esta intervención se explica perfectamente por un proceso de aprendizaje progresivo de la regulación emocional y un mejor manejo cognitivo-emocional. Por el contrario, el paciente antes de llegar a la consulta estaba desarrollando un aprendizaje que le llevaba a generar mucha ansiedad, cada vez más, así como a mantenerla. Digamos que estaba trabajando en la dirección opuesta a sus objetivos.

Para profundizar en la propuesta de intervención que hemos realizado en este artículo recomendamos la lectura de algunos otros trabajos que describen con más detalle el tratamiento de casos sobre trastornos de ansiedad y que aparecen citados en éste (Cano-Vindel, 2007; Dongil-Collado, 2008; Herrero-Gómez & Cano-Vindel, 2010; Ramos-Cejudo & Cano-Vindel, 2008; Vidal Fernández et al., 2008; Wood, 2008). Algunos de ellos pueden encontrarse en la Web de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, SEAS (<http://www.ucm.es/info/seas/ta/trat/index.htm>).

Discusión y conclusiones

En el presente artículo se hace una propuesta de intervención cognitivo-conductual actualizada sobre los trastornos de ansiedad y

otros desórdenes emocionales. La propuesta se basa, por un lado, en nuestra experiencia clínica de muchos años centrada en los trastornos de ansiedad, combinada con la investigación especializada en el mismo campo (Cano-Vindel, 2010), por otro lado, en las directrices que marcan las guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica (NICE, 2011a, 2011b) y nuestras propias revisiones de la misma (Cano-Vindel, 2011a). Sin embargo, sería necesario llevar a cabo estudios controlados aleatorizados en los que se comparen la eficacia de esta propuesta con un grupo control de tratamiento placebo. Estamos trabajando en ello, en un proyecto de investigación en Atención Primaria, en colaboración con el COP y PsicoFundación, pero estamos en los inicios de este proyecto. Mientras tanto, sólo podemos aportar los estudios de casos ya citados, que sólo suponen una pequeña evidencia a favor de este protocolo de tratamiento. Para una profundización en las bases teóricas y apoyo empírico de esta propuesta remitimos al lector a una revisión sobre la intervención cognitivo-conductual en los desórdenes emocionales, que incluye este tema (Cano-Vindel, 2011a).

La lógica de la propuesta señala que si consideramos los trastornos de ansiedad como un desorden emocional aprendido en el que aparecen reacciones intensas y frecuentes, con experiencia ansiosa desagradable (i.e., malestar psicológico), activación fisiológica intensa (i.e., respuestas autonómicas) y expresión o conducta desajustada (i.e., evitaciones), si adoptamos un modelo cognitivo (sesgos cognitivos) y conductual (condicionamiento directo de respuestas fisiológicas) para explicar este aprendizaje, entonces la intervención psicológica debería ir encaminada a la restauración de

la regulación emocional previa al desorden, corrigiendo los sesgos cognitivos de atención e interpretación, disminuyendo la activación fisiológica mediante técnicas de relajación (muscular, respiración, imaginación y sugestión) y reajustando las conductas desadaptadas mediante un entrenamiento por aproximaciones sucesivas y práctica conductual reforzada.

Esta propuesta supone una actualización, especialmente con respecto a la práctica clínica habitual, en la que raramente se utiliza una reestructuración cognitiva basada en los sesgos cognitivos (Eysenck & Derakshan, 1997; Eysenck & Eysenck, 2007) y la regulación emocional (Leahy, Napolitano, & Tirch, 2011) como la que aquí se ha descrito y cuyas bases pueden ser consultadas en otra publicación (Cano-Vindel, 2011a). También supone una actualización respecto al modo de entender la exposición y la práctica de esta técnica. El modelo conductual radical, que predominaba en la psicología científica hasta los años 80, antes de que tomasen fuerza los modelos cognitivos (y se sigue utilizando hoy en día en la práctica clínica de forma generalizada), tuvo muchos problemas para explicar por qué no siempre se producía la extinción de la respuesta emocional tras la exposición repetida a la situación emocional. Diferentes intentos de explicación recurrieron a variables de tipo cognitivo, pese a que esta orientación radical del conductismo rechazaba la posibilidad de estudiar científicamente las variables cognitivas. Así, durante años se estuvo defendiendo que si bien la exposición repetida a la situación emocional o a los recuerdos espontáneos del trauma, normalmente sería suficiente para extinguir las asociaciones condicionadas, la extinción dejaría de ocurrir si la per-

sona que se estaba exponiendo trataba de distraerse o bloquear los recuerdos durante la exposición, lo que haría una exposición incompleta, que fallaría en su objetivo. De acuerdo con esta explicación (Keane, Zimering, & Caddell, 1985), la evitación cognitiva de los estímulos condicionados, ya sea a través de la distracción, el bloqueo de los recuerdos u otras conductas, se vería reforzada por una reducción en el miedo, lo que llevaría al mantenimiento del trastorno emocional (por ejemplo el trastorno de estrés postraumático, pese a exponerse a los recuerdos traumáticos). Esta explicación ha llevado a una práctica profesional contraria a los principios de la regulación emocional, o a los modelos de sesgos cognitivos actuales, al insistir en la necesidad de hacer exposición mientras el paciente imagina, en todo momento, consecuencias de tipo catastrofista, que pueden conducir a la sensibilización, así como a una alta tasa de abandono terapéutico. En realidad, según el modelo de los sesgos cognitivos la explicación de por qué no siempre funciona la extinción sería la contraria: el problema no estaría en que el paciente ha evitado cognitivamente durante la exposición y se ha distraído, sino que la extinción fallaría porque el paciente, por indicación de su terapeuta, está centrando su atención en los estímulos amenazantes y los está magnificando. Véase una discusión más a fondo del tema sobre la fobia a volar (Dongil-Collado & Wood, 2009). Esta actualización supone un aumento significativo de la eficacia de la intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad, como hemos podido ver en las publicaciones de casos realizadas hasta ahora.

Agradecimientos. Este artículo ha sido apoyado parcialmente por el proyecto de

investigación “Crisis de ansiedad: prevalencia y factores de vulnerabilidad”, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, MICINN (ref. PSI 2008-05332).

Referencias

- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 211-221.
- Arcas-Guijarro, S., & Cano-Vindel, A. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. *Psicología.com [Online]*, 3, 145 párrafos. Available: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol143num141/art_146.htm.
- Asociación Americana de Psiquiatría, A. P. A. (2001). *D.S.M.-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado* (1a. ed.). Barcelona: Masson.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van, I. M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1-24.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1011-1023.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., 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.
- Cáceres, J., Arrarás, J. I., Jusue, G., & Zubizarreta, B. (1996). Tratamiento comunitario de los trastornos de ansiedad: ¿cognitivo-conductual, farmacológico o mixto? *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 753-780.
- Camuñas, N., Ojeda, J., Prieto, L., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., & Miguel-Tobal, J. J. (2006). Intervención psicológica en mujeres menopáusicas: Implantación de un programa para la reducción de la ansiedad y la depresión. *Revista Lusófona de Ciencias da Mente e do Comportamento*, 8, 239-250.
- Cano-Vindel, A. (2001). *Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad (IAC TA)*. Unpublished manuscript, Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Cano-Vindel, A. (2002). Técnicas cognitivas en el control del estrés. In E. G. Fernández-Abascal & M. P. Jiménez

- Sánchez (Eds.), *Control del Estrés* (pp. 247-271). Madrid: UNED Ediciones.
- Cano-Vindel, A. (2004). *La ansiedad. Claves para vencerla*. Málaga: Arguval.
- Cano-Vindel, A. (2007). La naturaleza y el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia. *Boletín de la SEAS*, 27, 11-23. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/seas/Boletine/boseas27.pdf>.
- Cano-Vindel, A. (2010). Cognición, Emoción y Salud. Grupo de investigación. Recuperado el 30 de diciembre de 2010, de http://www.ucm.es/info/seas/invest/grupos/Cognicion_Emocion_y_Salud/
- Cano-Vindel, A. (2011a). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17, 157-184.
- Cano-Vindel, A. (2011b). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17, 73-95.
- Cano-Vindel, A., Dongil Collado, E., & Wood, C. (2011). *El Estrés*. Barcelona: Océano-Ámbar.
- Cano-Vindel, A., & Espada Largo, F. J. (2003). Fobia social y fobia simple: diferencias y similitudes en las manifestaciones clínicas. *Ansiedad y Estrés*, 9, 49-57.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1999a). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6, 14-21.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1999b). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 5, 129-143.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., González-Ordi, H., & Iruarrizaga, I. (2007). Hiperventilación y experiencia de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 13, 291-302.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., González-Ordi, H., & Iruarrizaga, I. (2009). Activación versus amenaza en la inducción de la reacción de ansiedad. *Psicothema*, 21, 177-182.
- Cano-Vindel, A., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2011). El trastorno de pánico en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 32, 265-273.
- 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.
- Cox, B. J., Fleet, C., & Stein, M. B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 82, 227-234.
- Craske, M. G., & Pontillo, D. C. (2001). Cognitive biases in anxiety disorders and their effect on cognitive-behavioral treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 58-77.
- Dongil Collado, E. (2008). Reestructuración cognitiva: Un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 14, 265-288.
- Dongil Collado, E., & Wood, C. (2009). El tratamiento de la fobia a volar. *Boletín de la SEAS*, 30, 10-24. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/seas/Boletine/boseas30.pdf>.
- 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 post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Elwood, L. S., Hahn, K. S., Olatunji, B. O., & Williams, N. L. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: a review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review*, 29, 87-100.
- Espada, F. J., Torres, P., Cano-Vindel, A., & Ochoa, E. F. L. (1994). Evaluación de trastornos de ansiedad: Diferenciación en los tres sistemas de respuesta y áreas situacionales. *Clinica y Salud*, 5, 209-217.
- Eysenck, M. W., & Derakshan, N. (1997). Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 3, 121-134.
- Eysenck, M. W., & Eysenck, W. (2007). Four Factor Theory and the Anxiety Disorders. /La teoría de los Cuatro Factores y los Trastornos de Ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 13, 283-289.
- Fernández-Ballesteros, R., DeBruyn, E. E. J., Godoy, A., Hornke, L., Ter Laak, J., Vizcarro, C., et al. (2001). Guidelines for the Assessment Process (GAP): A proposal for Discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 187-200.
- First, Michael B., Spitzer, Robert L, Gibbon Miriam, & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Herrero-Gómez, V., & Cano Vindel, A. (2010). Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 53-59.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L. M., & Martinsen, E. W. (2008). Mechanisms of change in cognitive therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 262-275.

- Leahy, R. L., Napolitano, L. A., & Tirch, D. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.
- Leal Carcedo, L., & Cano-Vindel, A. (2008). Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo desde las nuevas perspectivas cognitivas. Estudio de un caso. *Ansiedad y Estrés*, 14, 321-339.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1986). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual* (1 ed.). Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1988). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual* (2 rev ed.). Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1994). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual* (3. rev. ed.). Madrid: TEA.
- NICE. (2011a). Common mental health disorders: identification and pathways to care. Retrieved, July 22, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG123>
- NICE. (2011b). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care. Retrieved, March 7, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG113>
- Olivares, J., Rosa-Alcázar, A. I., & Olivares-Olivares, P. J. (2009). Transmisión de información cualificada frente a tratamiento psicológico estructurado de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal Of Clinical And Health Psychology*, 9, 241-258.
- Pérez-Nieto, M. A., & Cano-Vindel, A. (1998). Intervención en fobia social: caso clínico. *Psicología.com [Online]*, 2, Disponible en www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_7.htm.
- Peurifoy, R. Z. (1993). *Venza sus temores: ansiedad, fobias y pánico*. Barcelona: Robin Book.
- Ramos Martín, J. M. (2004). *Tratamiento grupal de la ansiedad en Atención Primaria de Salud. Variables moduladoras de la eficacia terapéutica*. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Ramos-Cejudo, J., & Cano-Vindel, A. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: el componente metacognitivo. *Ansiedad y Estrés*, 14, 305-319.
- Ramos-Cejudo, J., & Salguero, J. M. (2010). Creencias metacognitivas en los trastornos de ansiedad. *Boletín de la SEAS*, 32, 12-18. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/seas/Boletine/boseas32.pdf>.
- Sandín, B. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. In A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol. 2, pp. 113-169). Madrid: McGraw-Hill.
- 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.
- Schultz, L. T., & Heimberg, R. G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review*, 28, 1206-1221.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282, 1737-1744.
- Vidal Fernández, J., Ramos-Cejudo, J., & Cano-Vindel, A. (2008). Perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social: Estudio de un caso clínico. *Ansiedad y Estrés*, 14, 289-303.
- Wood, C. M. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 14, 239-251.
- 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.

Fecha de recepción: 09/09/2011
 Fecha de aceptación: 18/11/2011