

# EL TRATAMIENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL DEL TAG: MODELO CONCEPTUAL Y CASOS CLÍNICOS\*

Amélie Seidah,  
Michel J. Dugas  
y Renée Leblanc\*\*

## Resumen

*El objetivo de este artículo es presentar un modelo conceptual, como así también un plan de tratamiento cognitivo-comportamental del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). En un primer tiempo, exponemos nuestro modelo del TAG, que comprende cuatro procesos cognitivos implicados en el desarrollo y exacerbación de los síntomas de este trastorno, como ser: la intolerancia a la incertidumbre, la tendencia a sobrevolar la utilidad de preocuparse, la orientación ineficaz frente a los problemas, y la evitación cognitiva. Luego presentamos nuestro protocolo de tratamiento del TAG, que ha sido desarrollado a partir de este modelo conceptual.*

*Comprende 6 módulos conceptuales: psicoeducación y entrenamiento en la toma de conciencia de las preocupaciones; reconocimiento de la incertidumbre y exposición comportamental; reevaluación de la utilidad de preocuparse; entrenamiento en la resolución de problemas; exposición imaginaria y prevención de las recaídas.*

*Con el fin de ilustrar mejor los componentes del trastorno se presenta el caso de un paciente que padece de TAG*

**Palabras clave:** *trastorno de ansiedad generalizada, preocupación, baja tolerancia a la incertidumbre, tratamiento cognitivo-comportamental, resolución de problemas, exposición cognitiva.*

**Key words:** *generalized anxiety disorder, worry, Cognitive Behavioural Therapy.*

Nuestra comprensión de la naturaleza y del tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) ha evolucionado notablemente en el curso de estos últimos 15 años. Con la llegada del DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) el diagnóstico del TAG se ha precisado mucho más, introduciendo la noción de preocupaciones excesivas en el corazón de este trastorno. Nosotros sabemos ahora que se trata de un trastorno ansioso frecuente, más aún, de los más expandidos, en el cual su prevalencia durante la vida se sitúa alrededor del 3% con respecto a la población general (Wittchen, Zhao, Kessler y Eaton, 1994). Además, en oposición a conceptualizaciones anteriores, ahora se admite que el TAG produce un

incremento significativo de angustia y de interferencia en los dominios de funcionamiento del individuo que lo padece (Maier y col., 2000), lo cual se traduce en costos considerables en el plano personal, social y financiero (Koerner y col., 2004).

Si los tratamientos anteriores del TAG se centraban principalmente en la gestión de los síntomas somáticos y la enseñanza de técnicas generales, existen actualmente varios protocolos de tratamiento cognitivo-comportamental que dirigen la sintomatología específica del TAG y que han demostrado ser todavía más eficaces (e.g. Borcovec y Newman, 1999; Dugas y Ladouceur, 2000; Roemer y Orsillo, 2002; Wells y Carter, 1999).

## Modelo conceptual del TAG

Desde los comienzos de los años 1990, nuestro equipo de investigación ha desarrollado un modelo cognitivo (Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston,

\*Título original: *Le traitement cognitivo-comportemental du trouble d'anxiété généralisée: Modèle conceptuel et cas clinique*

Traducción: Manuel Paz

\*\* Amélie Seidah, Renée Leblanc : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal  
Michel J. Dugas : Département de psychologie (PY-170), Université Concordia,  
7141 rue Sherbrooke Ouest, Montréal, Québec, Canada, H4B 1R6  
E-mail: Michel.Dugas@concordia.ca

REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVI .p.p. 39-48  
© 2007 Fundación AIGLE.

1998; Dugas, Marchand y Ladouceur, 2005) como así también un plan de tratamiento del TAG que ha sido convalidado en estudios empíricos (Dugas y col., 2003; Ladouceur, Dugas y col., 2000). Dicho modelo estipula la presencia de cuatro procesos cognitivos implicados en el desarrollo y exacerbación de los síntomas del TAG; la intolerancia ante la incertidumbre, la tendencia a sobrestimar la utilidad de preocuparse, la orientación ineficaz frente a los problemas y la evitación cognitiva. Pues, nuestro tratamiento cognitivo-comportamental está constituido por módulos que se centran en cada uno de los procesos cognitivos. Tomémonos algunos instantes ante todo, para definir adecuadamente estos últimos.

#### *-La baja tolerancia a la incertidumbre*

La baja tolerancia a la incertidumbre, el componente central en nuestro modelo del TAG, se define como la tendencia a reaccionar negativamente (tanto en el plano cognitivo, como en el emocional y comportamental) a situaciones o acontecimientos ambiguos e inciertos. Los individuos con baja tolerancia a la incertidumbre consideran la incertidumbre como estresante y molesta, creen que la incertidumbre es nefasta y que debería ser evitada a cualquier precio, y tienen mucha dificultad para funcionar cuando se encuentran en situaciones inciertas (Buhr y Dugas, 2002). Los resultados de las investigaciones demuestran que los pacientes que padecen TAG, expresa niveles de intolerancia a la incertidumbre significativamente más elevados que los individuos de la población general o aquellos que sufren un trastorno de pánico u otro trastorno de ansiedad (Dugas, Gagnon y col., 1998; Dugas y col., 2005; Ladouceur y col., 1999).

En cuanto a los estudios que examinaron la especificidad de la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y las preocupaciones, los resultados revelan que la baja tolerancia a la incertidumbre correlaciona más fuertemente con las preocupaciones que con las obsesiones, la depresión y los síntomas de pánico (Dugas, Gosselin y Ladouceur, 2001; Dugas, Schwartz y Francis, 2004). Los resultados del estudio de Buhr y Dugas (2006) revelan, por su parte que las preocupaciones correlacionan más fuertemente con el concepto de baja tolerancia a la incertidumbre que con aquellos de perfeccionismo, necesidad de control y baja tolerancia a la ambigüedad.

Los estudios que examinaron la naturaleza de la relación entre la baja tolerancia a la incertidumbre y las preocupaciones, muestran que la manipulación experimental del nivel de tolerancia a la incertidum-

bre produce cambios en las preocupaciones. Más precisamente se constata que una elevación de la intolerancia a la incertidumbre genera una elevación de las preocupaciones y una baja en la tolerancia a la incertidumbre genera una baja en las preocupaciones (Ladouceur, Gosselin, Dugas, 2000). En la misma línea, otros estudios que examinaron el nivel de preocupaciones de los pacientes, observaron que los cambios en la tolerancia a la incertidumbre preceden a los cambios en los tipos de preocupaciones durante la terapia (Dugas y Ladouceur, 2000; Dugas, Langlois, Rhéaume, Ladouceur, 1998). Dichos resultados apoyan la idea que sostiene que la intolerancia a la incertidumbre representa un factor de riesgo en el plano cognitivo para las preocupaciones excesivas y el TAG.

#### *-La sobrevaloración de la utilidad de preocuparse*

Las creencias positivas que rodean a las preocupaciones, es decir, toda creencia que sostenga que preocuparse es útil, corresponde al segundo componente de nuestro modelo. Estas creencias positivas han sido estudiadas en varias investigaciones (e.g. Borkovec y Roemer, 1995; Carwright-Hatton y Wells, 1997; Davey, Tallis y Capuzzo, 1996) y los resultados de nuestros propios análisis indican que las preocupaciones excesivas y el TAG están ligados a las creencias siguientes: preocuparse facilita la resolución de problemas y ayuda a motivarse; preocuparse protege contra las emociones negativas futuras; la acción misma de preocuparse puede disminuir la probabilidad de acontecimientos negativos futuros (noción de fusión entre el pensamiento y la acción); y que preocuparse es un rasgo de personalidad positivo (Francis y Dugas, 2004; Holowka, Dugas, Francis y Laugesen, 2000). Además, los pacientes que sufren de TAG se ocupan todavía más de las creencias sobre la utilidad de preocuparse que los individuos de la población general (Dugas, Gagnon y col. 1998).

#### *-La orientación ineficaz frente a los problemas*

Las dificultades en la resolución de problemas, por su parte, han sido igualmente identificadas como factores que contribuyen a la tendencia a preocuparse. En efecto, muchos trabajos de investigación revelan que los individuos que se preocupan de manera excesiva tienen todavía más dificultades para resolver problemas cotidianos, y esto se debe principalmente al hecho de que ellos sostienen una orientación ineficaz frente a los problemas (Dugas, Freeston y Ladouceur, 1997; Robichaud, Dugas y Conway, 2003). La orientación poco eficaz frente a los problemas com-

prende el conjunto de las reacciones iniciales de un individuo frente a los problemas y se define como un estilo cognitivo disfuncional que interfiere con las etapas de resolución de problemas.

Ejemplos de orientación ineficaz frente a problemas son: no reconocer que se tiene un problema; enojarse o encontrar “anormal” el tener un problema; percibir un problema como una amenaza más que como un desafío; demostrar una falta de confianza en su propia capacidad para resolver un problema; sostener una percepción pesimista del resultado; etc (D´Zurilla, Nezu, Maydeu-Olivares, 1998). Dicho esto, si bien los datos de la investigación indican que los pacientes que sufren de TAG no difieren de los otros individuos en su capacidad de generar, elegir, e implementar soluciones; ellos tienen, sin embargo, tendencia a percibir y evaluar sus problemas y los procesos de resolución de problemas de manera más negativa. Tienen así menos tendencia a registrar sus problemas y son menos eficaces cuando utilizan sus habilidades de resolución de problemas, de manera que continúan preocupándose por ellos.

Por otro lado, nuestra experiencia clínica nos ha mostrado que los pacientes que sufren de TAG se benefician también con el entrenamiento en las habilidades de resolución de problemas propiamente dichas. A título de ejemplo, notamos frecuentemente la tendencia en estos pacientes: 1) a ensayar resolver un problema muy vago o mal definido; 2) a tener objetivos poco realistas sobre los cambios visualizados, en relación a la situación problemática; 3) a no enfocar más que una o dos soluciones posibles. Además, observamos el impacto de la baja tolerancia a la incertidumbre en el proceso de resolución de problemas. En efecto, no es raro ver a un paciente incapaz de elegir una solución entre varias posibles visualizadas, a causa de su deseo de encontrar una solución perfecta o cierta.

#### *-La evitación cognitiva*

Contrariamente a los individuos que tienen miedos específicos a objetos, lugares o situaciones, los pacientes que sufren de TAG tienen miedos generalmente menos tangibles, orientados hacia el futuro y que poseen una débil probabilidad de concretarse. En estos casos, la evitación es principalmente de tipo cognitiva, y se traduce por toda estrategia interna utilizada por el individuo, para evitar exponerse a un pensamiento o una imagen molesta (por ejemplo, la distracción, el reaseguro, el reemplazo o la supresión de ciertos pensamientos).

Tanto como la evitación física, la evitación cognitiva puede llevar a una reducción temporal de la ansiedad; de lo cual se deriva la necesidad de mantener esta estrategia. Sin embargo, su eficacia es ilusoria y solo aporta un alivio temporal, impidiendo el tratamiento emocional de los miedos fundamentales. La evitación cognitiva contribuye al mantenimiento y exacerbación de las preocupaciones y a la ansiedad.

Habiendo efectuado un breve recorrido de nuestro modelo conceptual del TAG y de los procesos cognitivos implicados en el desarrollo y el mantenimiento de la sintomatología de este trastorno, pasemos ahora a la descripción detallada de nuestro tratamiento.

### **Un protocolo de tratamiento cognitivo-comportamental del TAG**

El protocolo de tratamiento cognitivo-comportamental (TCC) que se presenta aquí, ha sido validado por nuestros estudios clínicos anteriores (Dugas y col, 2003; Ladouceur, Dugas y col, 2000). Este protocolo de tratamiento comprende entre doce y dieciséis sesiones semanales de una hora de duración y puede ser utilizado tanto en el contexto de una terapia individual como grupal. Los principales módulos del tratamiento son los siguientes: (1) psicoeducación y entrenamiento en la toma de conciencia de las preocupaciones; (2) reconocimiento de la baja tolerancia a la incertidumbre y exposición comportamental; (3) reevaluación de la utilidad de preocuparse; (4) entrenamiento en la resolución de problemas; (5) exposición imaginaria; y (6) prevención de las recaídas. Para cada uno de los módulos de tratamiento, los objetivos principales de la intervención son reducir las preocupaciones excesivas y difíciles de controlar, como así también ayudar al paciente a tolerar y a adaptarse mejor a la incertidumbre. Los síntomas somáticos que se encuentran en el TAG nunca son directamente atacados en este protocolo, pues son percibidos como consecuencias del hecho de preocuparse de manera excesiva. Los resultados de nuestros estudios clínicos parecen efectivamente apoyar el hecho de que los síntomas somáticos mejoran luego del tratamiento, cuando ellos no son tratados directamente (Dugas y Robichaud, 2007).

#### **Caso clínico**

A fin de ilustrar mejor nuestro tratamiento cognitivo-comportamental hemos elegido para presentarles, el caso de una paciente que ha sido seguida en

el área de psicología en la clínica externa de psiquiatría de nuestro hospital. Esta paciente, (Sra. "B"), ha realizado nuestro protocolo de tratamiento en 16 encuentros de terapia individual. Se trata de una señora casada, de 35 años, madre de un niño de 2 años y que se ocupa tiempo completo a su familia. La evaluación psiquiátrica inicial permitió identificar la presencia de un TAG severo, con comorbilidad de síntomas residuales de un trastorno de pánico con agorafobia (TPA) para el cual ella había recibido un TCC antes. Se observaron en la evaluación síntomas depresivos severos que parecen ciertamente secundarios a su diagnóstico principal (TAG). Rasgos de personalidad dependiente, obsesivos y evitativos; como así también elementos de duelo no resueltos (fallecimiento de su padre 3 años atrás) son igualmente señalados. La Sra. "B" toma Clonazepam (0,5 mg.), según su necesidad, a razón de una a dos veces por semana. En cuanto a sus antecedentes médicos, la paciente expresa sufrir el síntoma de colon irritable y migrañas frecuentes.

### **Modulo 1. Psicoeducación y entrenamiento en la toma de conciencia de las preocupaciones**

Como en distintos protocolos de tratamiento cognitivo-comportamental, el primer encuentro del tratamiento consiste en familiarizar al paciente con los principios de base de la TCC (ej. entrevistas breves y estructuradas, centradas en el presente, ejercicios semanales para realizar entre sesiones, etc.). Este primer encuentro se consagra igualmente a la psicoeducación sobre el TAG, presentando en especial los criterios diagnósticos de este trastorno y explicando al paciente que el núcleo principal del tratamiento serán las preocupaciones excesivas. Lo racional del tratamiento y el círculo vicioso de las preocupaciones, se presentan luego, utilizando la ilustración de nuestro módulo conceptual (ver Fig.1.). Sin embargo, habida cuenta de la complejidad de este módulo y del hecho que nosotros no deseamos "sobrecargar" al paciente de información al comienzo del tratamiento, este módulo es presentado en forma gradual (ej. un módulo por vez) en el curso de las sesio-

Figura 1. Modelo del trastorno de ansiedad generalizada \*



\* Reproducción de *Behaviour Research and Therapy*, 36, Dugas, M. J., Gagnon, F. Ladouceur, R., & Freeston, M. H., Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model, 215-226, 1998, con el permiso de Elsevier.

nes. Así, en la medida en que los conceptos son presentados al paciente (ej. baja tolerancia a la incertidumbre), éstos son incorporados al eje central del modelo. Esto permite al paciente aprehender mejor la complejidad del TAG y de los diversos factores que contribuyen al mantenimiento y exacerbación de las preocupaciones excesivas.

En ocasión del primer encuentro se presenta el eje central del modelo (situación “Si...?”

→ Preocupación → Ansiedad → Agotamiento/ Desmoralización). Explicamos que el círculo vicioso de las preocupaciones comienza siempre por un elemento desencadenante (ej. una situación) que puede ser externa (ej. el anuncio de una mala noticia por un tercero) o interna (ej. sensación de aturdimiento) y que lleva a esa persona a plantearse interrogantes “Si...?”, tales como: “¿Si ella no sale de ésto?”, “¿Si yo tuviera un tumor en el cerebro?”. Nosotros le explicamos al paciente que el hecho de tener tales pensamientos no es problemático en sí, pero que esas series de preguntas “Si...?” pueden ser la puerta de entrada para las preocupaciones excesivas. La preocupación es aquí definida como un pensamiento o un encadenamiento de pensamientos sobre un acontecimiento negativo futuro que genera ansiedad (ej. “¿Si yo tuviera un tumor en el cerebro...? Voy a tener las fuerzas para realizar los tratamientos? Y si yo muero, ¿mi marido será capaz de ocuparse de nuestros hijos?”). Dado que las preocupaciones generan a menudo síntomas de ansiedad, se hace una distinción al paciente, entre la preocupación (fenómeno cognitivo) y la ansiedad (fenómeno psicológico). Terminamos la explicación del eje central de nuestro modelo subrayando que la desmoralización y el agotamiento son estados que pueden aparecer frecuentemente a continuación de las preocupaciones y síntomas de ansiedad crónicos.

Al finalizar este primer encuentro, se le asigna al paciente un ejercicio de toma de conciencia de sus preocupaciones, como por ejemplo, el de anotar las mismas tres veces por día en momentos predeterminados. Este ejercicio permite no solo al paciente acrecentar la toma de conciencia de sus preocupaciones en el momento mismo en el que ellas sobrevienen, sino además tener una visión de conjunto de los diferentes temas de dichas preocupaciones presentes cotidianamente, y verificar si algunas de ellas tienen tendencia a ser recurrentes. El paciente es luego llevado a hacer la distinción entre los dos tipos de preocupaciones: aquéllas que tienen que ver con una situación real y actual (ej. conflicto con un amigo) y aquéllas otras que tienen que ver con una situación hipotética o improbable (ej. temer que sus hijos tengan un accidente). El terapeuta subraya la importancia de distinguir entre estos dos tipos de preocupaciones, ya que le serán enseñadas estrategias de intervención propias a cada una.

#### Encuentro 1

La Sra. “B” expresa reconocerse en el modelo presentado y constata que ella se preocupa por problemas actuales (conflictos con su marido y su suegra, tareas domésticas que debe realizar cuando se siente extenuada o con el pecho cerrado, la educación de su hija, cuando su hija tiene gripe, etc) pero también por situaciones hipotéticas (ser alcanzada algún día por una enfermedad grave como el cáncer o el sida; que su hija o su marido tenga un accidente; que su hija se enferme gravemente; que ella caiga en la depresión a causa de preocuparse excesivamente; etc.)

#### **Modulo 2. Reconocimiento de la baja tolerancia a la incertidumbre y exposición comportamental**

El segundo módulo del tratamiento se centra en la baja tolerancia a la incertidumbre. El terapeuta presenta este concepto agregándolo como telón de fondo al modelo del TAG y explica al paciente que los resultados de las investigaciones han identificado claramente la intolerancia a la incertidumbre como proceso central ligado a la tendencia a preocuparse. En otros términos la baja tolerancia a la incertidumbre actúa como “motor” de las preocupaciones. El terapeuta se toma el tiempo necesario también para definir bien la baja tolerancia a la incertidumbre y explicar al paciente que las personas con baja tolerancia a la incertidumbre tienen mayor tendencia a estar preocupadas pues la incertidumbre lleva a más cuestionamientos “Si..?” El dilema siguiente es entonces presentado al paciente: “Usted tiene dos elecciones posibles: ensayar de “reducir” la incertidumbre en su vida, o aumentar su “tolerancia” a la incertidumbre.” Ya que la incertidumbre forma parte de la vida, y que ella es a menudo incontrolable, se le explica al paciente, que la persona con baja tolerancia a la incertidumbre está “condenada” a preocuparse y que sería preferible que aprenda a desarrollar una mayor tolerancia a la misma. Es entonces que el terapeuta presenta al paciente una lista de los diferentes comportamientos que tienden a reducir y /o a controlar la incertidumbre (ej. evitar de hacer ciertas cosas pues el resultado es incierto; no delegar tareas cuando no se está seguro que los otros las harán correctamente; comprometerse parcialmente en una tarea, un proyecto, o una relación; buscar un reaseguro en el acercamiento a los otros; sobreproteger a los otros; hacer las cosas en su lugar; etc.). Esta lista permite al paciente comprender mejor el concepto de tolerancia a la incertidumbre y tomar conciencia de sus propias manifestaciones de intolerancia. Ejercicios graduales de exposición se agregan a continuación y a lo largo de todo el tratamiento, ya que cada



uno de los módulos está ligado a este concepto central.

#### Encuentros 2 y 3

Siguiendo con el ejemplo dado, la Sra. “B” identificó sus propias manifestaciones de baja tolerancia a la incertidumbre tales como: tendencia a evitar delegar sus tareas por temor a que no se hagan a su manera; buscar constantemente ser reasegurada por su entorno; tomarse demasiado tiempo antes de tomar una decisión por temor a equivocarse; consultar a varios médicos por temor a una equivocación médica; acompañar a su madre en sus consultas médicas afín de estar segura de mencionar ciertos síntomas al médico, etc. La Sra. “B” expresa que no solo sus tentativas de evitar la incertidumbre no le permiten reducir sus preocupaciones, sino que ellas contribuyen a mantenerlas. Entre los ejercicios de exposición a la incertidumbre integrados conjuntamente, la Sra. “B” tomó la iniciativa de pedirle a quienes la rodean de no reasegurarla mas cuando ella se preocupe, aunque ella insista o lo reclame. Ella decidió igualmente no ir más a las consultas médicas de su madre, y dejar de privarse de ir a las reuniones de familia por temor a que surja un conflicto con su suegra, diciéndose “Veremos cómo se desarrollará el encuentro”.

### **Módulo 3. Reevaluación de la utilidad de preocuparse**

La etapa siguiente del tratamiento aborda las creencias positivas que rodean a las preocupaciones; es decir, toda creencia que pretende confirmar que preocuparse es útil. Agregando este componente al eje central del modelo del TAG, el terapeuta explica que, cuanto más una persona cree que preocuparse es útil, más ella tenderá a continuar preocupándose y a ser ambivalente a la idea de terminar con ese comportamiento. La contribución a la baja tolerancia a la incertidumbre en el mantenimiento de tales creencias, es igualmente presentada, precisando que las personas intolerantes a la incertidumbre tienen mayor tendencia a creer que inquietarse es útil. Por ejemplo, el individuo puede creer que el acto mismo de preocuparse le permite predecir o planificar todas las eventualidades posibles, y así eliminar la incertidumbre.

El terapeuta presenta enseguida una lista de creencias positivas generalmente sostenidas por las personas que sufren de TAG y pide al paciente de comunicarle sus propios ejemplos “sobre la utilidad” de preocuparse. El terapeuta utiliza luego una variedad de estrategias para tratar de sembrar la duda en el paciente en cuanto a la utilidad de preocuparse se

refiere, entremezclando con ejercicios tales como el del “abogado del diablo” o “defensor y fiscal”. En el juego de rol de este ejercicio se le pide al paciente en primer término, tomar el papel de abogado con mandato de convencer a los miembros del jurado que preocuparse es útil. El paciente toma después el papel de abogado de la parte opuesta, debiendo convencer al jurado que, por el contrario, preocuparse no es útil. El objetivo de esta etapa del tratamiento tiende a conmovir las creencias positivas del paciente en cuanto a la utilidad de preocuparse a fin de reducir su ambivalencia y reasegurar su adherencia al tratamiento.

#### Encuentros 4 y 5

En ocasión de estos encuentros la Sra. “B” admite que cree necesario preocuparse para encontrar mejores soluciones, prevenir problemas y ser más vigilante, prevenir emociones negativas, y ayudar a reaccionar más rápidamente cuando sobreviene un problema. Además, aunque ella percibe ciertos beneficios en el hecho de preocuparse, comenta igualmente varios inconvenientes, tales como: tensiones musculares, dificultades con el sueño y de concentración, irritabilidad, fatiga, tensiones en la pareja, pérdida considerable de tiempo en preocuparse por situaciones hipotéticas. Ella comenta además que preocuparse continuamente la vuelve más triste, con menos confianza en sí misma, menos dispuesta a permitirse gozar y aprovechar del momento presente. Al término de su reflexión sobre las ventajas y los inconvenientes de preocuparse, la Sra. “B” concluye que si bien la preocupación moderada puede resultar útil a ciertos niveles, la preocupación excesiva vivida cotidianamente, no puede sino ser contraproducente.

En cuanto a los ejercicios de exposición a la incertidumbre, la Sra. “B” continúa comentando diversas situaciones cotidianas y expresa tolerar mejor sus sensaciones físicas (ej. dolores de cabeza, opresión en el pecho). En efecto, se abstiene de buscar reaseguro aproximándose a su marido o yendo a buscar información sobre sus síntomas en Internet. Más bien, ella se dice: “Es desagradable pero no es peligroso y, sin duda, va a pasar con el tiempo”. Este pensamiento no parece actuar como método de reaseguro pues ella niega tener necesidad de repetirlo varias veces e intenta verdaderamente exponerse y tolerar la duración incierta de sus síntomas. La Sra. “B” es felicitada y alentada a proseguir en esta dirección.

### **Modulo 4. Entrenamiento en la resolución de problemas**

El tercer componente que se presenta al paciente y que es agregado al modelo conceptual del TAG, es

la resolución de problemas. Nosotros le explicamos al paciente que este módulo del tratamiento examina dos elementos de la resolución de problemas: por un lado la orientación frente a los problemas, y por otro el entrenamiento en las habilidades de dicha resolución. La definición de orientación frente a los problemas se presenta al paciente y le son dados ejemplos de orientación ineficaz. Los objetivos de esta fase del tratamiento, consisten en ayudar al paciente, en un primer momento, a tomar conciencia de sus reacciones dañinas iniciales, cuando se enfrenta a ciertos problemas; y en un segundo momento, desarrollar una estrategia más eficaz frente a ellos.

En esta etapa del tratamiento pueden realizarse diversos ejercicios. Primeramente el terapeuta ayuda al paciente a discriminar entre la situación problemática y las emociones negativas para reconocer mejor los problemas. Para favorecer una mejor identificación de los mismos, el terapeuta puede también pedir al paciente que realice una lista de los problemas actuales y recurrentes. A continuación, puede identificar un problema por día y ensayar por escrito de transformar sus percepciones de “amenaza” frente al problema, en percepción de desafío o de oportunidad. Una vez completados estos ejercicios, el terapeuta introduce el tema de la psicoeducación acerca del entrenamiento en resolución de problemas. Presenta entonces de manera detallada cada una de las etapas del proceso de resolución de problemas, explicando al paciente que el objetivo no es el de reglar todos sus problemas, sino de enseñarle una manera de actuar que ha sido demostrada eficaz para reducir las preocupaciones frente a los problemas actuales.

Las etapas siguientes son así presentadas y explicadas al paciente: (1) definición del problema; (2) formulación del objetivo; (3) “torbellino de ideas” acerca de soluciones posibles; (4) toma de decisión; (5) puesta en práctica de la solución y evaluación de los resultados. El terapeuta insiste en la importancia de definir el problema de manera concreta y específica, de enfocar el alcance de objetivos realizables y presentar las reglas generales del proceso del “torbellino de ideas” (principio de cantidad, de variedad en las soluciones, sin evaluarlas, etc.). En la etapa de la toma de decisiones, el terapeuta destaca la importancia de escoger la “mejor” solución entre aquellas identificadas y no la solución “perfecta”.

#### Encuentros 6 a 10

La Sra. “B” participó activamente en esta etapa de su tratamiento. Los distintos ejercicios efectuados le permitieron diferenciar entre las emociones negativas (ej. frustración, cólera, sentimiento de injusticia) y sus problemas como tales. En efecto la Sra. “B” tiene tendencia a identificar sus reacciones negativas

como si fueran el problema, y experimentaba así dificultad para identificar de manera clara y precisa sus dificultades. Por tanto, tendía a querer controlar varios problemas a la vez o problemas que no estaban bajo su responsabilidad o su control (ej. conflicto entre dos miembros de su familia, pretensión de modificar el comportamiento de su suegra). Además, tendía a proponerse objetivos difíciles de alcanzar (ej. “no experimentar más tensión con mi suegra”, mas que “aprender a arreglarme mejor en mis dificultades con mi suegra”) y a limitarse a no generar más de 2-3 soluciones muy “racionales”.

Aplicando las reglas del “brainstorming”, ella aprendió a ser más creativa en sus soluciones, lo que le permitió ensayar nuevas maneras de actuar antes que repetir siempre los mismos tipos de soluciones por costumbre o convención.

La Sra. “B” afirma que el entrenamiento en la resolución de problemas le ha permitido no solo preocuparse menos de sus problemas, pasando más rápidamente a la acción, antes que permanecer paralizada por sus preocupaciones y su ansiedad, y además tener más confianza en sí misma. La Sra. “B” fue alentada a elegir una solución y ensayar de aplicarla pese a la falta de garantía en cuanto a su resultado, lo que le permitió seguir con su objetivo de desarrollar una mayor tolerancia frente a la incertidumbre.

### **Modulo 5. Exposición imaginaria**

En esta etapa del tratamiento, un último componente es integrado al modelo conceptual del TAG, que es la evitación cognitiva. El terapeuta explica al paciente que las próximas sesiones se centrarán sobre las preocupaciones ligadas a problemas hipotéticos, y que la estrategia de “exposición imaginaria” será utilizada para abordar la evitación cognitiva.

En esta etapa, el terapeuta se toma el cuidado de explicar muy bien lo racional subyacente a esta técnica a fin de favorecer la adherencia al tratamiento. Las ilustraciones gráficas de las curvas de evitación, de neutralización y de exposición son a menudo utilizadas para facilitar la comprensión de los mecanismos subyacentes responsables del mantenimiento de las preocupaciones. La exposición imaginaria permite al paciente exponerse al miedo fundamental originario de la preocupación alcanzada y esto, de manera repetida e intensiva, permite el tratamiento emocional de este miedo (para una descripción más detallada del principio de tratamiento emocional de los miedos, ver Foa y Kozak, 1986).

Al principio, el paciente escoge un tema de preocupación recurrente a propósito de una situación hipotética (ejemplo: “mi esposa tendrá cáncer”). A

continuación, el terapeuta ayuda al paciente a ubicar el miedo fundamental subyacente a esta preocupación (ejemplo: “yo voy a envejecer solo”). De allí, el paciente reedita su escenario de exposición. El terapeuta precisa que este último debe ser reeditado en el presente, en primer persona singular (ejemplo: “yo”), que no debe contener elementos de reaseguro que puedan servir de neutralización, que debe ir al fondo del miedo fundamental y ser todo lo más aterrador posible, sin dejar de ser creíble.

Una vez que el terapeuta verificó el escenario, éste será grabado en un cassette. El paciente lee su escenario lentamente, con un tono de voz emotivo y pausas apropiadas a fin de facilitar el desarrollo de imágenes mentales en el momento de escucharlo. Se le pide al paciente de exponerse a la escucha de su escenario una vez por día durante alrededor de dos semanas, al mismo tiempo que indica en una hoja sus aspectos subjetivos de disconformidad (0 – 100) antes y después del ejercicio de exposición.

#### Encuentros 11 a 15

Cuando lo racional de la exposición imaginativa es presentado a la Sra. “B”, ella se muestra reticente a incorporar este ejercicio. Expresa tener miedo de que exponiéndose de manera repetida e intensiva a sus miedos fundamentales, esto tendría como efecto hacerlos aún mucho más presentes a su mente. Nosotros connotamos su miedo como normal y la alentamos a ensayar el ejercicio a pesar de su miedo. Cuando la paciente acuerda, reedita su primer escenario de exposición cognitiva en el cual el tema es el siguiente: ella experimenta un repentino malestar en el estómago, sus síntomas perduran, le diagnostican cáncer de estómago, ella se hunde en una depresión, etc. La primera escucha de su escenario se hace en presencia del terapeuta. La Sra. “B” se emocionó notoriamente durante el ejercicio, lloró en distintos momentos y expresó no haberse distraído o distanciado emocionalmente del mismo. Luego de dos semanas de exposición, la paciente constata una disminución de su preocupación de tener cáncer algún día y continúa tolerando mejor sus sensaciones físicas inciertas o vagas (ejemplo: aturdimientos, males de estómago, palpitaciones) más bien que buscar reaseguros consultando a su médico o efectuando búsquedas en Internet sobre sus síntomas.

Este ejercicio le ha permitido también a la Sra. “B” volver a cuestionar la utilidad de pensar actualmente en este acontecimiento hipotético. Notamos igualmente que este ejercicio le ha permitido fisurar su creencia del principio, sosteniendo que la exposición repetida a su escenario no haría sino reforzar sus preocupaciones y su ansiedad. Estando más convencida de la eficacia de su estrategia sobre sus preocupaciones, ella se siente ahora preparada para enfren-

tar otra de sus preocupaciones más invasoras, aquella en que su hija se hace atropellar por un automóvil. La exposición a su primer escenario ha acrecentado así su motivación de atacar otro de sus miedos al cual hubiera sido sin duda muy difícil de exponerse desde el principio.

### **Modulo 6. Prevención de recaídas**

La última etapa del tratamiento se centra en hacer un breve repaso del conjunto de las estrategias presentadas y efectivizadas en el curso de la terapia, a fin de consolidar las adquisiciones del paciente. El objetivo de esta última etapa, que puede hacerse en 1 o 2 encuentros, es igualmente preparar al paciente para los eventuales desafíos y dificultades que pudiera encontrar en el futuro. El terapeuta se toma el tiempo de esclarecer al paciente la distinción entre una “caída” (que representa un acrecentamiento temporal de los síntomas debido a un estresor puntual) y una recaída (que representa un retorno de los síntomas al estado de pre – tratamiento). La importancia de continuar aplicando las estrategias enseñadas a fin de mantener sus mejorías es también reforzada. Si en algún momento pasara por un período en el que le fuera muy difícil controlar la frecuencia e intensidad de sus preocupaciones, se le recomienda al paciente no desanimarse y aprovechar de esa ocasión para poner en práctica las herramientas aprendidas en ocasión de su terapia.

#### Encuentro 16

Al término de todo el proceso, la Sra. “B” dice constatar una mejoría importante respecto de sus preocupaciones y síntomas somáticos. Ella expresa sentirse más confiada, pues experimenta que tiene instrumentos más eficaces para hacer frente a sus preocupaciones. Constata igualmente que experimenta menos frustraciones en las cosas diarias, pues no se priva, como hacía antes, de hacer o decir ciertas cosas por miedo al juicio de los otros. Subraya que los ejercicios comportamentales de exposición a la incertidumbre, como así también la enseñanza de las etapas de la resolución de problemas, le han sido beneficiosos. Se reconoce más consciente de sus reacciones iniciales frente a los problemas y siente que debe continuar transformando sus percepciones amenazantes en percepciones de desafío. En conjunto, expresa sentirse muy satisfecha por los servicios recibidos.



## CONCLUSION

El objetivo del presente artículo era presentar un modelo conceptual como así también un plan de tratamiento cognitivo comportamental del TAG que comprendía los módulos siguientes: psicoeducación y entrenamiento en la toma de conciencia de las preocupaciones; reconocimiento de la baja tolerancia a la incertidumbre y exposición comportamental; reevaluación de la utilidad de las preocupaciones; entrenamiento en la resolución de problemas; exposición imaginativa y prevención de la recaída.

A lo largo del tratamiento los pacientes fueron alentados a investigar y negociar con la incertidumbre con el objetivo último de concebir la incertidumbre no como un elemento necesariamente negativo, sino como una oportunidad para desarrollar sus capacidades de negociar con las situaciones inciertas.

Este protocolo de tratamiento ha sido validado en dos estudios con un grupo control de 26 pacientes en terapia individual (Ladouceur, Dugas y col. 2000) y 52 pacientes en terapia grupal (Dugas y col. 2003). En los dos casos, los resultados demostraron que el tratamiento es eficaz. En efecto, una mejoría en todas las variables evaluadas fue observada en el caso de los pacientes en tratamiento, comparándolos con los del grupo de control. Más específicamente, 20 de los 26 pacientes en terapia individual no presentaban más los criterios diagnósticos del TAG después del tratamiento, y aún un año después del mismo. En la misma dirección, el 60% de los participantes en terapia grupal, remitían completamente al final del tratamiento, proporción que aumentaba a 95% luego de 2 años de terminado el tratamiento. Sin embargo, el porcentaje de abandono durante el desarrollo del tratamiento era superior en los participantes de la terapia grupal, de forma que la terapia individual parece ser el formato óptimo para estos pacientes.

En suma, los datos obtenidos hasta el presente sugieren que el protocolo de tratamiento ilustrado en este artículo es eficaz y que las ventajas terapéuticas se mantienen a lo largo del tiempo. Investigaciones suplementarias son, sin embargo, necesarias con el fin de continuar examinando los procesos afectivos, cognitivos y comportamentales específicos del TAG, con la mira puesta en desarrollar mejores estrategias de intervención que den alcance a las particularidades de este trastorno.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Borkovec, T. D., y Newman, M. G. (1999). Worry and generalized anxiety disorder. En A. S. Bellack y M. Hersen (Series Eds.), y P. Salkovskis (Vol. Ed.), *Comprehensive clinical psychology: Vol. 4. Adults: Clinical formulation and treatment* (pp. 439-459). Oxford: Elsevier Science.
- Borkovec, T. D., y Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotional topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Buhr, K., y Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 931-946.
- Buhr, K., y Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 222-236.
- Cartwright-Hatton, S., y Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Davey, G. C. L., Tallis, F., y Capuzzo, N. (1996). Beliefs about the consequences of worrying. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 499-520.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., y Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593-606.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., y 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., y Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 551-558.
- Dugas, M. J., y Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24, 635-657.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D., y Boisvert, J. M. (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., Langlois, F., Rhéaume, J., Freeston, M. H., y Ladouceur, R. (1998). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating causality. En J. Stöber (responsable), *Worry: New findings in applied and clinical research*. Simposio presentado en el congreso anual de Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Dugas, M. J., Marchand, A., y 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.
- Dugas, M. J., y Robichaud, M. (2007). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Dugas, M. J., Schwartz, A., y Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 835-842.
- D'Zurilla T. J., Nezu, A. M., y Maydeu-Olivares, A. (1998). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory-Revised*. North Tonawanda, New York: Multi-Health Systems.
- Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Francis, K., y Dugas, M. J. (2004). Assessing positive beliefs about worry: Validation of a structured interview. *Personality and Individual Differences*, 37, 405-415.
- Holowka, D. W., Dugas, M. J., Francis, K., y Laugesen, N. (2000, noviembre). *Measuring beliefs about worry: A psychometric evaluation of the Worry-II questionnaire*. Afiche présentée au congrès annuel de Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Koerner, N., Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., y Marchand, A., (2004). The economic burden of anxiety disorders in Canada. *Canadian Psychology*, 45, 191-201.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., y Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., y col. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*, 30, 191-207.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., y Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 933-941.
- Maier, W., Gansicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., y Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: A valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 29-36.
- Robichaud, M., Dugas, M. J., y Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 501-516.
- Roemer, L., y Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Wells, A., y Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585-594.
- Wittchen, H. -U., Zhao, S., Kessler, R. C., y Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 353-364.

**Abstract:** The aim of this article is to present a conceptual model, as well as a cognitive – behavioural treatment for the Generalised Anxiety Disorder (GAD). We first explain our model for GAD, which includes four cognitive processes involved in the development and exacerbation of the symptoms of the disorder, such as: intolerance to uncertainty, the tendency to over value the usefulness of worrying, the ineffective approach to problems, and cognitive avoidance. Later, we present our treatment protocol for GAD, which has been developed from this conceptual model.

It includes 6 conceptual modules: psico - education and training in making the worries conscious; recognition of uncertainty and behavioural exposure; reappraisal of the usefulness of worrying; training in the resolution of problems; imaginary exhibition and prevention of relapses.