



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**Implementación de protocolos en Psicología: Propuesta  
de intervención al Trastorno de Ansiedad Generalizada**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**  
**L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G Í A**  
**P R E S E N T A ( N ) :**  
**OSCAR CRUZ RUIZ**

Directora: Mtra. **Antonia Rentería Rodríguez**  
Dictaminadores: Lic. **Juana Olvera Méndez**  
Lic. **María de Lourdes Jiménez Rentería**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Implementación de protocolos en Psicología y su aplicación al Trastorno de  
Ansiedad Generalizada

## *Dedicatorías*

*“A mi madre, Que con tu esfuerzo, valentía, dedicación, fuerza y tesón sacaste tú sola a mis hermanos y a mí adelante.*

*Gracias por guiarme siempre por el camino correcto que me trajo hasta aquí de tu mano, por cuidarme y procurarme cuando más lo necesitaba, por apoyarme incondicionalmente a cada momento a pesar de que a veces no lo permitía, y gracias por tu consejo hoy invaluable para mí...*

*Porque, querida madre, a tí te debo todo lo que soy, porque sólo gracias a tí estoy aquí, y sé que me seguirás iluminando para siempre, para lograr ser una mejor persona.*

*Porque fuíste, eres y serás siempre mi mayor inspiración, mi ángel.*

*¡Te amo mamá!”*

Palabras del año pasado y a pesar de eso sigo sin encontrar las más adecuadas para decirte lo mucho que quiero agradecerte por total y absolutamente todo lo que nos haz dado durante toda la vida. Retomo esas letras por el mensaje y el significado que tienen, más no porque no se me ocurran otras. Todo este trabajo, los años que lleva detrás y los que conllevará en el futuro te los dedico a ti mamá. Infinitamente gracias por todo.

A mi segunda mamá, mi abue Lupita, que desde que tengo memoria estuviste ahí en mi formación escolar y en la de mis hermanos y primos. Nunca olvidaré esos frijolitos con cebolla y el huevo con jamón que con tanto cariño nos hacías antes de mandarnos a la primaria, o aquellas tareas de plantas en las que nunca dudaste en ayudarme durante la secundaria. Eres la base de la familia, que Dios te guarde más tiempo con nosotros. Te amo abue.

A Don Pedro Ruiz García, que desde donde quiera que estés me mandaste fuerza y ganas por salir adelante, por enseñarnos desde pequeños el valor del trabajo y los frutos que éste nos deja (no solo el dinero). Me ha costado, pero al fin comienzo mi vida laboral de manera cada vez más formal. Espero que te encuentres orgulloso, mucho de esto es gracias a ti.

A mi padre, Fermín Cruz, por motivarnos siempre a no dejar de estudiar y siempre salir adelante. Gracias por aquél curso que me ayudó a entrar a UNAM de manera contundente, fue muy valioso para que ahora escriba estas palabras en éste trabajo.

Tía Silvia, tu incondicional apoyo fue vital para este logro (el primero de muchos). Gracias por demostrarnos que se puede estar ahí a pesar de la distancia. Escribo esto desde la computadora que con tanto cariño e interés en nuestra superación académica compraste con el sudor de tu frente. De verdad nunca lo olvidaré. Espero poder dedicarte más logros al paso del tiempo y también poder verte un par de veces al año cuando tengamos la oportunidad. Mientras te llevamos en el corazón y de este modo sigues presente con nosotros. Te amo tía.

Tía Mary, tía Paz y tía Lety, gracias por transmitirme esas energías que a las mujeres de la familia caracterizan y por ayudar a mantenernos unidos. Es muy significativo notar esos detalles y muestras de apoyo para que mis hermanos, mis primos y yo salgamos adelante. Espero que estén orgullosas de ésta generación, sin ustedes no habría sido posible.

Tíos David, Martín, Armando y Gladys, gracias por mantener vivas las enseñanzas de Don Pedro y el significado del el esfuerzo y el trabajo (que de una u otra manera siguen). Tío Manuel, gracias por priorizar el cuidado de la familia.

Peter, el hermano mayor, por guiarme por el camino correcto y mostrarme que no todo es la escuela o el “deber ser” sin la necesidad de descuidar lo que es prioridad. Fuiste inspiración para animarme a hacer trabajo de tesis, y a su vez aprendí mucho a nivel personal de este trabajo además de lo profesional. Esas pláticas fueron por demás significativas e importantes en este proceso. Gracias.

A mis hermanos Daniel, Omar, Sara, Cynthia, Selma, César, Fer, Ame y Jaz, que cada uno de nosotros, a nuestra manera, hemos aprovechado las mejores enseñanzas de la familia para alcanzar nuestras metas. A mis primos Rudhi, Víctor, Irvin, Pame y Jessy, por seguirnos acompañando y apoyando, les dedico este trabajo.

Y a los más pequeños: Diego, Emiliano, Armando, David, Ximena, Derek, Erick y Pedro, que para cuando lean esto espero piensen en nuestro esfuerzo y sirva de inspiración. Los quiero chamacos.

Me disculpo ante cualquier omisión que accidentalmente haya cometido.

Y al final a ti, que lees y te interesaste en mi tema de tesis, espero que te sirva como referencia para un trabajo escolar o de tesis/tesina, que al final fue el propósito, que esto crezca.

## *Agradecimientos*

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a sus docentes, trabajadores, investigadores y alumnos, porque cada uno de ellos puso su grano de arena para obtener interés a entrar a la Máxima Casa de Estudios. A ti Universidad, por dotarme de conocimientos e invitarme a expandir mi aprendizaje con pasión y esfuerzo del día a día. Por tu Azul y Oro que también me formó y aportó a mi salud física durante mi larga estancia en tus instalaciones. Todo un honor haber defendido (y permanecer defendiendo) estos colores, que llevo en la piel y en el corazón. Espero regresarte, en un futuro, un poco de lo mucho que me diste.

A los colegas del '09, que a pesar de todo formaron parte de este proceso, por esa gran inclusión que tuvieron con mi persona en la fiesta de graduación. Fue, es y será muy significativo para mí. Hoy y siempre mis mejores deseos a cada uno de ustedes.

Sandra Damaris, ¡sin ti quien sabe que hubiera hecho! No puedo hacer más que agradecerte por haberme ayudado en todos esos momentos (tú sabes cuántos) en los que más lo necesitaba. Gran compañera en el salón de clases y esas tan tediosas (pero interesantes) tareas y trabajos grupales, pero excelente como amiga y psicóloga de cabecera. Te la rifaste hija.

Kary Mares, la eterna e incondicional. Sinceramente me faltan palabras para agradecerte lo que has hecho por mí en todos los aspectos que una vida universitaria conlleva. Seré breve, sencillamente mi vida no sería la misma actualmente sin tu sabia intervención. Necesitaba revolucionarme al 100%, y hasta para eso tuviste que explicarme con peras y manzanas por lo perdido que estaba. Gracias por esos cinco minutos mañaneros de cigarros y quién sabe cuántos de risas y cotorreos, y por aquellos que no fueron tan buenos y aun así estuviste ahí. Aguantaste cosas de mí que como sólo una verdadera amiga lo hace. Gracias mil por soportar a este simple mortal que te quiere y adora muchísimo.

Chava, gracias por todas esas risas y mutua mofa que hacían tan llevaderos los días de escuela. Sarahí, espero que ya lo controles (sin pegarle) y que con esto

me gane mi calcetín. Lic. Muciño, a usted se le extraña mucho, espero deje verse pronto. Los quiero.

A David (Davo), agradezco conservar tu amistad después de ya unos siete años y más por esas pláticas tan llegadoras. Me alegra y motiva verte feliz de nuevo bro, te deseo mucha prosperidad en eso. ¡Nos debemos una con el Paco!

Anahi e Ivonne, por esos cuantos viernes de convivencia y desestrés que hoy día parecen ya imposibles, pero la esperanza muere al último. Espero verlas pronto y que lean esto (y miren que estoy siendo selectivo con mis menciones).

David e Ivonne Pano, mis futuros colegas, mil gracias por la apertura a su espacio. Estoy seguro de que con el tiempo se nos prestarán las condiciones para hacer crecer ese proyecto.

A Carito, Berno, Ana Luisa, Yare, Barbie y Ely, que ayudaron en gran medida a que el último año de la carrera fuera el mejor. ¡Mil gracias chicos!

A Dios, que me dio vida para estar aquí y ahora. Que para esto no me da a manos llenas pero sí algo más importante: oportunidades, salud, familia y amigos. Mientras eso sobre no faltarán razones para seguir adelante.

*Por mí raza hablará el espíritu*

*¡Goya! ¡Goya! Cachún cachún rarra cachún cachún rarra, ¡Goya!*

*¡UNIVERSIDAD!*

## Índice

Introducción.....	1
Capítulo I: Los protocolos en Psicología.....	5
1.1 Definición.....	5
1.2 Antecedentes .....	8
1.3 Elaboración de protocolos.....	11
1.4 Aplicaciones prácticas en psicología .....	16
1.4.1 Tratamiento psicológico protocolizado en grupo de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales: efectos sobre la calidad de vida.....	17
1.4.2 Tratamiento de los problemas de conducta mediante un programa protocolizado de Escuela de Padres.....	22
1.4.3 Tratamiento Cognitivo-Conductual protocolizado y en grupo de la Fibromialgia.....	27
1.5 Ventajas y dificultades relacionadas a su aplicación.....	31
Capítulo II: Ansiedad y Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	33
2.1 Antecedentes .....	33
2.2 Epidemiología.....	38
2.3 Etiología y factores de riesgo.....	39
2.4 Características clínicas.....	42
2.5 Diagnóstico.....	47
2.5.1 Criterios diagnósticos.....	47
2.5.2 Entrevista semiestructurada.....	51
2.5.3 Uso de escalas.....	52
2.5.4 Algoritmo diagnóstico.....	53
2.6 Tratamiento.....	55

2.6.1 Tratamiento Cognitivo-Conductual (TCC).....	58
2.6.2 Tratamiento Médico.....	64
2.6.3 Tratamientos alternativos y complementarios.....	67
Capítulo III: Propuesta de Protocolo de intervención ante casos de Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	76
Conclusiones.....	111
Referencias.....	114

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha atestiguado sobre el gran desarrollo de la práctica psicológica y el uso frecuente de diversos recursos tecnológicos. Durante el desarrollo y consolidación de la Psicología Clínica los profesionales del ramo se han valido de diversas técnicas y tecnologías tanto conductuales como cognitivas para brindar solución a diversos trastornos. Incluso, hoy día conocemos diversas metodologías de trabajo del cual podemos valernos. No obstante, actualmente no existe una herramienta estandarizada que nos permita proporcionar apoyo de una manera predeterminada para así poder agilizar el proceso terapéutico de cada usuario que día a día llega a los consultorios, entendiendo ésta como un protocolo de intervención.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2009) define protocolo como: "Plan escrito y detallado de un experimento científico, un ensayo clínico o una actuación médica". El protocolo se concibe como una guía flexible que intenta describir de la manera más adecuada el proceso de investigación que se tiene pensado ejecutar. Es decir, sobresale el término como un medio por el cual se sigue una serie de pasos y normas a seguir durante un procedimiento determinado.

Actualmente, en Psicología el empleo y uso profesionalizado de protocolos en intervenciones clínicas aún no han cobrado auge para ser reconocidos en el terreno.

En psicología se han diseñado diversos protocolos tanto de intervención como de prevención (formando parte de trabajos de psicología clínica, de la salud [fundamentalmente], industrial y experimental, entre otros) y elaboración de trabajo de campo, como entrevistas y aplicación de instrumentos, sin embargo, los profesionales del ámbito de la salud no están habituados a emplear éstas herramientas en psicología clínica, radicando el problema en cuestiones de uso, dinamismo y agilización el proceso terapéutico y variabilidad injustificada en el proceso de tratamiento.

Ochoa (2002) afirma que el diseño de protocolos conduce a la necesidad de evaluar científicamente y objetivamente los resultados de los actos clínicos sobre todo cuando se cuenta con diferentes aproximaciones diagnósticas o terapéuticas para una misma patología, como es el caso del Trastorno de Ansiedad Generalizada,

El informe Task Force para la promoción y difusión de los procedimientos psicológicos eficaces, de la división de psicología clínica de la Asociación Americana de Psicología (APA) (1995, en Díaz-Sibaja et. al. 2008), determina que la eficacia de un determinado tratamiento psicológico viene avalada por la presencia de los siguientes tres criterios: a) estar respaldada por la existencia de al menos dos estudios de investigación distintos, con diseños experimentales intergrupales de, al menos, 30 sujetos por cada grupo; b) desarrollo de un manual de tratamiento protocolizado, en el que se describa claramente todo el proceso de evaluación y tratamiento; c) y, por último, que el programa haya demostrado su eficacia al ser utilizado con una muestra identificada con arreglo a los mismos criterios diagnósticos.

De acuerdo con Comache et. al. (2010) los manuales protocolizados son una herramienta de gran utilidad para los terapeutas y en muchas ocasiones complementan su labor como biblioterapia de apoyo. Por lo tanto, los manuales de tratamiento protocolizados aportan claras ventajas tanto en la práctica clínica, como en la investigación y en la formación de psicólogos (Hickling y Blanchard, 1997; en Díaz-Sibaja et. al, 2008). En la práctica clínica suponen un ahorro de tiempo para el clínico, en el sentido de que permiten realizar el análisis funcional de la enfermedad, elegir las conductas objetivo de tratamiento y seleccionar las estrategias de intervención adecuadas, en base a la eficacia demostrada. En cuanto a la investigación, facilitan la replicación de los resultados y el diseño de otros estudios experimentales que busquen determinar la eficacia diferencial de las distintas estrategias que componen el programa multicomponente.

No obstante, los profesionales en salud mental no siempre se valen de estas herramientas para el tratamiento de diversos problemas o trastornos psicológicos. Un ejemplo (entre muchos otros) es el Trastorno de Ansiedad

Generalizada, el cual aparte de ser complicado de atender en lo psicológico, también es frecuente que se atienda acentuadamente desde la perspectiva médica sin informar a ambos profesionales, generando una variabilidad injustificada y, por lo tanto, un tratamiento que posiblemente no sea eficaz.

A partir de lo anterior, se vuelve inherente el empleo de un protocolo estandarizado y establecido, mediante el cual el profesional pueda valerse de estrategias y técnicas efectivas sin la necesidad de incurrir en un procedimiento riguroso, ya que el uso de protocolos puede adaptarse y modificarse para casos específicos, según el profesional lo considere. Muchas de estas técnicas se han modificado con el paso del tiempo, por lo que también es importante actualizarse y estar al tanto de dichos cambios y avances de su aplicación, y más importante aún, tener protocolos aceptados y desarrollados por expertos en la materia, que permitan tomar medidas adecuadas a cada caso.

Como ha ocurrido en el ámbito clínico respecto a la variabilidad injustificada y ante una problemática existente en psicología, el objetivo general del presente consiste en desarrollar una propuesta de intervención protocolizada basada en técnicas y procedimientos cuya eficacia ya ha sido comprobada, el cual va dirigido a población con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

De manera general, se pretende establecer cómo los protocolos han jugado un rol fundamental en el ámbito de la salud. Específicamente en el capítulo I se describirá el papel de los protocolos en el ámbito clínico, cómo surge y por qué resulta necesario, así como algunos ejemplos de su uso práctico en psicología, las ventajas y desventajas de su uso.

Posteriormente, en el capítulo II se aborda el tema del Trastorno de Ansiedad Generalizada a profundidad, reconociendo y haciendo referencia a autores como Newth, Moreno, Barlow, Brown, Dugas y Ladoceur (entre otros), quienes han sido algunos de los principales aportadores al estudio de dicho trastorno.

En el capítulo III se describe de manera detallada una propuesta de intervención teórica ante casos de Trastorno de Ansiedad Generalizada, mediante

la estructuración de un protocolo basado en guías prácticas clínicas, estableciendo paso a paso y en un orden debido el procedimiento para un diagnóstico y tratamiento exitoso. Para este capítulo se adopta la propuesta de Saura y Saturno (1994) para la elaboración de protocolos. Sin embargo, por cuestiones metódicas se tratará de una propuesta teórica, por lo cual su estructura sólo se presta a hasta una revisión externa, según el procedimiento sugerido por Ochoa (2002), omitiendo pasos como prueba piloto, difusión y plan de implementación, y evaluación y actualización.

## I. LOS PROTOCOLOS EN PSICOLOGÍA

### 1.1 Definición

Autores como Rodríguez y Ortún (1990)<sup>1</sup> y Ochoa (2002)<sup>2</sup> definen el protocolo clínico como “el conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos más adecuados a utilizar ante todo enfermo con un determinado cuadro clínico o problema de salud”, y por lo tanto, constituye una ayuda explícita para el profesional de la salud en el proceso de la decisión clínica al reducir el número de alternativas diagnósticas y terapéuticas entre las cuales elegir.

Del mismo modo, y de acuerdo con la Dra. Liliana Fracchia, (s/a) un protocolo es un proyecto de investigación científico destinado a comunicar con claridad y precisión el problema de estudio, su importancia y las técnicas a emplear para su solución, considerándolo un manual de referencia permanente, por lo que debe ser completo y de buena calidad. A su vez, una definición aceptada para los protocolos clínicos es la propuesta por Guarga y Marquet (1989, en Saura y Saturno, 1994)<sup>3</sup> que sugiere que el protocolo es “una construcción ordenada sobre un tema específico que permite definir una pauta de actuación unificada, consensuada entre los profesionales que van a utilizarla, eficiente y sencilla metodológicamente. Y que crea un formato de registro de datos que permita evaluar su aplicación y sus resultados con el objeto de mejorar la calidad de la asistencia”.

Sagasta (2007) sostiene que los protocolos clínicos de actuación contienen la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas, en un seguimiento limitado o acotado del dispositivo asistencial y definen el manejo de los cuidados de los pacientes para situaciones o condiciones específicas. Tales estándares ayudan a determinar cómo y con qué frecuencia realizar evaluaciones, cómo realizar un diagnóstico y qué modalidad de tratamiento es necesaria. También puede valerse del uso de algoritmos.

---

<sup>1</sup> Pág. 309

<sup>2</sup> Pag. 2

<sup>3</sup> Pág, 356

Locke, Spirduso y Silverman (2010) sostienen que el protocolo implica tres funciones fundamentales, la primera de ellas consiste en comunicar, ya que el proyecto da a conocer los planes de investigación; la segunda consta de planificar el proyecto como tal especificando detalladamente el plan de acción. La última implica el compromiso con lo que se pretende influir con el proyecto.

Los protocolos constituyen una rama de la revisión científica aplicada al cuidado del paciente. Su producción sigue el modelo científico clásico: acumulación de la evidencia, transparencia del método y replicabilidad; su objetivo principal se basa en mejorar la calidad de la atención (Bonafont y Casasín, 2002).

La mayoría de los protocolos se basan en varios ensayos clínicos que miden la efectividad de un determinado procedimiento, ya que un protocolo exige disponer de información que tome en cuenta diversas cuestiones, y también porque los resultados no siempre son consistentes en un estudio inicial, por lo que se exigen estudios posteriores de mayor calidad. No obstante, se considera la relación de los costes aunado con la efectividad del procedimiento, ya que el protocolo definitivo dependerá de los costes y la efectividad de varias conductas alternativas. Rodríguez y Ortún (1990) proponen las siguientes situaciones que se presentan cuando las consideraciones anteriores son relevantes:

- La alternativa inicialmente elegida, la más efectiva, tiene costes muy elevados, los cuales pueden significar la renuncia a alternativas efectivas para otros problemas o para el mismo en el resto de los pacientes potenciales. Si el costo es muy elevado es posible que el protocolo sea no viable en la práctica.
- Existen varias alternativas de efectividad similar con costes diferentes. Se trataría entonces de elegir la alternativa de menor coste.
- Existen alternativas con efectividad diferente y un mismo coste. Se elige la más efectiva.
- Existen alternativas con pequeñas diferencias en efectividad y de coste. Siempre que las diferencias en efectividad sean pequeñas y los

recursos escasos, se elige la alternativa de mayores beneficios para un mismo coste, aunque no sea la más efectiva.

Ochoa (2002) afirma que el diseño de protocolos conduce a la necesidad de evaluar científica y objetivamente los resultados de los actos clínicos sobre todo cuando se cuenta con diferentes aproximaciones diagnósticas o terapéuticas para una misma patología. Sin embargo, esta evaluación crítica de la práctica clínica conlleva para algunos profesionales ciertas connotaciones negativas, ya que existe cierto conflicto a “encasillar” las decisiones clínicas de un problema de salud dentro de un protocolo. Incluso, el mismo término se considera inadecuado ya que sugiere “rigidez de carácter normativo”, por lo que se ha propuesto el concepto de guía práctica clínica”. No obstante, presentan diferencias en ámbito y estructura.

En contraste, los autores Rodríguez y Otún (1990), Bonafont y Casasín (2002) y Ochoa (2002) señalan que un protocolo no limita necesariamente el actuar de los profesionales en salud ya que deben ser suficientemente flexibles para su adaptación a las características de aquellos pacientes con características en concreto y que sólo tiene el carácter de recomendaciones y no reducen la individualidad al acto clínico, entendiendo que no se trata con solamente enfermedades, sino con enfermos. Incluso, de ser posible, un profesional en salud puede adaptar el protocolo para adecuarlo a un usuario en específico. Del mismo modo, Sagasta (2007) destaca algunas diferencias observables entre guías y protocolos, las cuales se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1  
Comparativo entre guías y protocolos

Guías	Protocolos
Ámbito más general	Ámbito más específico-local
Carácter prescriptivo	Carácter normativo
Basados en la síntesis del conocimiento	No necesariamente basado en la síntesis del conocimiento. Mejor si se

	basan en guías previas
Metodología Sistemática	Grupos de expertos
Atributos y/u objetivos definidos	Indefinición en la elaboración
Consenso a posteriori	Consenso a priori
Multidisciplinariedad en la elaboración	Multidisciplinariedad no necesaria para su elaboración

Nota: Adaptación sintetizada del texto de Sagasta (2007) *Estandarización de Procesos Asistenciales: Calidad en la Gestión clínica*. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.

Paradox (1995, en Bonafont y Casasín, 2002) enlista 5 objetivos del uso de protocolos:

- 1) Limitar las variaciones de la práctica clínica que pudieran afectar la calidad del servicio (como ya se ha mencionado).
- 2) Eliminar o reducir costes innecesarios derivados de la variabilidad del cuidado.
- 3) Conducir la atención en dirección científica, contribuyendo al desarrollo de la cultura de la evidencia.
- 4) Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica en el formato adecuado
- 5) Dar a conocer las bases para la educación de los pacientes sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

## 1.2 Antecedentes

Se han mostrado adaptaciones de diversos protocolos de intervención en psicología clínica, siguiendo un mismo linaje en sus características: sintético, de fácil manejo, útil para los psicólogos clínicos y demostrativo de lo que se aprende y se enseña.

Ochoa (2002) sostiene que el uso de protocolos en el ámbito clínico surge ante la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial, constituyendo una ayuda en el proceso de decisión clínica al presentar alternativas diagnósticas y terapéuticas entre las cuales elegir.

Bonafont y Casasín (2002) indican que durante la década de los 80 aparecen los protocolos y las guías prácticas en Estados Unidos de América, Canadá, Inglaterra y Nueva Zelanda como elementos vehiculizadores de las mejores prácticas, en las que tanto clínicos como gestores sanitarios ven como herramienta los mismos para realizar una atención al paciente más eficiente y consistente. No son instrucciones, sino facilitadores de decisiones. Además describen los cuidados apropiados basados en evidencia científica y el amplio consenso, actuando también como elemento de mejora de la calidad asistencial.

No obstante, Rodríguez y Ortún (1990) indican que el protocolo no está dirigido a mejorar el diagnóstico o el tratamiento de un enfermo concreto, tomando en cuenta sus características clínicas u opiniones, pero sí el de grandes tipologías con un cuadro clínico o patología similar.

En la actualidad, una consideración del impacto psicológico de algunos tratamientos comienza a ser imprescindible. Ávila y Moreno-Rosset (2008) sostienen que aunque ya es frecuente que los profesionales de la salud implicados en diversos servicios médicos consideren relevantes las estrategias de orientación psicológica y psico-social, se ha visto necesario el desarrollo de protocolos de intervención que precisen la contribución de psicólogos y psicoterapeutas a tal complejo y urgente ámbito de intervención. Del mismo modo, de acuerdo con Horsfall et al. (2009, en Rosnero et al., 2010) aún no hay un consenso o protocolos de actuación en pacientes de psicología.

Santacreu (2011) señala que a pesar que en los protocolos desarrollados hasta ahora no existe un Índice totalmente cerrado, se considera necesario presentar, además de la descripción general del problema, el análisis funcional habitual de la patología a la que se refiere, el proceso de evaluación, el sistema de

toma de decisiones en la intervención, los objetivos de tratamiento que resulten habituales en la tipología a la que se refiere, las técnicas psicológicas más utilizadas para lograr dichos objetivos y los habituales controles de postratamiento y seguimiento.

Díaz-Sibaja, et. al. (2008) señalan que en el informe Task Force para la promoción y difusión de los procedimientos psicológicos eficaces, de la división de psicología clínica de la Asociación de Psicología Americana (APA, 1995), se establece que la eficacia de un tratamiento psicológico se encuentra apoyada por la presencia de los siguientes tres criterios:

- a. estar respaldada por la existencia de al menos dos estudios de investigación distintos, con diseños experimentales intergrupales de, al menos, 30 sujetos por cada grupo;
- b. desarrollo de un manual de tratamiento protocolizado, en el que se describa claramente todo el proceso de evaluación y tratamiento
- c. y que el programa haya demostrado su eficacia al ser utilizado con una muestra identificada con arreglo a los mismos criterios diagnósticos.

Por lo tanto, los protocolos de tratamiento aportan ventajas tanto en la práctica clínica, como en la investigación y en la formación de psicólogos (Hickling y Blanchard, 1997; en Díaz-Sibaja et. al., 2008). En la práctica clínica suponen un ahorro de tiempo para el clínico, en el sentido de que permiten realizar el análisis funcional de la enfermedad, elegir las conductas objetivo de tratamiento y seleccionar las estrategias de intervención adecuadas, en base a la eficacia demostrada. En cuanto a la investigación, facilitan la replicación de los resultados y el diseño de otros estudios experimentales que busquen determinar la eficacia diferencial de las distintas estrategias que componen el programa multicomponente. En relación a la formación de otros clínicos, facilitan la formación de aquellos profesionales que quieran intervenir sobre los procesos psicológicos diversos y la difusión de las estrategias que han demostrado su eficacia con este tipo de pacientes.

### 1.3 Elaboración de protocolos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) asegura que un buen título debe ser corto, preciso y conciso. Le debe dejar claro al lector (revisor) los objetivos y variables centrales del estudio. Éstas se constituyen en las "palabras claves" para su clasificación e indización del proyecto. Si es posible y no lo prolonga, en el título se podría anticipar el diseño. Es importante explicitar la población o universo que será investigado.

Autores como Santacreu (2011), Ochoa (2002), Rodríguez y Ortún (1990), Saura y Saturno (1994) y Osorio y Horta (2009) hacen hincapié en el proceso de elaboración de protocolos clínicos.

Ochoa (2002) sugiere que antes que cualquier otro aspecto, para poder diseñar un protocolo clínico primero tiene que planificarse una serie de pasos previos que garanticen el éxito del proceso. En resumen se presentan los siguientes:

- Seleccionar el problema de salud objeto de protocolización
- Delimitar el problema de salud y su ámbito de aplicación
- Determinar al equipo o persona responsable de su elaboración
- Identificación de posibles intervenciones preventivas diagnósticas o terapéuticas implicadas
- Determinar la estructura del protocolo
- Especificar criterios, plazos y metodologías
- Revisión sistemática de la evidencia científica
- Elaboración de una versión preliminar
- Revisión externa del protocolo
- Prueba piloto
- Elaboración de la versión definitiva
- Difusión y plan de implementación
- Evaluación y actualización del protocolo

Bonafont y Casasín (2002) sugieren que la elección de la problemática debe establecerse mediante la alta accesibilidad a la información y datos

disponibles, así como la población objetivo e importancia económica. Así mismo, exhortan a la formación de un equipo multidisciplinario, ya que esto favorece la discusión sobre las pruebas, equilibra puntos de vista e intereses personales, valida científicamente el protocolo e incrementa la probabilidad de éxito de su aplicación en la práctica clínica.

Del mismo modo, Saura y Saturno (1994) proponen los siguientes criterios para la elaboración de protocolos<sup>4</sup>:

- 1) Cumplir todas las características de la definición de Guarga y Marquet (ver apartado de Definición al inicio del presente capítulo)
- 2) Que se adapten a un modelo estándar para su elaboración, obedeciendo los siguientes componentes:
  - Introducción
  - Anamnesis (Entrevista)
  - Exploración (semiología)
  - Diagnóstico
  - Tratamiento
  - Evolución y seguimiento
  - Remisiones (derivaciones)
  - Actividades de prevención y educación para la salud (no obligatorio)
  - Recursos necesarios (no obligatorio)
  - Evaluación del protocolo
  - Bibliografía
  - Anexos
- 3) Que exista un mecanismo de registro de datos
- 4) Que exista un mecanismo de evaluación de calidad de los protocolos al menos desde el punto de vista de la estructura
- 5) Que cada protocolo contenga al menos un algoritmo
- 6) Que exista una hoja de anamnesis y/o exploración
- 7) La extensión será máximo de 20 hojas
- 8) Que siga una secuencia lógica de desarrollo en el tiempo

---

<sup>4</sup> Pág. 356

- 9) Todos los protocolos tendrán un índice paginado
- 10) Ausencia de efectos formales referentes a la legibilidad de las copias y numeración de las hojas
- 11) Se incluirá la bibliografía referente al tema

Ochoa (2002) propone una serie de elementos a considerar ante la elaboración de protocolos clínicos. El método para la elaboración de protocolos clínicos se inicia en la identificación de un determinado problema de salud, el cual debe ser definido y descrito con precisión y situado en el entorno epidemiológico donde el protocolo será aplicado, por lo que es de gran interés conocer las características clínicas de la población afectada (edad, género, factores de riesgo, etc.), su frecuencia, morbilidad y mortalidad y su importancia sanitaria y social.

Posteriormente, debe realizarse una revisión del conocimiento existente sobre las alternativas diagnósticas y terapéuticas disponibles, el cual debe basarse esencialmente en los resultados de estudios de investigación básica o clínico-epidemiológica previos (op. cit).

Paso seguido, se procede a la elección del procedimiento diagnóstico del protocolo, el cual puede abarcar desde la descripción de los síntomas o los signos que definen el problema de salud a tratar hasta cualquier prueba complementaria. Para seleccionarlas deben valorarse su precisión y validez, preferentemente en el área donde serán aplicadas. Para ello, es importante estar familiarizado con distintos indicadores de precisión y validez (ib. ídem).

Resulta útil en el proceso diagnóstico establecer recomendaciones concretas de interpretación de los datos disponibles, recurriendo a algoritmos diagnósticos, escalas de valoración o modelos probabilísticos. De tal modo, el diagnóstico debe expresarse operativa y brevemente como sea posible, aunque en ocasiones el diagnóstico puede jerarquizarse como diagnóstico posible, probable o cierto (ídem).

Otro factor a considerar al seleccionar las pruebas diagnósticas es el coste económico, sin embargo, como ya se ha mencionado, se hace una valoración respecto al coste y efectividad, eligiendo la más conveniente.

Respecto a la elección de los procedimientos terapéuticos debe basarse en el tipo de estudios en los que la eficacia o efectividad de un determinado procedimiento se ha evaluado en uno o más ensayos clínicos. Sin embargo, muchos procedimientos aún han sido evaluados en ensayos clínicos, por lo que la decisión del profesional tendrá que basarse en niveles de evidencia menores. Se han descrito modelos de jerarquización de la evidencia científica en la cual el profesional puede basar sus decisiones, en los que se asigna el grado de evidencia en función al tipo de estudio que la genera. Ochoa (2002) presenta un modelo simplificado del mismo en la tabla 2:

Tabla 2

## Escala simplificada de jerarquización de la evidencia

Recomendación basada en una evidencia científica bien demostrada: cuando está basada en al menos un ensayo controlado y aleatorizado bien diseñado, en la población objeto de la recomendación y utilizando variables de medida clínicas y biológicas (Evidencia A)
Recomendación sugerida en una evidencia científica: cuando está basada en estudios no controlados, o en ensayos controlados pero realizados por una población diferente a la que es objeto de la recomendación (Evidencia B)
Recomendación basada en opinión de expertos: cuando en ausencia de datos procedentes de ensayos, se tiene en cuenta la experiencia clínica habitual, tanto la descrita en literatura como la aportada mediante técnicas de consenso (Evidencia C)

Nota: Escala fielmente obtenida de Ochoa, C. (2002) Diseño y evaluación de protocolos clínicos. *Nuevo Hospital*. Vol. II, No. 5, pp. 11.

Se puede recurrir al tipo de Evidencia C cuando los conocimientos disponibles no son sólidos o existe controversia respecto a los mismos para obtener recomendaciones generales. Están metodológicamente bien estructurados pero poseen diversas limitaciones. No obstante deben considerarse una alternativa válida hasta la existencia de evidencia científica suficiente (op. cit.).

Otro método basado en la evidencia, además de una solución coste-efectiva es la actualización local y/o la actualización de un protocolo ya existente.

Del mismo modo, en ocasiones, convendrá considerarse la eficiencia, utilidad y/o equidad de un procedimiento, además de su efectividad, considerando los costes de los procedimientos alternativos a emplear y los beneficios obtenidos a través de un análisis de minimización de costes, o referidos a unidades naturales (análisis coste-efectividad), económicas (análisis coste-beneficio), y de satisfacción o calidad (análisis de coste-utilidad). Del mismo modo puede valorarse el grado de accesibilidad real de cada opción seleccionada, a través de un análisis de equidad (ib. ídem).

Posteriormente, los protocolos deben examinarse por revisores externos para asegurar su validez, claridad y aplicabilidad. Deben elegirse profesionales de grupos de usuarios potenciales que informarán sobre su utilidad, de expertos en el tema principal que centrarán sus informes en verificar la validez de la evidencia y su aplicabilidad y de los expertos en la elaboración de protocolos, que revisan el método empleado en su desarrollo (Bonafont y Casasín, 2002).

Los protocolos deben actualizarse cuando exista evidencia científica cada vez más reciente que pueda elevar la eficacia de las recomendaciones ya empleadas. No obstante, aquellos protocolos diseñados en base a tipo de Evidencia A resultan más resistentes al cambio que aquellos basados en intervenciones de menor nivel de evidencia (op. cit.)

Eccles, et. al. (1999, en Bonafont y Casasín, ib. ídem) indican que una vez completado el protocolo debe difundirse activamente para su implementación. Sin embargo, el desarrollo de los mismos no asegura su uso en la práctica. Existen diversos medios para lograr dichos fines, por lo que se recomienda emplearse varias de estas. Carter, et. al. (1995, en Bonafont y Casasín, ídem) sugieren los más comunes, que son los siguientes:

- *Mailing* directo (correspondencia)
- Publicación en revistas
- Conferencias

- Líderes de opinión
- Sistemas informáticos
- Visitas personales/audiencias
- Feedback

A la postre se procede a su evaluación, la cual asegura que las recomendaciones especificadas en el protocolo se adapten y puedan aplicarse con efectividad a la realidad clínica. La mayoría de los protocolos no han tenido una evaluación sistematizada. Bonafont y Casasín (2002) distinguen tres tipos de evaluación:

1) Evaluación durante el desarrollo del protocolo. Antes de su difusión, valoración de su aplicabilidad y relevancia de su contenido por los usuarios puede asegurar su efectividad y alterar las estrategias de su implementación.

2) Evaluación de los programas de salud en los que el protocolo juega el rol principal, que generalmente tienen objetivos concretos, por lo que se evaluaría el impacto del protocolo en dichos objetivos.

3) Evaluación científica, que se refiere a la valoración de aspectos generales del protocolo (desarrollo, formato, difusión e implementación) que pueda servir de base científica para el desarrollo de nuevos protocolos.

Las medidas empleadas para la realizar la valoración pueden relacionarse con el proceso o con el resultado clínico, siendo éste el más usado.

#### **1.4 Aplicaciones prácticas en psicología**

Existen diversas adaptaciones de la modalidad de diagnóstico y tratamiento protocolizado en psicología, la mayoría de los mismos han sido estudiados a través de investigaciones cualitativas y cuantitativas mediante las cuales respaldan su eficacia en el diagnóstico y tratamiento de diferentes problemáticas y en contextos varios, siendo el hospitalario uno de los principales. A continuación

se muestra un resumen de algunos de los manuales protocolizados más destacados.

#### **1.4.1 Tratamiento psicológico protocolizado en grupo de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales: efectos sobre la calidad de vida**

Díaz-Sibaja et. al. (2008) proponen un tratamiento psicológico protocolizado en grupo de pacientes con Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII) cuyo objetivo fue estudiar la eficacia del mismo sobre la calidad de vida de dichos pacientes.

Al tratarse de una enfermedad crónica puede llegar a afectar considerablemente a la calidad de vida del paciente y, por ende, a las dimensiones físicas, psicológicas, familiares y sociales del enfermo. En el caso de las EII, la afectación de la calidad de vida puede ser aún mayor, ya que la intervención médica supone la utilización de tratamientos prolongados (que, con frecuencia, generan efectos secundarios adversos), la realización de pruebas diagnósticas intrusivas, la posibilidad de intervenciones quirúrgicas, las revisiones periódicas y/o los ingresos hospitalarios (op. cit).

De Boer, Sprangers, Bartelsman y de Haes (1998, en Díaz-Sibaja et. al, ib. ídem) afirman que la calidad de vida percibida por el paciente no sólo afecta a los aspectos físicos y psicosociales del enfermo, sino que también va a tener repercusiones importantes en la utilización de los servicios sanitarios y en la distribución de los recursos médicos. En este sentido, se ha observado que una peor calidad de vida predice un mayor número de visitas al médico por parte de estos pacientes.

Los autores que proponen dicho protocolo consideran que merece la pena analizar el interés que han despertado las intervenciones grupales con respecto al tratamiento individual. Atañendo a esto, dicho interés podría explicarse aludiendo a una mejor relación coste-beneficio y, por otro lado, a las ventajas que supone el formato de intervención en grupo como, por ejemplo, permite a los pacientes aprender unos de otros, adquirir distintas perspectivas de un mismo problema,

fomentar la motivación y la adherencia al tratamiento, recibir apoyo y refuerzo del grupo, etc.

La muestra estuvo constituida por 57 pacientes diagnosticados de 8EII (33 programa de tratamiento en grupo y 24 grupo control en lista de espera). A los pacientes del programa de tratamiento en grupo se les citó para una sesión de evaluación conjunta, momento en el cual se les administraron los distintos cuestionarios de evaluación.

A los pacientes del grupo control en lista de espera se les envió una carta, adjuntando en ésta los cuestionarios y un sobre franqueado para que lo remitieran lo antes posible.

Las variables dependientes fueron: síntomas digestivos, síntomas sistémicos, afectación funcional, función emocional y afectación social (Cuestionario de calidad de vida en la enfermedad inflamatoria intestinal (SIBDQ, López-Vivancos et. al., 1999, en Díaz-Sibaja et. al., ídem).

Para la realización de esta investigación, se elaboró un manual de tratamiento protocolizado, de 136 páginas, destinado a los terapeutas, en el que se describen detenida y pormenorizadamente todos los registros, ejercicios, dinámicas grupales, tareas para casa y explicaciones que el terapeuta debería dar en cada una de las 10 sesiones de intervención. Asimismo, se grabó para la ocasión y se proporcionó a los pacientes un CD de relajación para que les sirviera como guía y les facilitara el aprendizaje de las distintas técnicas de disminución de la activación.

A continuación se resume brevemente el contenido de cada una de las sesiones.

- Primera sesión: información más relevante de la EII: características, causas, síntomas, diagnóstico y posibilidades de tratamiento.
- Segunda sesión: modelo de afrontamiento (análisis de los factores que influyen en la enfermedad y explicación de las distintas estrategias de afrontamiento).

- Tercera sesión: estrategia de solución de problemas. Así mismo, se empezó a practicar la técnica de “respiración tranquilizadora”.
- Cuarta sesión: entrenamiento en “relajación muscular progresiva”.
- Quinta sesión: módulo de habilidades sociales. Los objetivos eran: introducir el concepto de asertividad, eliminar los obstáculos que pudieran interferir en la comunicación asertiva y mejorar la comunicación entre el paciente y el médico.
- Sexta y séptima sesiones: técnicas de habilidades sociales, dirigidas a mejorar las relaciones que mantenían con otras personas, con familiares y amigos. Así mismo, se les enseñó a utilizar técnicas de distracción de la atención, con el fin de disminuir las sensaciones subjetivas de malestar generadas por los síntomas.
- Sesiones octava y novena: procedimiento de reestructuración cognitiva, se enseñó a los pacientes a registrar, analizar, discutir y cambiar aquellos pensamientos negativos que generan sentimientos de ansiedad y depresión.
- Última sesión. Esta sesión perseguía el objetivo de hacer que los pacientes asumieran que eran una parte activa, responsable e importantísima en el tratamiento de su enfermedad, y que las estrategias que habían aprendido en el transcurso de las sesiones podían ser utilizadas, no sólo para los problemas relacionados con la enfermedad, sino también con cualquier otro problema de la vida diaria.

En cada una de las sesiones, se repartía a los sujetos un resumen de los conceptos que se iban a trabajar en dicha sesión y las tareas que se aconsejaba que realizaran durante el periodo inter-sesiones.

Mientras tanto, el grupo control permaneció a la espera de cumplimentar de nuevo los cuestionarios correspondientes a la fase de posttest y comenzar con el programa de intervención grupal.

El programa de tratamiento psicológico diseñado para esta investigación ha demostrado su eficacia para reducir los síntomas digestivos y los síntomas

sistémicos de la enfermedad, lo que justifica parte de la mejoría observada en la calidad de vida. El estrés afecta considerablemente a la respuesta del sistema inmune (Ziemssen y Kern, 2007, en Díaz-Sibaja et. al., 2008), y en concreto a la función inmunológica de la mucosa intestinal (Anton, 1999; Maunder, 2000; Ferrier et. al., 2003, op. cit), por lo que la disminución del estrés generaría una mejoría en la enfermedad.

Los resultados revelan que el programa de tratamiento psicológico resultó eficaz para producir una mejoría significativa en todas las variables de calidad de vida a la finalización del mismo (síntomas digestivos, síntomas sistémicos, función emocional y afectación social), al compararlo con el grupo control en lista de espera.

Uno de los factores que mejor predice la afectación de la calidad de vida de estos pacientes es la presencia de actividad sintomática de la enfermedad. En este sentido, el programa de tratamiento psicológico diseñado para la presente investigación ha demostrado su eficacia para reducir los síntomas digestivos y los síntomas sistémicos de la enfermedad, lo que justifica parte de la mejoría observada en la calidad de vida.

En relación a la afectación psicológica, la calidad de vida de estos pacientes no sólo depende de los síntomas físicos, sino que también va a depender de la presencia de alteraciones emocionales, como la ansiedad o la depresión (Casellas, López-Vivancos, Vergara y Malagelada, 1999, ib. ídem). El tratamiento psicológico validado en esta investigación ha demostrado que es eficaz para reducir la afectación emocional producida por la EII y para disminuir la sintomatología ansioso-depresiva de estos pacientes, por lo que también explicaría la mejoría observada en la calidad de vida.

Del mismo modo, estudios indican que el padecimiento de la EII afecta notablemente a la vida laboral y a la realización de actividades de ocio y tiempo libre de estos pacientes (Sorensen, Olsen y Binder, 1987; Shivananda et. al., 1993, ídem). La mejoría observada en los síntomas físicos y psicológicos que se produce en los pacientes tras la realización del programa de tratamiento

psicológico, y el aprendizaje de una serie de estrategias de afrontamiento eficaces para favorecer una mejor adaptación a la enfermedad, podrían estar explicando la menor afectación funcional que se observa en los resultados de este estudio, y, por ende, la mejoría producida en su calidad de vida.

La eficacia demostrada por el programa de tratamiento psicológico validado en este estudio podría atribuirse a que las estrategias de afrontamiento adaptadas para este tipo de pacientes, y enseñadas en el transcurso de las sesiones, darían respuesta a todas las dimensiones en las que se ve afectada la calidad de vida de estos enfermos.

El autor concluye que el programa de tratamiento psicológico resultó eficaz para producir una mejoría en la calidad de vida de estos pacientes por los siguientes motivos:

a) porque ha conseguido producir una ligera disminución de los síntomas físicos y sistémicos de la enfermedad;

b) porque se han utilizado técnicas terapéuticas de probada eficacia para el tratamiento de los trastornos emocionales, las cuales producen cambios muy favorables a nivel fisiológico, emocional, cognitivo y conductual

c) porque se proporcionó a los pacientes una serie de estrategias de afrontamiento, tales como, la relajación, la reestructuración cognitiva o el entrenamiento en habilidades sociales, que resultan eficaces para atender a las demandas de la enfermedad con un menor coste emocional y mejorar la calidad de vida.

Si bien las diferencias se mantienen en 4 de los 5 aspectos a los 3 meses de seguimiento, a los 12 meses sólo se mantiene la mejoría en la dimensión función emocional, mientras se aprecia una tendencia general de disminución de la mejoría con el paso del tiempo. Por ello, el autor también rescata la importancia de realizar sesiones de seguimiento con carácter formal y protocolizadas, que sirvan como repaso de lo aprendido durante la fase de tratamiento, pero también para motivar a los pacientes en la utilización diaria de las estrategias de

afrontamiento, hasta conseguir que éstas se conviertan en un hábito más dentro de la vida diaria de los sujetos.

#### **1.4.2 Tratamiento de los problemas de conducta mediante un programa protocolizado de Escuela de Padres**

Díaz-Sibaja, Trujillo, Peris-Mencheta y Pérez (2009) estudian la eficacia de un programa protocolizado en grupo. Esta vez se trata de uno adaptado a un programa de escuela para padres.

Los trastornos de conducta son unos de los problemas más frecuentes en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y afectan al 5-10% de niños en edades comprendidas entre los 5 y 15 años. Así, problemas de conducta de inicio temprano como la agresión y el incumplimiento son importantes predictores de un comportamiento antisocial en la adolescencia y la edad adulta (Hutchings, 2007, en Díaz-Sibaja, Trujillo, Peris-Mencheta y Pérez 2009).

Las estrategias de afrontamiento y las características personales de los padres juegan un papel fundamental en el desarrollo de algunos cuadros psicopatológicos de la infancia y adolescencia, por lo que los programas de escuela de padres han sido considerados por algunos investigadores la primera opción del tratamiento para los problemas cotidianos del comportamiento infantil.

Se plantea la hipótesis de que un programa cognitivo-conductual protocolizado y estructurado, basado en el modelo de competencias, con una metodología psicoeducativa, cuyo objetivo sea el de enseñar (en formato grupal) una variedad de técnicas conductuales y cognitivas de demostrada eficacia que permita a los padres desarrollar de manera más adecuada sus funciones educativas y socializadoras, producirá mejoras sustanciales en el comportamiento disruptivo de los niños. Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio experimental fue diseñar y probar la eficacia de un programa protocolizado de escuela de padres en grupo para la prevención primaria y secundaria de los trastornos del comportamiento perturbador.

El estudio se realizó con una muestra inicial de 25 familias compuestas por 25 madres y 21 padres derivados a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil por

problemas de comportamiento de sus hijos (80% masculino y 20% femenino), quienes debían estar bajo diagnóstico del trastorno de comportamiento perturbador.

Como instrumento se empleó la Escala de Áreas de Conductas Problema (EACP) (García-Pérez y Magaz, 2000, en Díaz-Sibaja, Trujillo, Peris-Mencheta y Pérez, 2009) que se divide en 5 subescalas: agresividad, rendimiento académico, atención-hiperactividad, ansiedad y retraimiento, el cual fue contestado por ambos padres.

El programa de escuela de padres empleado en este estudio se basa en el programa protocolizado elaborado por Díaz-Sibaja, Comeche y Díaz-García (2005, en Díaz-Sibaja, Trujillo, Peris-Mencheta y Pérez, 2009). Este programa fue diseñado para el tratamiento de la desobediencia y de los problemas cotidianos de conducta en niños de 2 a 12 años, aunque, debido a su eficacia y fácil aplicación, en la actualidad también se está utilizando como un componente más de los programas multicomponente de intervención de otros trastornos, como por ejemplo, los trastornos del comportamiento perturbador. Consta de unas 12-15 sesiones de dos horas de duración y que se imparten con una periodicidad semanal, cuyos contenidos se agrupan en dos grandes bloques:

- En el primer bloque, que recoge las 4 primeras sesiones, se tratan algunos aspectos teóricos y metodológicos que persiguen el objetivo de fomentar en los padres un cambio de actitud hacia una perspectiva más positiva y más constructiva de la educación.
- En el segundo bloque (las siguientes 8-11 sesiones) se proporciona a los integrantes del grupo el conocimiento de una serie de estrategias, basadas en el modelo de modificación de conducta, que les permitirá:
  - a) enseñar al niño una serie de comportamientos, cuando éste no sepa hacerlos (modelado, moldeamiento y encadenamiento).
  - b) fomentar el buen comportamiento del niño, cuando sabe ponerlo en práctica y lo hace bien (reforzamiento positivo y negativo).

- c) eliminar los comportamientos inadecuados (retirada de atención, refuerzo diferencial, saciación, sobrecorrección, tiempo fuera y castigo) y;
- d) motivar al niño a realizar una serie de conductas que sabe hacerlas pero que aún no las hace (economía de fichas y contrato conductual).

La estructura de cada una de las sesiones presenciales que se realizaron en grupo comprendió los siguientes aspectos:

- Revisión de las tareas de la semana, para repasar los aspectos más importantes de la sesión anterior y para motivar la puesta en práctica de las estrategias aprendidas.
- Objetivos de la sesión: Descripción de lo que se pretende conseguir con el aprendizaje y la puesta en práctica de lo aprendido en cada sesión.
- Información y contenidos teóricos: Explicación a los padres de los contenidos teóricos de las distintas técnicas o habilidades.
- Ejercicio práctico o de reflexión: Realización de una serie de ejercicios para reflexionar o poner en práctica las estrategias enseñadas, con el fin de mejorar su comprensión y aprendizaje.
- Tareas de la semana. Cada sesión finaliza con la propuesta de tareas para realizar durante la semana. La mejor forma de aprender es mediante la práctica, por lo que se propone una serie de ejercicios para consolidar lo aprendido.

El estudio se realizó en cuatro fases:

- 1) Selección de la muestra: la muestra surgió de las primeras entrevistas que los facultativos de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras (1 psiquiatra y 2 psicólogos) que realizaron a los padres de los niños con el diagnóstico requerido, a quienes se les informó y ofertó la posibilidad de integrarse al programa de Escuela para Padres.
- 2) Pre-tratamiento: se evaluaron las variables dependientes con el instrumento mencionado, donde a mayor puntuación corresponde a un mayor problema.

3) Tratamiento: Se aplicó el programa de escuela para padres a los padres de las 25 familias seleccionadas. Éste fue un espacio de información, formación y reflexión sobre aspectos relacionados con la educación de sus hijos, en el que aprenden una serie de estrategias de afrontamiento que permite el desarrollo adecuado de las funciones parentales educativas y socializadoras, fungiendo como función preventiva primaria y secundaria de alteraciones psicopatológicas en infancia y adolescencia. Para ello, se demostró anteriormente que la “Educación a Padres” contribuye a la modificación de conductas y la adquisición de pautas saludables de la dinámica familiar (Herbert, 2002; Fresnillo-Poza; 2002; en Díaz-Sibaja, Trujillo, Peris-Mencheta y Pérez, 2009).

4) Post-tratamiento: se evaluaron nuevamente las variables mediante la administración de los cuestionarios empleados en la fase de pretratamiento.

Los resultados indicaron una disminución de conductas problemas en tres de las 5 subescalas, siendo significativa en la variable de agresividad. En tanto, la evaluación de las 25 madres resultó en una disminución de conductas problema de sus hijos en todas las subescalas.

Los resultados de esta investigación indican que el programa protocolizado Escuela de Padres demostró ser eficaz al producir una mejora significativa en la percepción que los progenitores tienen sobre la agresividad e hiperactividad de sus hijos.

Se considera que, probablemente, el programa protocolizado de escuela de padres fue efectivo por las siguientes razones:

a) se ha enseñado a los padres técnicas terapéuticas de probada eficacia, las cuales les ayudan a incrementar y/o mantener los comportamientos adecuados de su hijo; favorecer el aprendizaje de aquellas conductas que todavía no sabe hacer; corregir aquellos comportamientos que resultan inadecuados; y motivar la emisión de aquellas conductas que sabe hacer pero no hace.

b) la formación a los padres en la aplicación de dichas estrategias de afrontamiento podría haber incrementado la cohesión entre los dos miembros de la pareja respecto a las pautas educativas a seguir, lo que probablemente promovería una sensación de autoeficacia respecto a sus habilidades parentales, que les permitiría afrontar futuras situaciones conflictivas sin necesidad de acudir al terapeuta.

c) debido a la facilidad de aplicación de las técnicas, se favorece su práctica en el contexto natural del menor. Esto, a su vez, fomenta la generalización del aprendizaje a otros entornos donde se desenvuelve la familia. Por su parte, la aplicación en los diversos contextos de las habilidades parentales aprendidas facilita, por otro lado, una optimización de los resultados.

Otro aspecto a destacar en esta investigación es la utilización de un manual de tratamiento protocolizado. Además de ser una de las recomendaciones propuestas por el informe Task Force (APA, 1995, en Díaz-Sibaja, 2009) para la validación de la eficacia de las intervenciones psicológicas, el uso de los manuales de tratamiento protocolizados aporta algunas ventajas tanto en la práctica clínica, como en la investigación y en la formación de psicólogos.

En este sentido, se considera beneficiosa la protocolización de los tratamientos psicológicos, mediante la descripción clara y precisa de los instrumentos de evaluación, las sesiones de tratamiento y el contenido de cada una de ellas.

#### **1.4.3 Tratamiento Cognitivo-Conductual protocolizado y en grupo de la Fibromialgia.**

Comeche et. al. (2010) realizaron este estudio cuyo objetivo fue comprobar si un programa protocolizado de tratamiento cognitivo-conductual (TCC), diseñado para ser aplicado exclusivamente en formato grupal a pacientes de fibromialgia, puede ayudar a mitigar los problemas emocionales y mejorar el afrontamiento a la enfermedad.

La fibromialgia es una enfermedad caracterizada por dolor musculoesquelético, generalizado y difuso de al menos tres meses de duración y diversos síntomas como fatiga, alteraciones de sueño, rigidez matutina, cefaleas, colon irritable, dismenorrea y alteraciones psicológicas como ansiedad y depresión, generalmente en mayor medida que en la población normal (op. cit.). Branon y Feist (2001, ib. ídem) indican que los factores psicológicos son tan importantes en la enfermedad que pueden presentarse desde la fase inicial, donde se suele sufrir un periodo de crisis caracterizado por desequilibrio físico, psicológico y social hasta la toma de conciencia de la enfermedad como un proceso crónico con el que se debe convivir realizando cambios en la actividad social, laboral y física.

Cabe mencionar que los síntomas de ansiedad suelen presentarse con más frecuencia y latencia en el transcurso de esta enfermedad, ya que datos indican que más de la mitad de las personas diagnosticadas con esta enfermedad la padecen, aunado con síntomas de tensión.

La TCC ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la fibromialgia, cuya finalidad en estos casos no es eliminar directamente el dolor, sino mejorar y controlar los síntomas y aprender a vivir con el dolor. Del mismo modo, el formato de aplicación grupal resulta conveniente debido al valioso apoyo que supone el propio grupo (Comeche et. al., ídem).

Se planteó que el protocolo empleado resulte eficaz para disminuir los niveles de ansiedad y depresión, incrementar la percepción de autoeficacia de los participantes, combatir su visión catastrófica ante el dolor y disminuir su percepción del dolor.

Se contó con la participación de 34 pacientes diagnosticados con fibromialgia (33 mujeres y un hombre) con rango de edad de 25 a 61 años. Se emplearon diversos instrumentos de medida como variables dependientes, los cuales fueron:

- *Inventario de Depresión de Beck* (Beck, Shaw, Rush y Emery, 1979) formado por 21 ítems que evalúan la intensidad del síndrome depresivo.

- *Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD)* (Zigmond y Snaith, 1983) que consta de 14 ítems (7 para depresión y 7 para ansiedad), evalúa los efectos de la enfermedad sobre el estado emocional del paciente.
- *Escala de autoeficacia (SES)* (Anderson, Downs, Pelletz, et. al, 1995) que consta de 22 ítems que aportan una puntuación total y de tres subescalas de Autoeficacia (Manejo del dolor, Manejo de actividades físicas y Manejo de síntomas).
- *Escala de catastrofismo relacionada con el dolor (PCS)* (Sullivan, Bichop y Pivik, 1995), formada por 13 ítems que miden los diferentes tipos de pensamiento catastrofistas. Proporciona una puntuación total y por subescalas (Indefensión, Magnificación y Rumiación<sup>5</sup>).
- *Auto-registro del dolor*, empleado en la primera y última semana de la intervención y en la del seguimiento de los tres meses, en el cual los pacientes valoraban su dolor en cuatro momentos prefijados, empleando una escala del 0-5.

El protocolo contaba de un total de 11 sesiones (1 de información-evaluación y 10 de tratamiento) de 2 horas de duración, con una periodicidad semanal. Las sesiones eran impartidas por un psicólogo, post-graduado en terapia de conducta, con la colaboración de un co-terapeuta, también psicólogo. Los grupos estaban formados por un total de entre 7 y 10 pacientes.

Para guiar la intervención, así como para servir de biblioterapia de apoyo, se elaboró un Manual Protocolizado, en el que se especificaban los contenidos y técnicas aplicadas en cada una de las 10 sesiones, así como las tareas que los pacientes debían realizar durante la semana. Todos los contenidos están explicados con un lenguaje sencillo y accesible, de modo que pueda ser fácilmente comprendido por los pacientes. Al final de cada sesión se entregaba a los participantes un cuadernillo con el material correspondiente a dicha sesión; además, al final de la tercera sesión se les entregaba un CD de relajación diseñado exclusivamente para este tipo de pacientes.

---

<sup>5</sup> El pensamiento rumiativo se caracteriza por ser desorganizado, por no ser constante, donde las respuestas están entrelazadas con preguntas y no se logra llegar a conclusiones.

Las sesiones seguían siempre una estructura similar. Se comenzaba revisando las tareas de la semana anterior y aclarando las posibles dudas. Posteriormente se realizaba la explicación didáctica de los contenidos de cada sesión y el aprendizaje y práctica de cada una de las estrategias terapéuticas. Las sesiones siempre finalizaban detallando las tareas para realizar durante la próxima semana y recordando la importancia de la práctica en su vida diaria de las habilidades aprendidas en la sesión.

La secuencia de aplicación de los diferentes contenidos y técnicas terapéuticas se diseñó para permitir su aplicación de forma gradual (de lo más simple a lo más complejo), integrando en las siguientes sesiones lo aprendido en las previas, lo que garantizaba un aprendizaje progresivo y la utilización y aplicación práctica de las estrategias aprendidas a diferentes problemas y contextos.

El contenido de las sesiones de tratamiento incluía: información sobre la enfermedad y su afrontamiento activo, la influencia de diferentes aspectos (tensión muscular, ansiedad, emociones negativas, inactividad, pensamientos negativos, etc.) en el mantenimiento del dolor y otros síntomas asociados a la fibromialgia, y el papel de diferentes técnicas psicológicas (relajación, reestructuración cognitiva, etc.) en su afrontamiento; recuperación progresiva de actividades perdidas, sobre todo de las más gratificantes y valiosas para cada persona; mejora de la higiene del sueño y de las relaciones sexuales; manejo de las quejas y demandas asertivas; y mejora de los problemas de atención y memoria.

En la última sesión se hizo un resumen integrador de todo lo aprendido a lo largo del programa de tratamiento y se realizaba la evaluación post-tratamiento, utilizando los mismos cuestionarios que en la sesión inicial. Finalmente se programaba una sesión de seguimiento a los tres meses de finalizado el tratamiento.

Los resultados obtenidos indicaron que el nivel de depresión disminuyó de manera significativa entre pre y post-tratamiento. Sin embargo, en el seguimiento se observó un leve incremento, aunque no fue significativo, ya que la mejora

obtenida sigue siendo significativa. Lo mismo ocurrió con las puntuaciones de las escalas de ansiedad entre pre y post-tratamiento.

Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto que el programa de tratamiento grupal aplicado ha sido eficaz para mejorar los problemas emocionales asociados a la fibromialgia, disminuir los pensamientos rumiativos que frecuentemente presentan estos pacientes y mejorar su percepción de autoeficacia en el afrontamiento de su enfermedad.

Destaca la mejoría conseguida en las variables emocionales, ansiedad y depresión en las tres medidas estudiadas, tanto al final del tratamiento como en el seguimiento realizado a los tres meses, ya que éste era el primero de los objetivos específicos planteados.

El segundo de los objetivos específicos planteados, incrementar la percepción de autoeficacia de los participantes, también ha sido conseguido en esta investigación. Al finalizar el tratamiento los participantes se sentían más eficaces en el manejo de su dolor, de las actividades físicas y de los síntomas asociados a la fibromialgia, no obstante una parte significativa de esta mejoría se pierde a los tres meses de finalizada la intervención lo que, una vez más, vendría a señalar la necesidad de realizar sesiones más continuadas de mantenimiento que contribuyeran a consolidar la ganancia terapéutica conseguida durante la intervención.

El tercero de los objetivos específicos planteados en este trabajo fue combatir la visión catastrofista de los pacientes de fibromialgia. Sin embargo, este objetivo se cumplió sólo parcialmente, ya que aunque todas las medidas de catastrofismo disminuyen tras el tratamiento, solamente las puntuaciones en dos de las subescalas (Rumiación y Magnificación) muestran una reducción estadísticamente significativa en el post-tratamiento. Esta mejoría no se mantiene en el seguimiento, ya que aunque ninguna de las puntuaciones de catastrofismo vuelve a los niveles iniciales, hay una disminución relevante, aunque no significativa, de la mejoría conseguida tras la intervención. Al igual que se ha

señalado previamente, este hecho vendría a señalar la necesidad de incluir sesiones periódicas de mantenimiento.

El cuarto y último de los objetivos específicos era disminuir la percepción de dolor de los pacientes. Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto que, aunque el dolor mejora ligeramente tras el tratamiento, no disminuye de forma estadísticamente significativa. El tema de la mejora en la percepción de dolor en los pacientes de fibromialgia, tras una intervención de tipo cognitivo conductual, es bastante polémico y en la literatura los datos son contradictorios.

Los resultados de esta investigación indican que la reducción de la ansiedad conseguida con este programa de tratamiento ha sido estadística y clínicamente significativa, mientras que la reducción del dolor ha sido mínima, pero esta suposición ya había sido descartada como objetivo.

Finalmente, los resultados obtenidos permiten concluir que este programa de tratamiento protocolizado y en grupo ha demostrado ser eficaz para mitigar los problemas emocionales asociados a la fibromialgia, disminuir los pensamientos rumiativos de estos pacientes y mejorar su percepción de autoeficacia en el afrontamiento de su enfermedad. Además de subsanar las limitaciones citadas, futuros trabajos deberían poner a prueba la hipótesis, aquí planteada, de que la realización de sesiones más frecuentes de seguimiento-mantenimiento, podría ayudar a consolidar los resultados obtenidos con las sesiones de tratamiento y evitar la pérdida de mejoría que se observa en el seguimiento.

Como puede observarse, el uso de los protocolos evaluados ha resultado efectivo en diversos aspectos, sin embargo, no existe un protocolo de aplicación individual estudiado bajo las mismas características cuali-cuantitativas.

### **1.5 Ventajas y dificultades relacionadas a su aplicación:**

Existen ciertas ventajas del uso de protocolos en el ámbito clínico y de la salud, autores como Rodríguez y Ortún (1990) y Ochoa (2002) sostienen que de las principales son las siguientes

- Otorga mayor seguridad al profesional de la salud al aplicar un procedimiento diagnóstico y terapéutico
  - Acelerar el proceso de toma de decisiones y
  - Permiten mejorar el estado de conocimiento sobre las alternativas terapéuticas y la historia natural de los problemas de salud, obligando a una constante actualización
  - Proporcionan un marco común de actuación, que permite evaluar las condiciones en que se presta atención, haciendo comparables los resultados de diferentes centros.
  - Permiten identificar y asignar el papel de cada uno de los profesionales en caso de tratarse de un protocolo multidisciplinario
  - De cierto modo, representa un respaldo jurídico en caso de posibles demandas de pacientes/usuarios o sus familiares, el cual se fortalece si es apoyado por las sociedades científicas.
  - Son una poderosa herramienta educativa para profesionales de la salud en formación
  - Aplicados y diseñados correctamente permite la mejora en los resultados en los clientes/pacientes.

En cambio, Ochoa (op. cit.) y Santacreu (2011) señalan algunas disyuntivas en la aplicación de los protocolos, siendo la principal de éstas la desconfianza de algunos profesionales, debido a que en ocasiones el diseño de los mismos no provienen del personal clínico (que debería ser el encargado de desarrollarlas). Del mismo modo, Bonafont y Casasín (2002) sostienen que otro conflicto es la dificultad del desarrollo de los protocolos debido a la falta de experiencia o la búsqueda de evidencia más reciente y de mayor jerarquía, así como la resistencia al cambio de algunos profesionales.

## II. ANSIEDAD Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

### 2.1 Antecedentes

Según el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales IV (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psicología (APA) (1995) la ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica. En el caso específico, se señala que el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante un periodo mínimo de 6 meses (APA, 1995; Rivadeneira, Minici y Dahab, 2006; Instituto Nacional de Salud Mental, 2009, Sharma, 2003, entre otros) pero sin los síntomas específicos que caracterizan los trastornos fóbicos u obsesivo-compulsivo (Benedito y Botella, 1992).

Para estos casos, autores como Dugas y Ladouceur (1997) y Rapee (1995) (en Bados, 2005) definen la preocupación como “una cadena de pensamientos (principalmente) e imágenes cargada con afecto negativo, relativamente incontrolable, y que está orientada hacia un peligro futuro que es percibido como incontrolable”<sup>6</sup>. Además, generalmente un paciente con TAG no olvida el tema de preocupación hasta que aparece uno nuevo que le genere la misma inquietud.

Virgen, Lara, Morales y Villaseñor (2005) aclaran que la ansiedad por sí misma no se considera una enfermedad, ya que partiendo de su función, ésta se encuentra contemplada en la amplia gama de respuestas emocionales que presenta cualquier persona. Cuando conserva cierta frecuencia, intensidad, recurrencia y duración tiene una utilidad y un fin.

La ansiedad y esas respuestas son reacciones normales de alarma, ya que estas nos permiten percibir el peligro y reaccionar de manera que nos mantendrá a salvo, ya que incrementan en el organismo la capacidad de defenderse contra la

---

<sup>6</sup> Pág. 3

fuente de peligro, escapar de algo peligroso y permanecer quieto lo suficiente para evitar ser detectado por una fuente de peligro (Newth, 2003).

Aunado a esto, se menciona que las constantes preocupaciones suelen incluir el miedo a que algo malo pueda ocurrir, y ese miedo podría ser incapacitante para afrontar futuras experiencias estresantes. Para los individuos que padecen TAG resulta muy difícil controlar sus preocupaciones incluso cuando sus vidas van bien (Newth, op. cit; Moreno, 2002). Como en el resto de los trastornos de ansiedad, no se limita ésta a una o varias situaciones con cierta similitud entre sí; siempre hay algo por lo cual hay preocupación.

Los individuos que padecen algún trastorno de ansiedad experimentan síntomas excesivos de ansiedad y síntomas asociados en una base regular sobre cierto periodo de tiempo (días, meses o incluso años) (Newth, ib. ídem). En resumen, lo que diferencia la ansiedad normal con el TAG se presenta en la Tabla 3, propuesta por la Asociación de Trastornos de Ansiedad de América (Anxiety Disorder Association of America, s/f):

Tabla 3  
Diferencias entre ansiedad normal y TAG

Ansiedad Normal	TAG
Preocupación acerca de un evento específico, como un despido laboral, un examen escolar o alguna operación médica.	Preocupación constante, crónica y no sustentada, lo que causa estrés, interrupción de actividad social, escolar, laboral y familiar.
Dificultad para relajarse, dormir o concentrarse al enfrentar un problema serio, como alguna enfermedad o pérdida de un ser amado	Nerviosismo, irritabilidad, insomnio o dificultad de concentración durante días sin razón aparente.
Dolor y tensión muscular, cansancio relacionado con una actividad o	Falta de descanso, dolor muscular y fatiga no relacionada a algún problema

situación, tal como realizar ejercicio excesivamente, un día pesado en el trabajo o estar mucho tiempo frente a la computadora	físico o emocional específico, los cuales persisten seis meses o más.
--	---

Nota: Tabla traducida fielmente, obtenida de Anxiety Disorder Association of America (s/f) *Generalized Anxiety Disorder*. Recuperado el 17 de enero del 2014. <http://www.adaa.org>.

Tal como se ha mostrado, la diferencia esencial radica en la especificación y durabilidad de la manifestación de ansiedad, siendo que en el TAG la ansiedad suele ser irracional y más durable, más frecuente y más intenso, desproporcionados con respecto a la probabilidad o impacto real del evento o situación temida.

Diversos autores (Rivadeneira, Minici y Dahab, 2006; Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos de América, 2009; Newth, op. cit.) señalan que en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) la vulnerabilidad psicológica aumentada adopta la forma de preocupaciones recurrentes, ya sea sobre temas tanto importantes como insignificantes. Se caracteriza por poco dominio racional con imágenes catastróficas difusas y frases incompletas; el individuo piensa en destellos y fragmentos, con términos generales e inespecíficos. Suelen jugar la introducción de cadenas cognitivas que realzan la amenaza, el peligro y el riesgo, tanto reales como inexistentes. Incluso, el Instituto Nacional de Salud Mental (2009) indica que los pacientes con este trastorno, cuando su ansiedad es moderada, pueden realizar sus actividades cotidianas de manera relativamente funcional, pero, aunque no eviten ciertas situaciones, ellos pueden presentar dificultades para realizar actividades sencillas si su ansiedad es grave.

De acuerdo con Gorman (2003) el TAG no era formalmente diagnosticable sino hasta el año de 1980 ante su inclusión en el DSM III, no obstante, las primeras experiencias de preocupación excesiva e infundada fueron referidas por primera vez en el DSM II, reconociéndola como “reacción de sobreansiedad” cabiendo mencionar que el diagnóstico de OAD era exclusivo para niños (overanxious disorder [OAD en sus siglas en inglés], en APA, 1968), calificando como tal en las siguientes ediciones del manual (DSM III y DSM III-R). Sin

embargo, este término fue cuestionado y criticado por investigadores y clínicos, denominándolo como “impreciso”, además de señalar que la superposición de los síntomas con otros desórdenes era problemática y que dicho trastorno era propenso a un sobrediagnóstico (Beidel, 1991; Klein & Last, 1989; Silverman, 1992; Werry, 1991; en Sielberg y Flannery-Schroeder, 2011). Además, se encontró una menor fiabilidad en el OAD respecto a otros trastornos de ansiedad, por lo que el DSM-IV eliminó el diagnóstico del OAD, sustituyendo este término por el de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD en sus siglas en inglés), englobando a niños, adolescentes y adultos en el posible diagnóstico (Sielberg y Flannery-Schroeder, op cit.).

Entonces, desde su inserción en el DSM como una categoría diagnóstica en 1980, el criterio definicional del TAG fue revisada sustancialmente en cada edición del DSM. En el DSM III el TAG era una categoría residual, es decir, se permitía el diagnóstico sólo si no se cumplen los criterios para ningún otro trastorno de ansiedad. Por lo tanto, se ha definido como la presencia de ansiedad generalizada, persistente (Brown, O’Leary y Barlow, 2001; en Barlow, 2001).

Coloquialmente, es común confundir la depresión y el estrés con la ansiedad, por lo que Newth (2003) enfatiza la distinción de estos; primero, asegura que la depresión y la ansiedad son estados emocionales negativos que pueden estar acompañadas por un rango de reacciones corporales negativas, pensamientos y conductas. Aunque los síntomas de la ansiedad y la depresión pueden coincidir, también existen algunas diferencias importantes. En la Tabla 4 se presentan las principales características.

Tabla 4

Similitudes y diferencias entre ansiedad y depresión

Ansiedad	Depresión
Factores comunes	
➤ Fatiga	

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dificultad de concentración</li> <li>➤ Alteración del apetito, etc.</li> <li>➤ Falta de sueño</li> </ul>	
Diferencias	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ansiedad excesiva</li> <li>➤ Miedo</li> <li>➤ Evasión de circunstancias que provocan ansiedad, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tristeza excesiva</li> <li>➤ Vacío y falta de motivación</li> <li>➤ Falta de gusto y placer en actividades cotidianas</li> </ul>

Nota: Información sintetizada del texto de Newth, S. (2003) *Anxiety Disorders Toolkit: Information and Resource for effective Self-Management for Anxiety and Anxiety Disorders*. BC Partners for Mental Health and Addiction Information. Canada.

Se indica también que es común que este trastorno se presente aunado a trastornos depresivos, por lo que en estos casos su tratamiento es de mayor dificultad acentuándose en los casos en los que la atención es tardía. Así mismo, dan a notar que el pronóstico en casos de ansiedad es menos favorable que para los casos de depresión de manera aislada (Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005; Newth, 2003). Incluso, existen varias maneras en que un trastorno de ansiedad pueda asociarse con un mayor riesgo de depresión, ya que pueden causar pensamientos negativos y otros síntomas complicados que reducen el estado de ánimo y conlleva a sentimientos de desesperanza sobre uno mismo, el mundo y el futuro, conduce a la evasión y aislamiento e impone tensión en el lugar de trabajo y relaciones personales. Afortunadamente, la depresión asociada con algún trastorno de ansiedad suele reducirse o desaparecer al recibir el tratamiento adecuado para la ansiedad (Newth, op. cit.). Sin embargo, en ocasiones un individuo con ambos trastornos puede estar demasiado deprimido para recibir tratamiento cognitivo-conductual para la ansiedad, por lo que la depresión sería un primer aspecto a tratar.

Del mismo modo, un mito común en la actualidad es que los trastornos de ansiedad son lo mismo a los problemas de estrés. Una de las razones por las que éstas (ansiedad y estrés) se confunden es porque los síntomas son muy parecidos

(por no decir los mismos); comparten síntomas físicos, conductuales, cognitivos y emocionales. Sin embargo, los trastornos de ansiedad se consideran como tal si los síntomas son excesivos y si los mismos no se resuelven aún después de un periodo de estrés. De igual modo como sucede con la depresión, la ansiedad puede ir aunada a un episodio de estrés, caso en el cual se incrementan los síntomas. En tales casos, tratar el problema con técnicas de manejo de estrés no resulta muy efectivo, pero podría ser un componente efectivo de auto-ayuda para trastornos de ansiedad (Newth, *ib. ídem.*).

## **2.2 Epidemiología**

De acuerdo con datos recabados por De la Fuente y Heinze (2011) la prevalencia del TAG en México a lo largo de la vida es de 1.2%, afecta al 1.6% de mujeres y 0.7% de hombres; mientras que la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México (Medina-Mora et. al, 2003) se indica que el 14% de la población padece de algún trastorno de ansiedad. En la totalidad de los casos el 46.9% es de intensidad moderada, severa en un 34.5% y leve en 18.6%. Incluso, este trastorno persiste por más de cinco años en el 40% de los pacientes.

En el DSM-IV (APA, 1995) se indica que en centros médicos para trastornos de ansiedad el 12% de los pacientes padecen TAG. De igual modo, se señala que existen trastornos asociados, como el Trastorno Depresivo Mayor, de consumo de sustancias, otros trastornos de ansiedad o episodios de estrés, por lo que representa un potencial riesgo mayor de quienes lo padecen.

Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano (2007) destacan la discapacidad laboral provocada por los trastornos de ánimo y de ansiedad, cuyos resultados sostienen que el TAG es una de las principales causas de ausencia y discapacidad laboral aún sobre algunas enfermedades crónicas, con un promedio de 9.5 días perdidos.

Cascardo y Resnik (2012) sostienen que la presencia del TAG supone un aumento del riesgo de suicidio y existencia aunada de comorbilidad<sup>7</sup> en 68% de los casos.

Del mismo modo, la Academia Nacional de Medicina (México) (2012) revela que el TAG es el trastorno más visto por médicos generales, con una prevalencia de entre 5-7% de los pacientes que asisten a atención primaria.

### **2.3 Etiología y factores de riesgo**

De acuerdo con Reuschel (2011) se conoce poco acerca de la etiología del TAG ya que la investigación ha sido relativamente escasa. Sin embargo, Albano et. al. (2003, en Reuschel, op. cit.) sugieren que la ansiedad es una función en la que se involucran varias características, como el temperamento, factores psicosociales e interacción parental y familiar. También indica que existen hallazgos recientes que apuntan que los genes contribuyen a una vulnerabilidad general para padecer ansiedad.

Bados (2005) sostiene que, a pesar de que no existe una carga genética como tal para el TAG (o al menos no se ha comprobado), es posible que exista una hipersensibilidad neurobiológica predeterminada para el estrés, la cual puede interactuar con una vulnerabilidad psicológica (basada en experiencias evolutivas tempranas). Borgeck (1994, en Bados, op. cit.) distingue dos componentes en la vulnerabilidad psicológica: la percepción de la amenaza generalizada y sentirse incapaz de afrontar los eventos amenazantes.

Según el National Collaborating Centre for Mental Health (2011) algunos estilos cognitivos y de afrontamiento predisponen a los individuos a padecer TAG, a pesar de que no es fácil distinguir la predisposición de la cognición alterada.

Otros factores asociados al TAG relacionados con los antecedentes son la pérdida de uno o ambos padres, agresión física, verbal y/o sexual, o algún otro que haya obligado al paciente a defenderse de diversas amenazas a sí mismo en una infancia temprana. Sin embargo, existen interpretaciones que indican que el

---

<sup>7</sup> Presencia de uno o más trastornos o enfermedades además del trastorno primario.

TAG pudo anteceder a las características mencionadas, influyendo en la percepción o reacción de las experiencias evolutivas tempranas aversivas. No obstante, no todos los recuerdos de la infancia pueden evocarse por posible evitación cognitiva, por lo que no hay informes directos sobre los mismos (ib. ídem).

Debido a ciertas características de personalidad como perfeccionismo, dependencia y falta de asertividad, Bados (ídem) sugiere también la probabilidad de que estas fueron favorecidas por la educación de padres sobreprotectores, exigentes y/o con problemas de ansiedad, lo que contribuye a una falta de habilidades para manejar diversas situaciones problemáticas o a dificultades para aplicar dichas habilidades que generalmente sí poseen, pero no saben cómo dirigir las.

El Instituto Nacional de Salud Mental (2009) apunta que el TAG se desarrolla gradualmente y puede comenzar a cualquier edad, aunque las etapas de la infancia y la adolescencia resultan más vulnerables.

El desarrollo de un trastorno de ansiedad generalmente resulta de una combinación compleja de un gran número de factores incluyendo experiencias previas, creencias y entorno, no sólo juegan los factores biológicos o genéticos (Newth, 2003). Los factores de riesgo más comunes son los siguientes:

- Predisposición genética

A la fecha se han realizado investigaciones arduas en el terreno de la genética y salud mental, algunas de éstas se encuentran dirigidas a encontrar marcadores genéticos específicos que se encuentren ligados a la aparición de trastornos específicos. Derivado de dichos estudios, se sabe que la tendencia a sentir ansiedad o de tener un trastorno de ansiedad es hereditaria. Esto significa que si determinado sujeto padece de un trastorno de ansiedad, existe una gran probabilidad de que algún otro familiar del mismo también tenga experiencias de ansiedad, por lo que representa vulnerabilidad de padecerla. No obstante, no es un factor determinante ni un hecho que si un individuo que padece algún trastorno

de ansiedad alguno de sus familiares pueda tener los mismos problemas en cuanto al tipo o grado de gravedad de los mismos (Newth, 2003).

- Un trastorno de ansiedad ya existente

El hecho de que un sujeto padezca de un trastorno de ansiedad puede aumentar el riesgo de desarrollar otro diferente. Los trastornos pueden coocurrir en una gran variedad de combinaciones, sin embargo, uno de los trastornos es más grave que el resto en un individuo, por lo que éste se consideraría el diagnóstico primario (op. cit).

- Perfeccionismo

Los altos niveles de perfeccionismo pueden estar asociados con los altos niveles de ansiedad y síntomas relacionados. Algunas metas perfeccionistas en ocasiones son inalcanzables, lo cual se suma al estrés, preocupación, ansiedad, sufrimiento y maneras enfermizas de afrontamiento por parte del sujeto con algún trastorno de ansiedad. No obstante, muchas personas calificadas como “perfeccionistas” no padecen ningún trastorno de ansiedad (ib. ídem.)

- Factores ambientales

La mayoría experimenta un episodio estresante sin la necesaria aparición de un trastorno de ansiedad. Es sabido que los factores ambientales pueden incrementar el riesgo de experimentar ansiedad, y que en algunos casos estos problemas pueden tornarse en un trastorno de ansiedad (principalmente eventos de la infancia). Algunas personas crecen observando y aprendiendo de sus padres y/o algún otro modelo conductual que pueden ser demasiado ansiosas o evasivas. Si un sujeto desde la infancia reproduce estos modelos y no se le brinda la oportunidad de aprender de otros que resultan más sanos podrían tener más riesgo de padecer ansiedad y algún trastorno relacionado. En otros casos, un individuo puede desarrollar miedos hacia sus iguales, lugares o cosas después de ver o vivir algún evento aversivo. No es un factor principal, pero si resulta ser un factor agravante (ídem.).

- Neurotransmisores

Según De la Fuente y Heinze (2010) los neurotransmisores involucrados en la génesis del TAG son el ácido gamma-aminobutírico (principal neurotransmisor inhibitorio cerebral) y la serotonina (inhibitorio para el estrés) en áreas de la corteza occipital que cuenta con el mayor número de receptores de benzodiazepinas, los ganglios basales, el sistema límbico y la corteza de los lóbulos frontales.

En el TAG, el funcionamiento de los neurotransmisores mencionados se vuelve deficiente, por lo que sus funciones inhibitorias quedan bloqueadas. Suelen reactivarse con tratamiento médico.

## **2.4 Características clínicas**

La Secretaría de Salud (2010) indica que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea por un estímulo ausente, por una respuesta excesiva con relación a la del estímulo o porque la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un estado de disfunción en el individuo.

Newth (2003) reconoce que algunos síntomas comunes de la ansiedad pueden dividirse en 4 principales categorías: emocionales, respuestas corporales, pensamientos y conductas: las respuestas emocionales pueden asociarse con ansiedad que también pueden ser descritas como sentimientos de miedo, preocupación, tensión, estar a la defensiva, aprehensión, etc., mismas que son mejor detectables cuando hay respuestas corporales, pensamiento y conductas. Respecto a las respuestas corporales provocadas por la ansiedad se encuentran cambios en el flujo sanguíneo, ritmo cardíaco, respiratorio, alteración muscular, visual, auditiva, dermatológica, capilar y demás sistemas corporales. Además, también causa cambios fisiológicos que provoca los siguientes síntomas<sup>8</sup>:

- Ritmo cardíaco acelerado
- Sudoración
- Temblores
- Dificultad para respirar o sensación de asfixia

---

<sup>8</sup> Enlistado citado de la referencia mencionada (Newth, 2003)

- Boca seca
- Dolor en el pecho
- Náusea o malestar estomacal
- Urgencia de orinar o defecar
- Escalofríos o sofocaciones
- Mareos, aturdimiento o sensación de desmayo
- Sensación de irrealidad o de separarse de sí mismo
- Adormecimiento u hormigueo
- Tonalidad rojiza en la piel
- Cambios visuales
- Tensión muscular, dolores, espasmos, pesadez o debilidad

Dichos síntomas no representan un riesgo mayor a la incomodidad, e incluso pueden ser de ayuda, por ejemplo, cuando el ritmo cardíaco comienza a acelerar, los músculos de las piernas y brazos reciben más sangre ya sea para huir o para defenderse. Acerca de los pensamientos, estos patrones se transforman en presencia de la ansiedad, ya que ésta hace más propensa la posibilidad de notar y pensar cosas relacionadas con las fuentes reales y potenciales de peligro. Algunos patrones de pensamientos comunes ligados a la ansiedad son<sup>9</sup>:

- Pensamientos atemorizantes, impulsos y/o recuerdos
- Sobre que algo malo ocurrirá a sí mismo (muerte, avergonzarse de sí, no ser capaz de afrontar alguna situación, etc.)
- Sobre que algo malo ocurrirá a un tercero (pérdida o accidente de algún familiar, etc.)
- Que alguna otra cosa mala sucediera (que la casa se quemara, robo de bienes materiales, accidente automovilístico, etc.)
- Aumento de atención y exploración de la fuente de peligro
- Dificultad para concentrarse en las cosas que no están relacionadas con la fuente de peligro
- Dificultad para toma de decisiones de otros aspectos

---

<sup>9</sup> (op. cit)

- Sueños o pesadillas aterradoras

De igual modo, la ansiedad desencadena una serie de conductas de afrontamiento, la mayoría de las personas sienten una fuerte necesidad de realizar actividades que eliminen el peligro o que los haga sentir a salvo. Estas se refieren a las *conductas de seguridad* y los ejemplos más comunes son los siguientes<sup>10</sup>:

- Evadir la situación, experiencia lugar o gente temida
- Escapar de dichas situaciones
- Necesidad de estar con personas o mascotas que aumentan la seguridad personal
- Lograr que otros le tranquilicen
- Decirse a sí mismo cosas tranquilizantes (por ejemplo, “todo estará bien”)
- Encontrar un lugar seguro a donde ir
- Examinar la situación mediante señales de peligro
- Intentar distraerse
- Automedicar los síntomas con drogas, medicamentos, alcohol o comida
- Dormir para así no pensar en la situación
- Llevar objetos que pueden prevenir o ayudar a hacer frente a un ataque de pánico (medicamentos, teléfono celular, etc.)
- Realizar conductas compulsivas constantemente para lograr un bienestar (limpieza, control, etc.)
- Llevar a cabo rituales mentales para intentar obtener bienestar (pensar en la misma palabra o frase una y otra vez)

Estas conductas califican como *conductas de seguridad* siempre y cuando su principal propósito sea eliminar o prevenir las sensaciones de ansiedad o pánico. Si estas conductas se vuelven frecuentes, compulsivas o disruptivas éstas aportarán a incrementar la gravedad del trastorno de ansiedad.

Medina-Mora y cols; (2003, 2007 en Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil 2010), señalan que los trastornos de ansiedad comienzan en la infancia y adolescencia, generalmente, y que la edad promedio en que comienzan a

---

<sup>10</sup> Ib ídem.

manifestarse es a la edad de 14 años, siendo los primeros en aparecer la ansiedad de separación, fobia específica y fobia social. Datos estadísticos revelan que el 7.2% de adolescentes de la Ciudad de México han presentado algún trastorno de estado de ánimo doce meses antes de realizar el mencionado estudio, y el 29.8% manifestaron, en el mismo lapso, algún trastorno de ansiedad (Benjet y cols, 2009; en Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil, 2010). Del mismo modo, la Secretaría de Salud (2010) indica que este trastorno alcanza su prevalencia más alta entre los 25 y 45 años de edad, encontrándose más alta en mujeres que en hombres. La Organización Panamericana de la Salud (en Secretaría de Salud, 2010) señala que los trastornos de ansiedad generalizada son los más comunes junto con los trastornos obsesivo-compulsivo y los trastornos de pánico.

Barlow y cols (2004, en Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil, 2010) señalan que el TAG, junto con el trastorno de pánico, el TOC y la fobia social comparten con la depresión los afectos negativos y la activación del Sistema Nervioso Autónomo, lo cual da lugar a tratamientos que han mostrado gran eficacia.

El TAG causa una restricción en roles sociales y ocupacionales similar a la depresión, y los individuos que padecen de ambos son más propensos a ser más afectados y tener un curso más problemático del trastorno. Del mismo modo, y a pesar de que el TAG es uno de los problemas psicológicos más comunes, sólo una minoría de quienes lo padecen le cuentan al profesional sobre sus problemas de ansiedad (Anxiety UK, 2009).

Según Moreno (2002) el problema real de quienes padecen TAG es la no distinción de lo "posible" con lo "probable", bajo el entendido de que "todo" es posible (perder un empleo, un familiar, dinero, etc.), pero no todo es probable, comprendiendo esto como que no pasa a todos ni a diario. Como ya se ha mencionado, el TAG se caracteriza por la preocupación excesiva; la frecuencia e intensidad se incrementan ante los pensamientos e imágenes que causan preocupación, incluso quien lo padece no sólo se preocupa de una sola cosa, sino

de muchas otras a la vez. En ocasiones, la preocupación excesiva está asociada con otros síntomas incómodos y disruptivos, tales como la alteración del ciclo de sueño, tensión muscular, inquietud, facilidad de fatiga, irritabilidad y dificultad de concentración, además de otros síntomas físicos que ya se han mencionado. Otros individuos con TAG también presentan condiciones físicas asociadas con estrés crónico tales como dolores de cabeza constantes o síndrome de intestino irritable, incluso con problemas de consumo de sustancias como alcohol y drogas para reducir la preocupación excesiva o síntomas relacionados (Newth, 2003).

Aproximadamente de 3-4 personas de cada 100 cumplen con los criterios del TAG actualmente; típicamente se vuelve un problema significativo durante la adolescencia y de los 20 a los 29 años de edad, pero muchos comienzan a padecerla desde la infancia. Sin embargo, el TAG tiende a ser más común entre los adultos mayores (7 de cada 100). Suele afectar más a mujeres que a hombres, del mismo modo tiende a estar más presente en personas de nivel socioeconómico bajo, posiblemente al estrés que la situación provoca en sí (op.cit.).

En general, los individuos con TAG se preocupan por los mismos temas que la gente con nivel de preocupación normal. Sin embargo, los individuos con TAG suelen preocuparse al indagar sobre el peor de los escenarios. Las preocupaciones más comunes son:

- Relaciones de pareja
- Trabajo o escuela
- Familia o amigos
- Mascotas
- Cuestiones de salud
- Finanzas personales, comunitarias o mundiales
- Impuntualidad
- Demás problemas cotidianos.

Debido a las experiencias evolutivas tempranas aversivas, aquellos que padecen el TAG aprenden a estar hipervigilantes para descubrir posibles

amenazas, de modo que dicho sesgo atencional hacia la información amenazante ocurre incluso cuando la información se presenta fuera de conciencia. Así, la información amenazante es codificada pese a la evitación tras detectarla. Aunado a esto, también presentan un umbral más bajo para percibir la ambigüedad, por lo que tienden a percibir la información ambigua como amenazante, por lo que es más fácil que se perciba el peligro, ya que su atención se centra en ello (Rapee, 1995, en Bados, 2005).

Algunos autores como Ladouceur, Talbot y Dugas (1997, en Bados, op. cit) destacan la intolerancia a la incertidumbre y la activación emocional. La primera se refiere a la tendencia general de una persona a considerar inaceptable que un evento negativo pueda ocurrir aunque la probabilidad sea pequeña, lo cual irrumpe en el uso de habilidades de solución de problemas.

## **2.5 Diagnóstico**

Como ya se ha mencionado, los individuos que padecen algún trastorno de ansiedad experimentan síntomas excesivos de ansiedad y síntomas asociados en una base regular sobre cierto periodo de tiempo (días, meses o incluso años). La evaluación de un trastorno de ansiedad debe ser considerado bajo circunstancias tales como que los síntomas de ansiedad y problemas asociados han sido excesivos o complicados de controlar durante un prolongado periodo de tiempo (más que algunos días o semanas), conduce a angustia emocional y sufrimiento personal significativo, o conduce a una interferencia significativa en actividades cotidianas, como el trabajo, la escuela, el hogar o actividades sociales. Algunos de los síntomas se presentan en la mayoría o en la totalidad del tiempo, algunos sólo se presentan cuando se enfrentan situaciones, lugares, experiencias o personas.

Cabe mencionar que, en todos los casos, es recomendable un diagnóstico multimétodo, y que los instrumentos a emplear posean la validez y fiabilidad adecuadas

### **2.5.1 Criterios diagnósticos**

De acuerdo con el DSM-IV TR AP (en García y Díaz del Campo, 2008) se propone considerar el papel de las enfermedades médicas o consumo de

sustancias y tener en cuenta si la ansiedad se explica mejor por otro trastorno mental.

Tabla 5

Factores a considerar durante el diagnóstico de un trastorno de ansiedad

Trastornos de ansiedad	
Factores comunes	
<p>A) La ansiedad excesiva, la crisis de angustia, o las obsesiones y compulsiones predominan en el cuadro clínico</p> <p>B) Las alteraciones no aparecen en un momento específico, y las mismas provocan un malestar clínicamente significativo, causando deterioros en aspectos importantes de la vida de quien lo padece.</p>	
Trastorno de ansiedad por enfermedad médica	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (incluyendo el propio medicamento)
<p>A partir de la historia clínica, de la exploración física, o pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son consecuencias fisiológicas directas de una enfermedad médica, mismas que no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (el agente estresante podría ser una enfermedad grave).</p>	<p>A partir de la historia clínica, de la exploración física, o pruebas de laboratorio se demuestra que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los síntomas del factor común "A" aparecen durante la intoxicación o abstinencia en el primer mes siguiente.</li> <li>- El consumo de medicamentos está relacionado etiológicamente con la alteración.</li> </ul> <p>La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las</p>

	<p>pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: aparición de los síntomas procede al consumo de sustancias o el medicamento; los síntomas persisten durante un tiempo considerable (1 mes aproximadamente) después del final del periodo agudo de intoxicación o abstinencia o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar considerando el tipo o cantidad de sustancia, o bien, la duración del consumo.</p>
--	---

Nota: Información sintetizada del texto de García, F. J. y Díaz del Campo, F. (2008) *Guía Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. España, Agencia Laín Entralgo.

De igual modo, debe considerarse el papel de otros trastornos mentales que pueden explicar mejor los síntomas de ansiedad, tomando en cuenta el diagnóstico diferencial y la comorbilidad médica. En el primero se descarta una posible enfermedad sistémica, tomando en cuenta los síntomas físicos predominantes, el historial médico y psicológico del paciente y su familia, y las enfermedades que generan algún trastorno de ansiedad. Debe considerarse también el consumo del alcohol, principalmente en pacientes con TAG, fobia social o trastorno de angustia, ya que regularmente se usa como tranquilizante (depresor del Sistema Nervioso Central), por lo que los síntomas se reducen.

Acerca de la comorbilidad médica, García y Díaz del Campo (op.cit.) afirman que existen ciertas enfermedades que por sí solas pueden generar síntomas de ansiedad asociándose a patologías somáticas. Por ello se consideran

aquellos estudios que relacionan los trastornos de ansiedad con una mayor prevalencia de trastornos gastrointestinales, genitourinarios, osteomusculares, tiroideos o alérgicos, así como con la migraña o cardiopatías en comparación con aquellos que no padecen ningún trastorno de ansiedad.

En cambio, en el diagnóstico del TAG en el DSM-IV (en Resnik y Cascardo, 2001) las características cognitivas se consideran en el primer plano, seguido de las físicas y fisiológicas.

De tal modo, si los síntomas de ansiedad y preocupación se relacionan con una variedad de acontecimientos o situaciones (y no una sola de estas) debe considerarse el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

La preocupación excesiva sobre un número de acontecimientos, difícil de controlar y con una prevalencia de seis meses o más, resulta ser el síntoma más característico a considerar; la ansiedad y preocupación son exageradas en cuanto a probabilidad y efecto de los acontecimientos temidos, mientras que el requerimiento de síntomas asociados es de tres en una lista de seis: inquietud, cansancio, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteración del sueño (Resnik y Cascardo, op. cit.; García y Díaz del Campo, 2008; entre otros).

La preocupación puede asociarse, por lo tanto, a síntomas de tensión motora (temblores, tensión muscular, etc.), hipersensibilidad autonómica (boca seca, sudoración, palpitación, etc.) o hiperactivación (sobresalto, insomnio, etc.) (op. cit.).

Los autores también consideran que el centro de la ansiedad y preocupación no hace referencia a una sola de las características del resto de los trastornos del Eje 1 del DSM-IV (Trastornos Clínicos y aquellos problemas que pueden ser objeto de atención clínica), ya que corresponden a cada uno de los trastornos ahí mencionados (trastornos de estado de ánimo, somatomorfos, por consumo de sustancias, debidos a enfermedad médica, cognitivos o de inicio de la infancia) (APA, 1995). Del mismo modo, ninguno de los síntomas característicos del TAG debe aparecer durante el transcurso de un Estrés Postraumático.

Del mismo modo, señala que la ansiedad, la preocupación y/o los síntomas físicos provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, familiar o de otras áreas importantes en la vida cotidiana del individuo, y que las mismas no deben ser provocadas al consumo de sustancias o alguna enfermedad médica, y que no aparecen exclusivamente durante el transcurso de un trastorno de estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

### **2.5.2 Entrevista Semiestructurada**

De acuerdo con autores como Hernández (1989) y Tizón (1987) (en García y Díaz del Campo, ídem) la entrevista clínica es uno de los instrumentos más eficaces para llegar a una comprensión global del paciente y poder establecer un diagnóstico de los trastornos de ansiedad, ya que en ésta se establecen o reactualizan las bases y se obtiene la información necesaria para encontrar el diagnóstico y la decisión de estrategias a seguir.

Brown, DiNardo y Barlow (1994) crearon la Entrevista para Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV, el cual es un modelo de entrevista diagnóstica basada en los criterios de dicho manual. Este formato tiene una duración entre una y dos horas y no sólo evalúa los trastornos de ansiedad a nivel diagnóstico, sino que además contiene secciones para identificar trastornos del estado de ánimo, la hipocondría, el trastorno por somatización, el trastorno mixto de ansiedad-depresión y los trastornos de abuso/dependencia de sustancias psicoactivas. También se incluyen preguntas sobre síntomas psicóticos, de historial familiar sobre trastornos psicológicos y la historia médica (para determinar si los síntomas han sido causados por algún medicamento o si contribuye a los mismos), de tratamiento psicológico y psiquiátrico del paciente.

También indica que aparte de las preguntas a examinar sobre el TAG, otros aspectos a cubrir son:

- Las condiciones que agravan o reducen el problema
- Variables situacionales o personales que los mantienen

- Interferencia del problema en la vida, trabajo, estudios, familia, y actividades sociales
- Historia y fluctuaciones del problema
- Intentos realizados para superar el problema y resultados logrados
- Motivación, expectativas (del tratamiento y resultados) y objetivos del paciente
- Recursos y limitaciones del paciente y
- Otros problemas que pueda presentar el paciente

Bados (2005) indica la importancia de que el clínico sea quien determine si la preocupación es excesiva, más no los pacientes, ya que algunos de ellos consideran que sus preocupaciones son adaptativas y no excesivas, a pesar de que son asociadas a altos niveles de tensión y activación.

De igual modo, García y Díaz del Campo (2008) proponen a su vez la Entrevista semiestructurada (dirigida-libre), cuyas características se adaptan a las del encuentro profesional-paciente en el ámbito de la Atención Primaria. Ésta comienza con preguntas más abiertas (cuyos contenidos los predetermina el profesional), apoya la narración del paciente y lo va dirigiendo a preguntas más específicas, dando lugar a no dejar interrogantes precisas en la identificación y manejo del problema (Borrel, 1959; Gradillas, 1992; Goldberg y Huxley, 1990; Stern, Herman y Slavin, 2005; en García y Díaz del Campo, 2008)

### **2.5.3 Uso de escalas**

Es importante señalar que el uso de escalas e instrumentos no tienden a discriminar a los pacientes con TAG o algún otro trastorno de ansiedad, pero pueden obtenerse variables clave asociadas con este trastorno. Sirven para complementar una valoración adecuada, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica (Bados, 2005; García y Díaz del Campo, op. cit.). No sustituyen de ningún modo la entrevista clínica, ya que por sí sólo no proporcionan la información adecuada para establecer un diagnóstico apropiado.

La escala de ansiedad Hamilton permite evaluar la intensidad de los síntomas en forma periódica; consiste en 14 reactivos que evalúan estado

ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones intelectuales, estado de ánimo depresivo, síntomas somáticos musculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios y del sistema nervioso autónomo, además de la conducta en el transcurso de la evaluación. Cada reactivo se evalúa del 0 (ausente) al 4 (invalidante o extrema), por lo que una puntuación de 56 corresponde al nivel más grave de ansiedad (De la Fuente y Hinze, 2011).

Newth (2003) sugiere el uso de un inventario de síntomas, el cual aportaría significativamente al diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad. En este se indica marcar aquellos síntomas que se han presentado por varias semanas o meses y sólo incluir aquellos que son excesivos o causan una disrupción o interferencia significativa sobre una base regular. Se recomienda la revisión del mismo con un profesional en diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Sin embargo, se desconoce la validez y fiabilidad del inventario.

#### **2.5.4 Algoritmo diagnóstico**

García y Díaz del Campo (2008) proponen un algoritmo diagnóstico<sup>11</sup> ante usuarios con síntomas de ansiedad a manera de orientación inicial. Un resumen de este se presenta en la Figura 1:

---

<sup>11</sup> Pág. 42

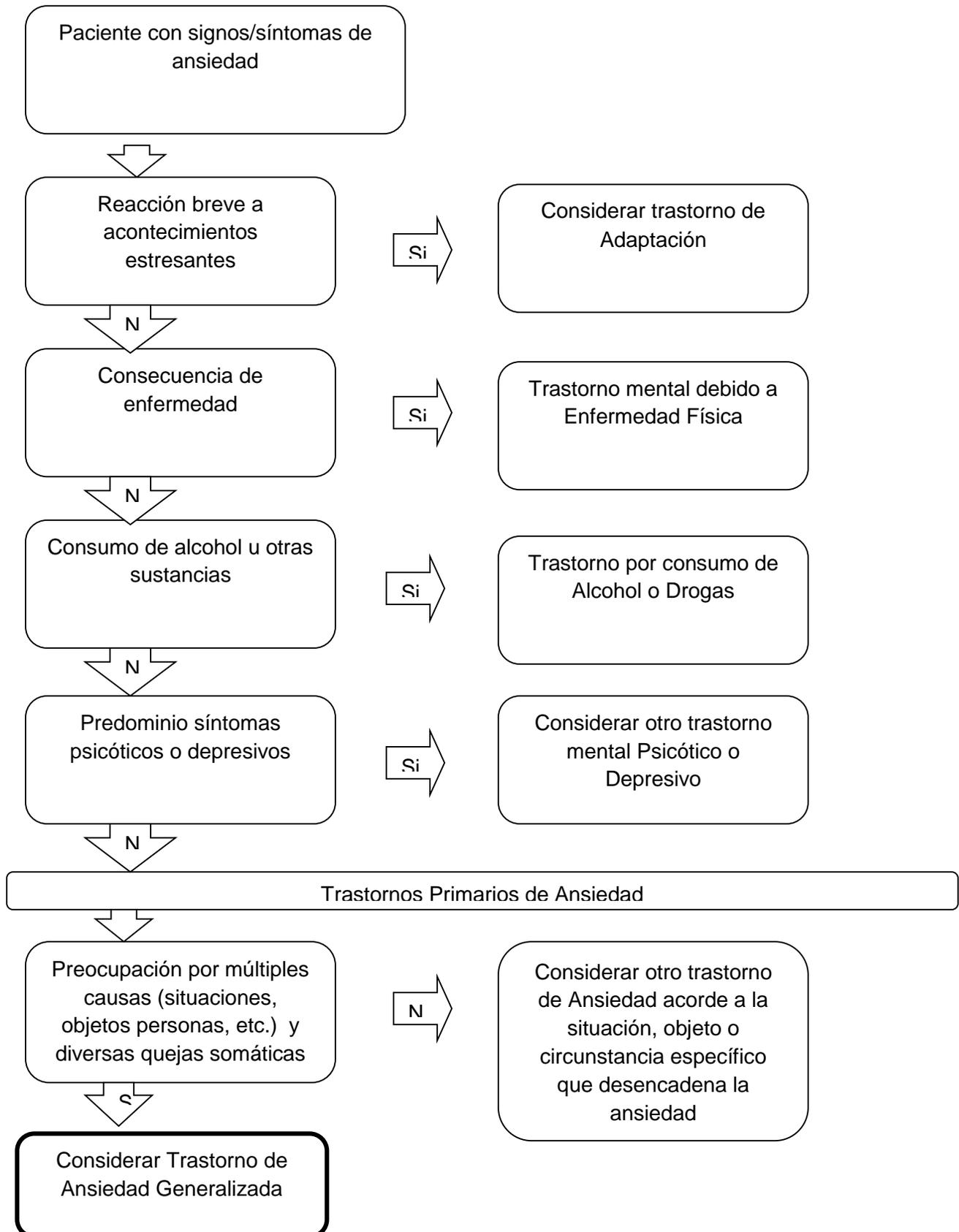


Figura 1. Resumen del algoritmo diagnóstico de trastornos de ansiedad

## 2.6 Tratamiento

Newth (2003) afirma que la mayoría de quienes padecen TAG resultan ser poco capaces de controlar su problema por sí mismos de una manera efectiva, es hasta que reciben un tratamiento certero. Las consecuencias de un mal manejo del trastorno pueden reflejarse en:

- Incrementar el riesgo de depresión, abuso de sustancias o suicidio
- Incremento y uso excesivo de servicios de cuidado médico (visitas para pruebas diagnósticas, revisiones de especialistas, uso de ambulancia y de habitaciones de emergencia, etc.)
- Aumento del riesgo de su condición incapacitante (los trastornos de ansiedad son la segunda fuente de discapacidad entre personas con condiciones de salud mental, después de la depresión).

Un tratamiento eficaz ayuda a las personas a reducir los síntomas, incrementar su autoestima y a retomar un estilo de vida normal. Sin embargo, estudios demuestran que sólo una tercera parte de las personas con un trastorno de ansiedad acude con un profesional en salud mental para atender su problema, y que la mayoría de ellos no concluye su tratamiento. Otras investigaciones indican que dos terceras partes de esta población reciben un diagnóstico incorrecto.

Bados (2005) sostiene que, en comparación con pacientes con otros trastornos de ansiedad, es menos frecuente que los individuos que padecen TAG busquen tratamiento psicológico, tal vez por la probabilidad de que lo acepten como una “manera de ser” o por estar bajo tratamiento médico.

Allgulander (2012) asegura que los sujetos que padecen TAG buscan tratamiento médico atender problemas de para la interrupción del sueño, tensión muscular, dispepsia (síntoma gastrointestinal), inquietud, fatiga e irritabilidad, es decir, sólo para atender los resentimientos físicos, no para controlar la preocupación. Es por ello que resulta de gran importancia para todos los profesionales en salud mental exhortar a los usuarios en indagar no solamente en

estos últimos, sino también aquellos que son propios de la ansiedad, sin omitir los factores emocionales, conductuales ni los cognitivos.

En contraste, Moreno (2002) sostiene que a pesar que la preocupación excesiva no es una solución, ésta ayuda en cierta medida en el grado en que la misma provoca un funcionamiento intensivo del hemisferio cerebral izquierdo (que se encarga del pensamiento lógico y racional) y una cierta inhibición del hemisferio derecho, encargado de la formación de imágenes y que tiene más poder para causar alteración emocional. Sin embargo, esta respuesta suele provocar síntomas físicos típicos de la ansiedad. Newth (2003) asegura que también es importante para el profesional saber de los eventos estresantes más recientes, así como el historial familiar en cuanto a salud mental o abuso de sustancias (en medida de lo posible).

El Instituto para la Comunicación de Atención Médica (*Institute for Healthcare Communication*, en Newth, op. cit.) propone algunas sugerencias para los usuarios acerca de lo que tienen que relatar al profesional con quien asisten. Se trata del *P.R.E.P.A.Re* (*Plan, Report, Exchange information, Participate, Agree, Repeat*), cuya finalidad se centra en lo siguiente:

- (*P*) Planear: se sugiere al usuario pensar acerca de lo que le mencionará al profesional, o bien, aprender algo de lo que este le mencione en la consulta y, una vez que se tenga una lista, deberá enumerar los aspectos más importantes.
- (*R*) Reportar: que el usuario informe al profesional acerca de lo que desea hablar durante la consulta.
- (*E*) Intercambiar información: que el usuario se asegure de mencionar al profesional acerca de lo que está mal. Imprimir un instrumento de evaluación en línea o llevar un diario o autoregistro podría ser de gran apoyo para el profesional, asegurándose de no omitir síntomas físicos ni emocionales. También, llevar a un familiar o un amigo representaría de gran apoyo, de manera que describan el comportamiento y algún otro síntoma del usuario en caso de que este no pueda hacerlo.

- (P) Participar: que el usuario discuta con el profesional acerca de las maneras en que pueda manejarse el problema, asegurándose de valorar los aspectos positivos y negativos de cada uno de ellos con la finalidad de conocerlos.
- (A) Acordar: que el usuario y el profesional lleguen a un acuerdo sobre el plan de tratamiento con el que pueda vivir funcionalmente.
- (Re) Repetir: que el usuario platique al profesional acerca de lo que necesitará para mantener el cuidado al problema.

Ante la ya revisada problemática acerca de los trastornos de ansiedad actualmente existe una manera más asertiva para afrontarla, ya que existen diversos tratamientos que han mostrado su eficacia. Esos básicamente consisten en dos tipos, los medicamentos y la asistencia cognitivo-conductual, que son los más estudiados y cuya funcionalidad ha sido probada y recomendada por expertos.

Al respecto, una cita de la obra de Retolaza (2009) afirma lo siguiente:

*“Uno de los principales debates que tiene hoy la psiquiatría y la psicología pública es determinar el límite de sus prestaciones, qué es susceptible de ser atendido en los servicios de salud mental y qué supone un malestar de la vida cotidiana cuya resolución, apoyo o consuelo está en otra parte. Para algunos, abducidos por una concepción biomédica positivista, hay que tratar aquello que es enfermedad, que médicamente es enfermedad. Podríamos, en principio, estar de acuerdo. Pero el saber qué es enfermedad y qué no lo es no es siempre fácil de discernir, más aún en una sociedad que medicaliza el sufrimiento y las dificultades de la existencia, trasladando a la sanidad las grietas del funcionamiento social”<sup>12</sup>.*

Lo anterior muestra indicadores de que además del tratamiento cognitivo conductual existen medios explícitamente médicos para tratar los diversos

---

<sup>12</sup> Pág. 9

trastornos que suelen presentarse con mayor frecuencia, siendo que efectivamente existen medicamentos para el control y disminución de la ansiedad, depresión y estrés. No obstante, se destaca la diferenciación con las múltiples opciones existentes para el alivio de la ansiedad.

### **2.6.1 Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC)**

El Tratamiento Cognitivo-Conductual o los programas conductuales son los únicos entre los tratamientos psicosociales cuya efectividad ha sido demostrada en individuos con algún trastorno de ansiedad, incluso igual o mayor a la mostrada por los tratamientos farmacológicos a largo plazo, según estudios. Estos incluyen (como su nombre lo indica) componentes conductuales que ayudan a la persona a reducir los patrones conductuales que provocan y empeoran los síntomas y a incrementar aquellos que los reducen o hacen desaparecer. Del mismo modo, los programas cognitivo-conductuales incluyen patrones que ayudan al individuo a identificar y corregir aquellas creencias y pensamientos que empeoran los síntomas. Los programas de TCC requieren aproximadamente de 8 a 20 sesiones semanales con un experto.

García y Díaz del Campo (2008) afirman que con el tratamiento psicológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada se busca dotar al paciente con recursos que pueda poner en marcha para aprender a controlarse en cuanto detecte un aumento de los síntomas de ansiedad. Además, indica que las ventajas de esta modalidad tienden a mantenerse de 6 meses a dos años posteriores al tratamiento.

Brown, O’Learly y Barlow (2001, en Bados, 2005) sugieren comenzar el tratamiento con entrenamiento en relajación progresiva de Bernstein y Borkovek (1973/1983), mediante el cual se le explica al usuario que el fin de la relajación es reducir los síntomas fisiológicos provocados por la ansiedad, para reducir así las preocupaciones. Se comienza con 16 grupos musculares con entrenamiento en discriminación, el cual consiste en enseñar a discriminar las sensaciones de tensión y relajación en cada grupo muscular, con el objetivo de que el usuario sea capaz de detectar las fuentes y signos tempranos de tensión muscular para poder

aplicar estas técnicas. Posteriormente se emplean técnicas de respiración lenta, regular y diafragmática. Después de dominar estas técnicas (generalmente sucede después de dos semanas), el número de grupos musculares se reduce a 8 y luego a 4.

Los autores afirman que este tipo de entrenamiento puede inducir ansiedad debido a una especial susceptibilidad a ciertas reacciones, por lo que el terapeuta debe informar al usuario que se trata de una reacción temporal y que irá reduciéndose mediante la práctica repetida de la relajación.

Otro de los componentes de este tipo de tratamiento es la Psicoeducación, la cual consiste en que el usuario, junto con un profesional, realice una jerarquización de aquellas situaciones y/o estímulos asociados con el trastorno a tratar. Para facilitar esta tarea se propone el uso de metáforas, por ejemplo el de la escalera, en la que el primer escalón representa la situación identificada como la menos importante y la cima la más trascendente, la que provoca más ansiedad. También se considera la información obtenida mediante pruebas psicométricas. Una vez obtenida la información y establecida la jerarquía se procede a educar al usuario sobre la ansiedad, es decir, que el paciente entienda lo que es la ansiedad (o el problema a tratar). Otro objetivo es que el paciente reconozca que ciertos pensamientos son los que provocan ciertas emociones que trata de evitar, y que identifique esos pensamientos automáticos negativos asociados con las emociones disfuncionales y, posteriormente, que distinga entre pensamientos (lo que se piensa), emociones (lo que se siente) y conductas (lo que se hace) para después comprender la conexión entre estos (Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil, 2010).

De igual modo, el paciente debe identificar aquellos pensamientos negativos y/o absurdos, es decir, aquellos pensamientos que producen las emociones molestas que experimenta, comprendiendo la conexión entre los mismos, eso bajo el entendido de que algunos pensamientos son automáticos, y que estos podrían generar emociones positivas o no deseadas, por lo que también debe saber realizar tal distinción. Al hacerlo, el paciente podrá comprender que

tiene el control de los pensamientos y puede inducir o suprimir las emociones que estos provocan (op. cit.).

Otro de los hitos de la TCC es la Reestructuración cognitiva. Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil (ib. Ídem) señalan que el modo de percepción o evaluación de una situación determina en cierta medida las emociones y conductas, mismas que afectan la percepción de nuevas situaciones. Por tales razones, parte del tratamiento se dirige a instruir al usuario sobre el triángulo pensamientos-emociones-conducta, así como modificar patrones de pensamiento con el fin de que afronte situaciones desafiantes futuras de manera más funcional.

Ésta etapa del tratamiento se aplica a cada pensamiento automático relativo a las situaciones o estímulos que el usuario jerarquiza, comenzando con aquellos que producen más ansiedad. Uno de los métodos más efectivos es el de “Someter a prueba la evidencia”, para ello, la mejor manera de averiguar si un pensamiento es real o no es examinando lo “real” o lo “evidente”. El terapeuta apoya al paciente a evaluar cada pensamiento en términos de la evidencia que apoye o no un pensamiento dado. Si el usuario aprende que los miedos equívocos e irracionales no son compatibles con lo real o evidente podría ayudar a reducir los síntomas de ansiedad y problemas asociados con la misma, e incluso en ocasiones podría volverse más positivo, saludable y empoderado para enfrentar su condición. Es por ello que analizar lo real de lo que no lo es y afrontar los patrones de los pensamientos negativos son componentes fundamentales también para los programas de autoayuda (explicados más adelante) para los trastornos de ansiedad (Newth, 2003; Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil, ídem).

Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil (2010) señalan que en este punto conviene valorar si el usuario ha logrado regular sus emociones a través del método mencionado, evaluando la racionalidad de las apreciaciones que el paciente tenga de sí mismo y de su entorno. De no haber logrado establecer una regularización emocional debe realizarse una vez más la reestructuración cognitiva intentando recursos mediáticos distintos. En cambio, si se valora que el

paciente ha logrado obtener estabilidad y manejo de sus emociones, se procede al siguiente paso, el cual consiste en la Exposición.

También indican que la Exposición emplea los principios de la desensibilización sistemática, en la que la exposición continua y gradual a un estímulo aversivo (mientras se anticipan las conductas de evitación y escape) reduce la ansiedad. Se emplea la exposición imaginaria y presencial, comenzando con aquellas situaciones o estímulos que producen menos ansiedad. Todo el procedimiento se realiza en un lugar que resulte seguro para el paciente. Del mismo modo, señalan que es trascendental explicar al paciente el por qué es importante exponerse a aquellos estímulos o situaciones que suele evitar, haciéndole saber que ese método ayudará a reducir su ansiedad.

Al emplearse la exposición imaginaria deben retomarse los principios de la psicoeducación, recordándole que muchos de los estímulos o situaciones aversivas son incompatibles con lo real, y que en la modalidad a realizarse no hay peligro real. Al llevarse a cabo, el terapeuta debe mantener al usuario en una zona estable, cuidando que la aproximación imaginaria sea gradual y no demasiado intensa para incomodar o desestabilizar al paciente. Para ello, se le solicita que brinde una señal al terapeuta en caso que se presenten tales situaciones, con lo que tendrá que reducirse la intensidad de lo que se induce en la imaginación del paciente, haciéndole saber que tiene el dominio de lo que sucede. No obstante, el terapeuta debe mantenerse atento ante posibles señales de disociación y mantener al paciente en la misma línea de trabajo. Se sostiene también que no debe concluirse la exposición de manera prematura ya que esto podría reforzar las conductas de evitación y escape, por lo que se recomienda brindar tiempo al usuario para asimilar lo sucedido en la sesión y obtener retroalimentación por parte del mismo, alargando ésta aproximadamente 30 minutos más. En sesiones posteriores, debe modificarse en base a lo mencionado por el paciente, continuando la exposición imaginaria hasta reducir los síntomas de ansiedad de manera significativa (op. cit).

Una vez realizada exitosamente la exposición imaginaria se procede a la exposición presencial (o en vivo) que, a diferencia de la anterior, ésta implica que el paciente realice actividades de interacción con la situación o estímulo que provoca la ansiedad, lo que conduce al paciente a la conducta manifiesta. No obstante, debido a que la exposición dependerá del tipo de trastorno, pocas veces puede realizarse esta actividad dentro del consultorio ya que no puede llevarse el estímulo o situación aversiva al mismo, pero es a través de las tareas sugeridas por el terapeuta que el paciente se expone a ciertas situaciones (de manera gradual), procurando un proceso que no resulte tan incómodo y que por lo tanto pueda funcionar exitosamente (ib. ídem).

Dugas y Ladouceur (1997, en Bados, 2005) afirman que la exposición a la preocupación sólo debería aplicarse a las preocupaciones relativas a acontecimientos inmodificables o improbables, mientras que para el resto aconsejan un tipo de entrenamiento a resolución de problemas. Además, sostienen que mientras ocurre el ejercicio de exposición, no debe involucrarse el entrenamiento a relajación ni reestructuración cognitiva, ya que podría reducir los efectos de la exposición al neutralizar la imagen que causa ansiedad.

Posteriormente Brown, O’Learly y Barlow (2001, en Bados, 2005) sugieren emplear la prevención en conductas de preocupación, mismas que se entienden por hacer o no hacer (evitación activa y pasiva, respectivamente) ciertas actividades con el fin de reducir o prevenir la ansiedad y los supuestos peligros anticipados (llamar a los seres queridos para verificar su bienestar, llegar con demasiada anticipación a citas, verificar constantemente un trabajo para asegurar que está bien hecho, etc.). Sin embargo, sólo contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza. Por esa razón, deben prevenirse las conductas de evitación activa y a su vez alentar las actividades que el usuario debe hacer. Del mismo modo que la exposición, las aproximaciones de la prevención de conductas de preocupación debe realizarse de manera gradual.

La prevención no tiene que ser total, ya que en algunas situaciones debe permitirse una conducta de preocupación, pero sólo en cierto grado.

Se retoma la lista jerarquizada de preocupaciones, en la cual ahora tendrá que registrar la frecuencia con la que sucede cada una de la lista a lo largo de la semana, y terapeuta y paciente anotarán la predicción respecto a las consecuencias que tendrá esta tarea.

Se comienza con el nivel más bajo de jerarquía y se le indica al usuario que no realice la conducta de preocupación, o bien, que realice la conducta evitada. Posteriormente se comparan los resultados habidos con las predicciones previas con el fin de constatar que las conductas de preocupación no se correlacionan con una menor ocurrencia de eventos negativos futuros. Las sesiones con esta técnica continúan gradualmente con preocupaciones de mayor jerarquía. Al concluir con el mayor número de preocupaciones posibles se procede con el paso siguiente.

La técnica de resolución de problemas facilita la identificación de soluciones para problemas existentes y favorece al usuario en medida que piensen de forma diferente sobre situaciones complicadas de su vida en lugar de preocuparse por las mismas, promoviendo la adopción de situaciones más realistas y menos catastróficas. Se le explica al usuario que existen dos dificultades frecuentes a la hora de intentar solucionar un problema:

- 1) ver el problema en términos generales y
- 2) no generar posibles soluciones

Para abordar la primera se enseña al usuario a definir los problemas en términos específicos y a descomponerlos en partes más manejables a través de la reestructuración cognitiva, para la segunda dificultad se sugiere el uso de “lluvia de ideas”, que consiste en incitar al usuario a proporcionar posibles soluciones a un problema determinado, mismas que son evaluadas en conjunto con el fin de seleccionar y poner en práctica aquella que es considerada la más apropiada (op. cit).

Cuando ya no sea necesario más entrenamiento y el paciente pueda adaptarse a sus actividades cotidianas sin presentar ansiedad se procede a la inoculación ante el fracaso y prevención de recaídas (Hernández, Benjet, Andar,

Bermúdez y Gil, 2010). Este paso consiste en advertir al usuario que podría volver a experimentar ansiedad que ya ha vencido bajo ciertas circunstancias, pero que no significa que todo se ha perdido. Para ello, se repasa la reestructuración cognitiva y de exposición, consiguiendo que la inoculación ante el fracaso ayude a prevenir las recaídas ya que el usuario reconoce las señales (o focos rojos) de lo que le produce ansiedad, así como las distintas técnicas que le han sido brindadas por el terapeuta.

Finalmente, Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil (op. cit) sugieren citar al paciente en sesiones posteriores de evaluación y seguimiento de 3 a 6 meses después para verificar si ha habido recaídas.

Newth (2003) indica algunas precauciones a considerar acerca del TCC:

- Que los beneficios de los programas pueden tomar tiempo para poder observar resultados
- Que puede existir la sensación de empeorar lo síntomas antes que estos mejoren, ya que aprender a manejar un problema de salud mental requiere esfuerzo y puede generar un poco de malestar que es normal y esperado.
- Que requiere de esfuerzos y prácticas constantes para la obtención de las habilidades buscadas
- Que en ocasiones es importante abordar el tratamiento de algún otro problema de salud mental que se adhiere al trastorno de ansiedad antes de este (depresión, abuso de sustancias, estrés, etc.) para que ambos o todos los problemas puedan ser tratados con éxito.
- Que algunos individuos requieren de coadyuvar el TCC con algún tratamiento farmacológico para poder obtener beneficios
- Que algunos individuos necesitarán reducir la dosis de su tratamiento farmacológico para poder observar resultados del TCC

### **2.6.2 Tratamiento Médico**

García y Díaz del Campo (2008) consideran que debe valorarse la cronicidad del TAG para poder considerar el tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico para atender los trastornos mentales tienen impacto

sobre los síntomas a nivel bioquímico y son varios los medicamentos que podrían ser compatibles hacia un determinado trastorno para aliviar los síntomas mediante la influencia en los neurotransmisores (Newth, 2003).

Estos autores coinciden e indican que los medicamentos más comúnmente empleados para tratar los trastornos de ansiedad son los siguientes:

- Inhibición de la Recaptación de Serotonina (SSRIs)

Estos medicamentos fueron usados por primera vez como antidepresivos, pero también resultan efectivos al tratar trastornos de ansiedad. Sus efectos benéficos suelen observarse hasta después de algunas semanas. Sin embargo, algunos de sus efectos secundarios resultan ser parecidos a algunos de los síntomas típicos de la ansiedad, como boca seca, alteración gastrointestinal y dolor de cabeza, además de somnolencia, estreñimiento y disfunción sexual, incluso en algunas personas puede incrementar la ansiedad al comenzar el tratamiento.

Los fármacos son comúnmente conocidos como paroxetina (Paxil), fluvoxamina (Luvox), sertralina (Zoloft), fluoxetina (Prozac) y citalopram (Celexa).

- Antidepresivos tricíclicos (TCAs)

Del mismo modo al anterior, y como su nombre brinda la obvia, se emplea también para tratar la depresión y también resultan efectivos para el tratamiento de la ansiedad. También comparte algunos efectos secundarios, además de causar baja presión sanguínea. Algunos ejemplos son la amitriptilina (Elavil), imipramina (Tofranil) y la clomipramina (Anafranil).

- Benzodiazepinas

Estos medicamentos actúan más rápidamente, pero no se recomiendan para tratamientos de la ansiedad a largo plazo ya que podrían resultar ser adictivos, además de perder sus efectos después de un tiempo. Sus efectos secundarios incluyen somnolencia, fatiga, inestabilidad, mareo y problemas de memoria. Los adultos mayores podrían evitar tomar este tipo de medicamento en

medida de lo posible. Algunos ejemplos son el clonazepam (Rivotril), Diezepam (Valium), alprazolam (Xanax), Lorazepam (Ativan).

- Bloqueadores Beta

Su principal característica es la reducción de problemas físicos causados por la ansiedad, actúa reduciendo la presión arterial y el ritmo cardiaco. Algunos ejemplos son el propanolol (Inderal), nadolol (Corgard) y atenolol (Tenormin).

- Inhibidores de Monoaminoxidasa

Éstas requieren de estrictas restricciones dietéticas (no ingerir vino, quesos, o cualquier alimento con tiramina), además no puede combinarse con una gran variedad de medicamentos. Algunos ejemplos son la fenelzina (Nardil) y tranilcipromina (Parnate).

Newth (op. cit.) destaca la importancia de recibir el tratamiento farmacológico únicamente si éste es recetado por fisiólogos o psiquiatras, y que por supuesto implica un costo inherente involucrado en los medicamentos y consultas, pero que éste es “menor” a los beneficios y satisfacción que estos producen. Del mismo modo, existen algunas precauciones a considerar antes de comenzar un tratamiento médico, tales como:

- Que algunos medicamentos actúan más lentamente que otros, y que los efectos de algunos de estos pueden observarse hasta semanas después.
- Que algunas personas son más propensas a experimentar efectos secundarios al iniciar un tratamiento contra la ansiedad, por lo que se recomienda una revisión de estos posibles efectos junto con un profesional.
- Que algunas personas son vulnerables a no tolerar los efectos secundarios no deseados.
- Que algunas personas suelen probar una variedad de medicamentos antes de encontrar el adecuado para ellos.
- Que algunos síntomas de trastorno de ansiedad a veces regresan al dejar de tomar el tratamiento.

- Que existen algunos factores de complicación por las que algunas personas no pueden tomar el tratamiento (embarazo, edad avanzada, creencias propias, etc).
- Que algunos medicamentos causan adicción y/o síndrome de abstinencia.
- Y la más importante, nunca dejar el medicamento prescrito sin consultar al profesional. Las dosis deben ser reducidas gradualmente para evitar un rápido retorno de los síntomas o causar efectos secundarios no sedeados.

Una problemática constante son las combinaciones de síntomas de ansiedad, depresiones menores, cuadros somáticos en el contexto de dificultades psicosociales, entre otros; el 70% de las bajas laborales de larga duración son debidas a trastornos mentales, a lo que se añade el sentimiento de insatisfacción organizada que impulsa a un consumo no saciable y el miedo continuo (al fracaso, a la ganancia de peso, a la vejez, al afuera, al adentro) (Desviat, 2009, en Retaloza, op. cit.). Por ello, se destaca también la importancia del tratamiento de la ansiedad como método preventivo a la posibilidad de una combinación como la ya mencionada, evitando de este modo una consecuencia más grave de un trastorno de ansiedad generalizada.

### **2.6.3 Tratamientos alternativos o complementarios**

Según reportes, algunos de los individuos que padecen ansiedad conllevan un tratamiento alternativo aunado al profesional a manera de complemento. Del mismo modo, también se emplea este tipo de tratamiento al no observar resultados positivos del TCC o del tratamiento farmacológico.

Los más comunes, según Newth (2003) son los siguientes:

- Técnicas de relajación
- Grupos de autoayuda
- Movimiento de Desensibilización Ocular y Reprocesamiento
- Hipnosis
- Biofeedback
- Ejercicio
- Tratamiento herbal

- Yoga
- Cambio de dieta
- Aromaterapia
- Reír
- Etc.

Sin embargo, todas las anteriores no poseen un estándar de efectividad y han sido poco investigados a pesar de que algunos son usados de mucho tiempo atrás por una gran variedad de culturas. Debido a ello, no puede recomendarse este tipo de tratamiento con la seguridad de que sea efectivo.

La elección del tipo de tratamiento será exclusivamente del usuario después de examinar los pros y contras de cada uno, y tras el éxito o fracaso que estos tengan ante el trastorno de ansiedad. Sin embargo se recomienda intentar con un tratamiento alternativo sólo si el TCC o el tratamiento médico fracasan.

Aquellos tratamientos alternativos que han sido investigados en cierta medida son los herbales, grupos de autoayuda, relajación, meditación y yoga (aunque siguen careciendo de validez).

- Herbales

Newth (op. cit.) afirma que uno de los remedios herbales más comúnmente usados es el Kava. Algunos estudios han demostrado la reducción de los síntomas de la ansiedad a través de su consumo a corto plazo (1 a 24 semanas). Sin embargo, se le asocia con un gran número de efectos secundarios negativos (problemas de piel o pérdida de cabello), además de que puede existir cruza con otros medicamentos y alcohol. Del mismo modo, se le relaciona con toxicidad hepática, misma que puede conducir a la muerte.

Ningún otro tratamiento herbal ha sido suficientemente estudiado para comprobar su eficacia y al menos que alguna futura evidencia sugiera lo contrario no existen remedios naturales que puedan ser recomendados para el tratamiento de trastornos de ansiedad bajo evidencia (ib. ídem).

Algunas recomendaciones al consumir un medicamento herbal o con base en hierbas son informar al médico y farmacéutico sobre el consumo de los mismos, ya que muchos de estos medicamentos pueden causar efectos negativos y cruzar sus efectos con otras sustancia como las ya mencionadas. Además, la cantidad y cualidad de los ingredientes activos de las terapias herbales pueden variar según la marca o modo de preparación.

- Movimiento de Desensibilización Ocular y Reprocesamiento

Esta es una modalidad de terapia relativamente nueva que integra elementos de una variedad de psicoterapias (Piscodinámica, TCC, interpersonal, etc.) cuya finalidad es cambiar rápidamente los patrones de pensamiento poco saludables y reducir los temores excesivos. Normalmente incluye movimientos oculares rápidos, alternando palmadas o diferentes tipos de sonidos para promover más rapidez y procesamiento saludable de la información que ayuda a mantener el trastorno de ansiedad. Ha mostrado ser tan efectivo con el TCC, pero únicamente bajo el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (su efectividad no ha sido mostrada en el TAG ni ningún otro, e incluso resulta ineficaz en el tratamiento de fobias).

- Ejercicio

Este resulta efectivo en cuanto a tratamiento y prevención, ya que según Newth (2003) estudios demuestran que el ejercicio físico y altos niveles de condición física se encuentran asociados con bajos niveles de síntomas de ansiedad, y también parece resultar en bajos niveles de depresión y ayuda a proteger de los efectos negativos del estrés. Sin embargo, no existe evidencia científica bajo evidencia de su efectividad ante los trastornos de ansiedad, ya que es poco probable que únicamente el ejercicio sea suficiente para su afrontamiento. No obstante, el ejercicio practicado de manera regular podría ser una manera efectiva de conducta de autocuidado para un individuo con TAG u algún otro aún si sólo alivia uno de los síntomas.

- Relajación, biofeedback, control de respiración, meditación y yoga

Éstas y otras técnicas de autorregulación tienen un impacto positivo en gran cantidad de síntomas físicos, pero no han sido ampliamente investigados como tratamientos autónomos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, es decir, que la realización única de estas técnicas no tiene probabilidad de funcionar por sí solas. No obstante, estas técnicas suelen incluirse con frecuencia en los TCC. Son efectivas de emplearse de manera correcta (op. cit.) y son ampliamente aceptados por la comunidad de psicoterapeutas al considerarlas como parte integrante de otras técnicas (Coffin y Salinas, s/a; en Valladares y Rentería, 2013).

Según Journe (1988, op. cit.) las técnicas de relajación tienen su origen formal en occidente, a principios del siglo pasado a través de la relajación progresiva de Jacobson de 1929 y la relajación autógena de Schultz de 1932, así como técnicas basadas en el biofeedback de los 60's y 70's. Se considera a la relajación como un proceso psicofisiológico interactivo, ya que tanto conducta y lo fisiológico interactúan en el proceso de igual modo como causa y efecto.

Coffin y Salinas (s/a; ib. ídem) señalan que la finalidad de este entrenamiento consiste en lograr obtener una respuesta cercana a la relajación contraria a la tensión, pero no resulta efectivo en problemas orgánicos que ya están presentes (úlceras, hipertensión, etc.). Es decir, los efectos de este entrenamiento se observan únicamente al aminorar los síntomas físicos de la ansiedad y el estrés, además de lograr un estado de ligereza, control corporal y de la situación, funcionando como punto de apoyo desde el cual puede adquirirse una perspectiva distinta de los estímulos estresantes o ansiolíticos, esto bajo el entendido que ninguno de estos estados son estables, sino que consisten en estados constantemente cambiantes en los cuales es complicado identificar los pensamientos irracionales.

Indican también que la relajación puede influir en otros dos niveles, el motor y el cognitivo, que podrían funcionar de manera más adaptativa a las demandas de los individuos y del medio. Respecto al cognitivo, destacan la importancia de conocer la dimensión psicológica en los estados de relajación y tensión en cuanto a la apreciación de un estado, ya sea de intranquilidad o pensamientos molestos

(tensión) o bien, apreciaciones de tranquilidad alivio (relajación). Afín a esto, existe la inherente referencia al “estado de conciencia” y a la presencia o ausencia de algún otro tipo de pensamiento. Wolpe (1958, ídem) señala que, además de los estímulos nocivos que producen ansiedad (aparte de los síntomas físicos), se consideran aquellos que son evocados en el pensamiento y los del propio cuerpo. Coffin y Salinas (s/a; en Valladares y Rentería, 2013) apuntan que autores como Ellis (1962, 1967) Beck (1984) y Strongman (1987) indican que los pensamientos negativos generan emociones equivalentes que conllevan a la relación de ansiedad, que a su vez produce tensión.

Atañendo a la relajación autógena de Schultz (1959, citado en Coffin y Salinas, s/a; en Valladares y Rentería, 2013), el mecanismo podría estar relacionado a la representación cognitiva de las consecuencias motoras de la respuesta que provoca las exteriorizaciones somáticas y viscerales correspondientes.

Marlett y Donovan (2005; op. cit.) consideran que esta forma de relajación, junto con la meditación, puede servir como estrategia de afrontamiento y regulación de estados afectivos negativos. Del mismo modo, aseguran que la práctica regular de estas técnicas podrían llevar a sentimientos subjetivos, similares a los causados por drogas psicoactivas.

Marlett y Kristeller (1999; ib. ídem) afirman que la meditación, al igual que la relajación, llega a servir como una alternativa efectiva para mantener en el paciente la continuación del tratamiento para problemas conductuales.

Existe una modalidad que involucra la meditación, relajación y control de atención, llamada Entrenamiento en la plenitud de la mente cuya popularidad como tratamiento ha crecido, además de funcionar como componente del TCC ante el tratamiento de estrés, depresión y ansiedad (ídem).

Coffin y Salinas (s/a; en Valladares y Rentería, 2013) afirman que el principal mecanismo de las técnicas basadas en la respiración se fundamentan en las interacciones cardiorespiratorias del control vagal (aquellos relacionados con los órganos de respiración y cardiovascular), en los cuales el entrenamiento de

patrones respiratorios representado por tasas respiratorias bajas y predominantemente abdominales (diafragmáticas), aunado a amplitudes altas, incrementa el control sobre el funcionamiento cardiovascular a través de la arritmia del seno respiratorio, que son cambios en el ritmo cardiaco asociados a las fases inspiratoria y espiratoria de cada ciclo respiratorio.

Wolpe (2000; op. cit.) considera que la respuesta ya emitida o evocada de relajación puede condicionarse a estímulos neutros del ambiente o a ser contracondicionado a estímulos evocadores de ansiedad.

Se citan a continuación algunas recomendaciones que el profesional puede proporcionar al usuario a emplear en la práctica clínica, sustentadas por Goldfried y Davidson (1976; ib. ídem):

- Comunicar al paciente que está aprendiendo una nueva habilidad del mismo modo que podría aprender a conducir o practicar algún deporte; que ha aprendido a estar ansioso y que ahora podrá aprender a relajarse aunque requerirá de tiempo.
- Comunicar que podrá tener sensaciones “extrañas”, tales como hormigueo o sensación de flotar, las cuales son indicadores positivos de relajación.
- Recomendar que “deje que las cosas ocurran” y que “se deje llevar por el proceso”.
- Hacerle saber que no debe tener miedo de perder el control, pues es libre de dejarlo en cualquier momento. Es responsable de la situación. Comprobar su miedo periódicamente. Emplear analogías con la finalidad de “soltar los músculos”.
- Aprender a relajarse no es un examen; no deben existir marchas forzadas ya que requiere de tiempo.
- Es libre de moverse en la silla a modo que encuentre una posición cómoda, pero no debe realizar movimientos bruscos o innecesarios, ni comunicarse con el terapeuta si no es preciso.
- Puede mantener los ojos abiertos al inicio si esto promueve la comodidad, aunque posteriormente deberá intentarlo con los ojos cerrados.

- Y que podría hacerse más sensible a las sensaciones asociadas al inicio de la ansiedad y tensión, ya que éstas pueden emplearse como pautas para interceptar el inicio de las mismas en el futuro.

Golfried y Davidson (1976; ídem) señalan algunas contraindicaciones respecto a la relajación, cuyos casos más frecuentes son al presentar historia de malos recuerdos de la infancia, enfermedades físicas graves, heridas o tensiones musculares, operaciones recientes, sofocaciones anteriores, amenaza de ahogamiento anterior, desmayos, ataques epilépticos, uso de fármacos psicodélicos importantes, diabetes, narcolepsia, estados histéricos o de disociación, formación religiosa particularmente estricta, haber presenciado accidentes estresantes y trastornos emocionales.

Respecto a la meditación, se presume que el alivio del estrés y la ansiedad se encuentra ligada a tiempos remotos, por lo que desde entonces existe interés en el alivio o reducción del padecimiento. Esta técnica también se encuentra relacionada con diversas creencias y religiones, cuyo propósito al practicarla sería hallar un estado de iluminación, o incluso hasta encontrar al Nirvana. En cambio, no resulta fundamental integrarse a ninguna práctica religiosa ni creencia en particular, ya que este medio se encuentra al alcance de todos y pueden realizarse a modo de regenerar el equilibrio personal, la salud y la armonía interior, todo ello producto de un estado de profunda relajación (Coffin y Salinas, s/a; en Valladares y Rentería, 2013).

La meditación, desde una perspectiva cognitivo-conductual, podría ser una técnica eficiente, un control de flujo de la actividad cognitivo-verbal producida por el estilo de razonamiento y la estimulación interna y externa, disminuyendo el nivel de activación del sistema nervioso vegetativo, y a su vez la relajación (op. cit).

- Grupos de autoayuda y autoayuda personal

Newth (2003) asegura que los grupos de autoayuda tienen larga historia y han jugado un rol importante en ayudar a las personas a afrontar sus problemas de salud mental, enfermedades mentales o problemas con abuso de sustancias. Éstas suelen hallar confort al saber que no están solos y reciben beneficios de

apoyo emocional y consejos prácticos que en estos grupos se proporcionan. No obstante, no todos estos grupos resultan ser buenos, ya que hay algunos en los que no apoyan a los individuos a empoderarse y salir de sus problemas, y más al contrario, contribuyen a mantener los patrones que sustentan el problema. Por ello se considera importante brindar la sensación de ser escuchado y comprendido por otros, además de proporcionar más que sólo el lugar en que los individuos expresan sus preocupaciones, de modo de proveer a sus miembros información confiable que promoverá un mejor entendimiento acerca de sus problemas de salud mental.

Sobre la autoayuda personal, el mismo autor sostiene que uno de los más importantes es la autoeducación y empoderarse a sí mismo, señalando que uno de los pasos más importantes en el manejo efectivo de los trastornos de ansiedad es aprender todo lo posible acerca del trastorno que se padece apoyándose con un profesional. Saber que existe un tratamiento eficaz podría incrementar el empoderamiento, ya que sabrá que existen alternativas.

En ocasiones, algunos programas de autoayuda involucran en ellos técnicas cognitivo-conductuales como los mencionados, a través de la asistencia a citas y práctica de técnicas de afrontamiento novedosas diariamente. Del mismo modo, en caso de existir prescripción médica, el hecho de continuarlo y tomarlo de manera responsable podría resultar un método de autoayuda, consultando al médico o psiquiatra regularmente y recibiendo retroalimentación. Otro método que podría resultar es el seguimiento de los síntomas, donde el empoderamiento podría ganarse mediante la familiarización con aquellos patrones específicos que disparan la ansiedad, a manera de desensibilización sistemática. Cuando el paciente reconoce estos y sus pensamientos, sensaciones y conductas acerca de los mismos ante un ataque de ansiedad excesivo podría aportar al profesional a decidir qué aspectos serán necesarios a incluir en el diseño del plan de autoayuda (op. cit.).

También existen técnicas para autorregular los síntomas corporales, como los ya mencionados (relajación muscular y respiración), pero para un programa de

autoayuda no es necesario esperar hasta que los síntomas más graves provocados por la ansiedad aparezcan para poder aprender a controlarlas, ya que puede manejarse aún con niveles de ansiedad bajos y, en medida en que el entrenamiento incrementa las habilidades para afrontar los niveles altos de ansiedad usando las mismas estrategias resultarán efectivas (ib. ídem).

Otro factor de autoayuda es el control de los pensamientos, ya que estos patrones, aunados a las creencias, tienen un alto impacto en los sentimientos, conductas y reacciones corporales. La mayoría de las personas tienen pensamientos similares a los de los pacientes con algún trastorno de ansiedad, pero la diferencia radica en que esta mayoría no presenta dificultades para cambiar y controlar esos pensamientos. Las personas con trastornos de ansiedad suelen sentir que sus pensamientos estallan en su mente a pesar que se niegan a pensar en ello, y en medida en que los pacientes con el trastorno de ansiedad piensan en que sus pensamientos son reales los síntomas se presentarán más fácilmente. Sin embargo, esto podría ser útil para averiguar cuál de esos patrones negativos son reales y cuales necesitarán ajustarse o modificarse, de modo de hacer saber al paciente sus preocupaciones constantes no son compatibles con la realidad, ayudando así a reducir los síntomas de ansiedad y sus consecuencias (ídem).

En ésta modalidad se incluir también la reestructuración cognitiva sometiendo a prueba la evidencia.

### **III. PROPUESTA DE PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN ANTE CASOS DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.**

Para la elaboración del presente se toma como base la propuesta de Saura y Saturno (1994) para la elaboración de protocolos, debido a que posee mayor flexibilidad para realizar dicha tarea, sin descuidar la estandarización y cronología que la misma requiere, además de que las puntuaciones son hitos fundamentales para el diseño del siguiente protocolo. Sin embargo, por cuestiones metódicas se tratará de una propuesta teórica, por lo cual su estructura sólo se presta a hasta una revisión externa, según el procedimiento sugerido por Ochoa (2002), omitiendo pasos como prueba piloto, difusión y plan de implementación, evaluación y actualización. Del mismo modo, se unificará la amnesis y semiología en la misma guía de entrevista con la finalidad de reducir y dinamizar el procedimiento.

Del mismo modo, cabe indicar que la modalidad de aplicación es individual, debido a la metodología del tratamiento.

Está basado en guías variadas con tipo de Evidencia A<sup>13</sup>, ya que la revisión de la evidencia da lugar a la comprobación de la eficacia y efectividad de los procedimientos aquí sugeridos.

Todo aquello correspondiente a la propuesta diseñada se encuentra limitada por cuadros (no son tablas), especialmente para la distinción del mismo con la descripción presentada en cada caso.

#### **1. Introducción**

El Trastorno de Ansiedad Generalizada

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es uno de los desórdenes más comunes cuya principal característica es la preocupación excesiva acerca de diferentes eventos asociados con un aumento en la tensión de quien lo padece (National Collaborating Centre for Mental Health, 2011). No se teme a nada en

---

<sup>13</sup> Evidencia basada en al menos un ensayo controlado y aleatorizado bien diseñado, en la población objeto de la recomendación y utilizando variables de medida clínicas y biológicas.

particular, pero se teme a todo a la vez, por lo que genera una gran facilidad para preocuparse y una gran dificultad para controlar las preocupaciones. Puede ocurrir de manera aislada, pero generalmente su aparición ocurre con otros trastornos depresivos o de ansiedad.

La ansiedad y las preocupaciones están asociadas con síntomas tales como inquietud o impaciencia, cansarse o fatigarse con facilidad, dificultades de concentración o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador). El Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales IV (DSM-IV) exige tres o más de estos seis síntomas (uno en niños) y que algunos de ellos hayan estado presentes habitualmente (más de la mitad de los días) durante los últimos 6 meses (APA, 1995; Bados, 2005).

Es importante informar que no debe confundirse un estado de ansiedad normal con el TAG, ya que su diferencia radica en que en los episodios de ansiedad normal la fuente de preocupación es específica y los síntomas, aunque son similares, sólo se presentan durante el transcurso del mismo.

Según el DSM IV (APA, 1995), la ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de la especie humana. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica. En el TAG, la ansiedad es de tal intensidad que interfiere con el funcionamiento psicosocial del individuo.

En resumen, la diferencia esencial radica en la especificación y durabilidad de la manifestación de ansiedad, siendo que en el TAG la preocupación suele ser irracional y más durable, más frecuente y más intenso, desproporcionados con respecto a la probabilidad o impacto real del evento o situación temida, además de que el foco de preocupación en las personas con TAG cambia frecuentemente (Bados, 2005; Resnik y Cascardo, 2001).

Douglas y Ladoceur (1997, en Bados, 2005) definen la preocupación como

una cadena de pensamientos e imágenes (especialmente los primeros) cargada con afecto negativo, relativamente incontrolable y que está orientada hacia un peligro futuro que es percibido como incontrolable; o en otras palabras, pensamientos continuos sobre un peligro futuro que se experimentan como aversivos y relativamente incontrolables. Esta orientación hacia el futuro está clara incluso cuando parece que la preocupación se refiere a algo pasado; la persona que se preocupa por algo que dijo en una reunión, está realmente preocupada por las consecuencias que podría tener eso que dijo. La preocupación se describe bien con la frase: “¿Qué pasaría si...?”. Las personas con TAG se preocupan por cosas improbables que sucedan o que si ocurren son mucho más manejables y menos dramáticas de lo que aquellas piensan. Los pacientes con TAG presentan preocupaciones relativamente constantes y, por lo general, únicamente suelen ser capaces de dejar de lado un tema de preocupación ante la aparición de un nuevo tema de preocupación.

El DSM-IV (APA, 1995) asegura que para diagnosticar el trastorno, éste no ha de ser debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, fármaco) o enfermedad ni ocurrir exclusivamente durante un trastorno afectivo, un trastorno por estrés pos-traumático, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

La mayoría de los pacientes con TAG dicen haber sido ansiosos o nerviosos “toda la vida”. La mitad de los pacientes con TAG informan que su trastorno comenzó en la infancia y adolescencia, aunque un inicio después de los 20 años no es raro.

Craske, Rapee y Barlow (1992), señalan que, en comparación a otros pacientes con trastornos de ansiedad, es menos frecuente que los pacientes con TAG busquen tratamiento, quizá porque este trastorno causa una menor perturbación o porque las personas lo acepten como una forma de ser. Tampoco es frecuente ver pacientes con TAG en las consultas psicológicas, probablemente porque son tratados por médicos generales que prescriben ansiolíticos.

De la Fuente y Heinze (2011) indican que la prevalencia del TAG en

México a lo largo de la vida es de 1.2%, afecta al 1.6% de mujeres y 0.7% de hombres. En la totalidad de los casos el 46.9% es de intensidad moderada, severa en un 34.5% y leve en 18.6%. A los 27 años de edad la mitad de quienes lo padecen ya han padecido los síntomas del TAG. Incluso, este trastorno persiste por más de cinco años en el 40% de los pacientes.

Dada tal problemática, se presenta el siguiente protocolo de intervención ante el Trastorno de Ansiedad Generalizada, cuyos objetivos se centran en un diagnóstico, tratamiento, recuperación y prevención exitosos mediante procedimientos y técnicas cuya eficacia ya ha sido comprobada en estudios anteriores.

Se recomienda emplear el siguiente guión de entrevista con finalidad exploratoria, el cual puede adaptarse, ampliarse y modificarse a criterio del profesional. Se retoman las puntuaciones típicas de una entrevista psicológica clínica y las sugeridas en la Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV de Brown, Di Nardo y Barlow (1994, en Bados, 2005), una por sesión.

## **2. Entrevista**

### **2.1 Sesión 1: Entrevista/Exploración (aproximadamente 2 horas)**

1. Recepción, saludo y establecimiento de rapport (3 minutos)
2. Datos básicos y variables demográficas (2-4 minutos)
  - Nombre, edad, género, ocupación, nivel escolar, estado civil y número telefónico.
  - Psicograma (personas con quienes vive)
    - Nombre propio
    - Parentesco
    - Edad
    - Ocupación
    - Escolaridad

- Relación (describir de manera breve)

### 3. Motivo de remisión (3 minutos)

- ¿Qué lo motivó a solicitar el servicio?

### 4. Semiología (síntomas y/o preocupaciones) (20-30 minutos)

- Inicio (desde cuándo), intensidad, duración, frecuencia, asociación con acontecimientos y/o situaciones.

- ¿Se preocupa con facilidad?
- ¿Qué cosas le preocupan? ¿qué cree que puede suceder respecto a...? (mencionar cada área de preocupación admitida por el usuario) (identificar lo que el usuario teme que ocurra)
- ¿Qué porcentaje del día se encuentra preocupado?, en los últimos 6 meses ¿Qué porcentaje de días se encuentra excesivamente preocupado o ansioso? ¿Sus preocupaciones son excesivas, duraderas y extremas? ¿Cuáles?
- Cuando las cosas van bien ¿Encuentra cosas que le preocupan y le ponen ansioso?
- ¿Se le dificulta dejar de preocuparse aún en situaciones en que requiera concentrarse o entretenerse? ¿Cuáles de sus preocupaciones resultan más difíciles de controlar?
- ¿Qué síntomas nota habitualmente en las épocas en que se encuentra agobiado por las preocupaciones? Durante los últimos 6 meses ¿Ha experimentado frecuentemente alguno de los siguientes síntomas al estar preocupado o ansioso? ¿Cuáles? (indicar con una X los síntomas que sí se presentan, dejar en blanco las que no)
  - Inquietud o impaciencia \_\_\_\_
  - Fácil cansancio o fatiga \_\_\_\_
  - Dificultad de concentración o quedarse en blanco \_\_\_\_
  - Irritabilidad \_\_\_\_
  - Tensión muscular \_\_\_\_
  - Perturbaciones de sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o descanso no reparador) \_\_\_\_

- ¿Hace algo para tranquilizarse o reducir la ansiedad? ¿Qué es lo que hace o deja de hacer? (mencionar cada preocupación identificada)
- ¿Qué pasaría si no hiciera eso? ¿En qué medida cree que pasaría lo que teme?
- ¿Sus preocupaciones cumplen alguna función útil? ¿Cuál(es)? ¿En qué medida su preocupación le lleva a encontrar una solución para tal problema? ¿Puede pasar algo malo si deja de preocuparse?
- ¿Sus preocupaciones tienen o podrían tener consecuencias negativas? ¿Cuáles?
- ¿Intenta distraerse o pensar en otras cosas al estar preocupado?
- Detalladamente, describa qué sucedió la última vez que tuvo una preocupación excesiva ¿Fue similar a otras veces? Si no ¿En qué fue diferente?

#### 5. Amnesia (antecedentes)

- Antecedentes médicos, cuadros somáticos, desde cuándo presenta síntomas, rutina diaria, conflictos pasados y actuales (familiares, laborales, académicos, sociales, etc.), intentos de solución y resultados de los mismos (cuáles) y número de remisiones anteriores (5-15 minutos)
- Exploración de etapas generales de vida (búsqueda de elementos relacionados con el TAG) (10-20 minutos)
  - Primera infancia (0-6 años)
  - Segunda infancia (6-12 años)
  - Adolescencia (12 años hasta independencia económica si la hay)
  - Adulthood joven (hasta 40 años)
  - Adulthood madura (40- 65 años)
  - Senectud (65 años en adelante)
- Significado de etapas especiales (10- 20 minutos)
  - Cambio de casa, escuela o trabajo, primera pareja estable, matrimonio, primer hijo, pérdidas y/o ganancias emocionales, eventos significativos, etc.
- Antecedentes familiares (en caso de conocerlas) (5 minutos)

## 6. Conclusiones y pronósticos

- Habilidades con las que cuenta el usuario que considere que podrían aportar a mejorar su estado
- Elementos de la vida diaria del usuario que han resultado o resultarían positivos para mejorar su salud mental
- Expectativas del servicio solicitado
- Establecer metas a corto y largo plazo con el usuario respecto al servicio

## 7. Cierre

- Retroalimentación y aclaraciones de dudas del usuario
- Despedida

### 3. Diagnóstico (Sesión 2)

#### 3.1 Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (Brown, DiNardo y Barlow, 1994)

##### I. Investigación inicial

1a. En los últimos seis meses ¿ha sentido ansiedad o preocupación continuamente sobre un número de eventos o actividades en su vida diaria?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

Si indica NO, pasar a 1b

¿Qué tipo de cosas le causan preocupación?

Pasar a 2a

1b. ¿Ha experimentado largos periodos de ansiedad o preocupación continuamente sobre un número de eventos o actividades en su vida diaria?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

Si indica NO, pasar a 3

¿Qué tipo de cosas le causan preocupación?

---



---

¿Cuándo ocurrió el más reciente?

---



---

2a. A partir de este periodo de tiempo actual/más reciente cuando usted ha estado constantemente preocupado/a por las diferentes áreas de su vida ¿ha habido otros periodos similares, pero separados de tiempo, en que se preocupaba continuamente por una serie de asuntos de su vida?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

Si indica NO, pasar a 3

2b. Desde este periodo actual/más reciente ¿ha habido un periodo de tiempo considerable en el que no haya tenido este tipo de preocupaciones?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

2c. ¿Cuándo ocurrieron esos periodos y de cuánto tiempo han ocurrido?

---



---

3. Ahora haré una serie de preguntas acerca de la preocupación sobre las siguientes áreas.

Si el paciente no reporta preocupaciones actuales o pasadas (NO en 1a y 1b) preguntar solamente sobre preocupaciones ACTUALES. Si reporta preocupación persistente actual y pasada (SI en 1a o 1b) preguntar en áreas de preocupaciones ACTUALES y PASADAS. Particularmente, si hay evidencia de que sí hay periodos similares y separados de tiempo, preguntar por la presencia de episodios distintos antes de la perturbación (por ejemplo “¿desde que las

preocupaciones comenzaron a haber períodos de tiempo en que deje de darles importancia?). Se utiliza el espacio debajo de cada área de preocupación en general para registrar el contenido específico de la preocupación del usuario (incluyendo información obtenida previamente en los ítems 1a y 1b). Cuestiones adicionales serán necesarias a menudo para determinar si las áreas de preocupación reportadas por los usuarios no están relacionadas con otros trastornos coexistentes. Si ésta determina que un área de preocupación puede pertenecer en su totalidad a otro trastorno se clasificará como "0". Se emplea la sección de comentarios para registrar la información clínicamente usable (datos pertinentes a la divergencia de episodios, coexistiendo desorden con cada área de preocupación con que se relaciona). Para cada área de preocupación hacer clasificaciones separadas de las excesividades (frecuencia e intensidad) e incontrolabilidad percibida, empleando las escalas y consultas sugeridas a continuación:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8

(Los números pares indican un término medio entre cada opción)

Excesos:

0-1: No preocupación/tensión

2-3: Raramente preocupado/ tensión leve

4-5: Ocasionalmente preocupado/ tensión moderada

6-7: Frecuentemente preocupado/ tensión severa

8: Constantemente preocupado/ tensión extrema

Control:

0-1: Nunca/sin dificultad

2-3: Raramente/ligeramente complicado

4-5: Ocasionalmente/moderadamente complicado

6-7: Frecuentemente/muy difícil

## 8: Constantemente/ excesivamente difícil

(Continuación)

Excesos:

Abordar en los espacios en blanco aquellas áreas de preocupación reconocidas por el usuario

¿Qué tan seguido te preocupas/preocupabas respecto a \_\_\_\_\_? ¿Si las cosas están/estaban bien seguías preocupándote respecto a \_\_\_\_\_?

¿Cuánta tensión y/o ansiedad provocaba tu preocupación sobre \_\_\_\_\_?

Control:

¿Encuentra/encontró difícil controlar sus preocupaciones respecto a \_\_\_\_\_ debido a que era difícil dejar de preocuparse sobre ello? ¿La preocupación es/era sobre \_\_\_\_\_ difícil de controlar ya que le vendrá/venía a la mente cuando está/estaba tratando de concentrarse en otra cosa?

Área de preocupación	Actual		Comentarios	Pasado	
	Exceso	Control		Exceso	Control
a. Cosas sin importancia (puntualidad, reparaciones menores, etc.)					
b. Trabajo/escuela					
c. Familia					

d. Finanzas					
e. Social/interpersonal					
f. Salud propia					
g. Salud de otras personas importantes					
h. Comunidad/ negocios globales					
i. Otros _____					
j. Otros _____					

Si no hay evidencia de preocupación excesiva o incontrolable, considerar Trastorno Obsesivo Compulsivo

II. Episodio actual

Si hay evidencia de un episodio pasado distinto, iniciar esta sección de la entrevista de la siguiente manera:

Ahora haré una serie de preguntas acerca de este periodo actual sobre las áreas de preocupación que iniciaron aproximadamente el (indicar mes o año) \_\_\_\_\_:

Lista de principales temas de preocupación:

- 
- 
1. Durante los últimos 6 meses ¿ha tenido molestias más días que en los que no, debido a esas preocupaciones?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

2. En un día promedio del último mes ¿qué porcentaje del día se sintió preocupado? \_\_\_\_\_%

3. Específicamente, ¿qué tipo de cosas le preocupan que podrían ocurrir con relación a \_\_\_\_\_? (preocupar por cada área de preocupación)

---



---



---



---

Para la siguiente sección, ocupar en los espacios cada uno de los síntomas presentados en la lista:

4. Durante los últimos 6 meses ¿ha experimentado a menudo \_\_\_\_\_ cuando se encuentra preocupado? ¿La/el \_\_\_\_\_ ha estado presente en la mayoría de los días durante los últimos 6 meses?

Emplear la siguiente escala:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8

Ninguna

Leve

Moderada

Severa

Muy severa

Síntoma	Severidad	Presente en la mayoría de los días	
		SI	NO
Sensación de excitación o nerviosismo			

Fácil fatiga			
Dificultad de concentración o quedarse en blanco			
Irritabilidad			
Tensión muscular			
Alteraciones de sueño (Dificultad para conciliar y/o mantener el sueño/ Falta de descanso o descanso no reparador)			

5. ¿De qué manera éstas preocupaciones y la tensión / ansiedad asociada con ellos interfirieron con su vida? (Rutina diaria, trabajo, actividades sociales, etc.) ¿qué tanto le molesta tener estas preocupaciones?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8

Ninguna

Leve

Moderada

Severa

Muy severa

Rango de interferencia: \_\_\_\_\_

Angustia: \_\_\_\_\_

6. Durante este período en curso entero de tiempo en el que ha estado teniendo estas preocupaciones y sentimientos permanentes de tensión / ansiedad, ¿ha estado tomando regularmente algún tipo de medicamento o drogas?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

Especificar tipo, cantidad y tiempo de consumo:

---

---

7. Durante este período actual del momento en que usted ha estado teniendo las preocupaciones y sentimientos permanentes de tensión / ansiedad, ¿ha tenido alguna condición física? (ej. Hipertiroidismo)

SI\_\_\_ NO\_\_\_

Especificar tipo, fecha de ocurrencia y de remisión:

---

---

8a. Para este período actual del tiempo, ¿cuándo éstas preocupaciones y síntomas de tensión/ansiedad se convirtieron en un problema? a) Al volverse persistentes, b) al encontrarse molesto por la preocupación o los síntomas y encontrarlos difícil de controlar, o c) al haber interferido con su vida de alguna manera (Si el paciente vaga en la fecha de aparición, intentar averiguar información más específica, por ejemplo, mediante la vinculación de la aparición de eventos de vida objetivas)

---

Fecha de comienzo: \_\_\_ (mes) del \_\_\_ (año)

8b. ¿Puede recordar cualquier cosa que haya podido dar lugar a este problema?

---

---

8c. ¿Estaba bajo los efectos de cualquier tipo de estrés durante este tiempo?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

¿Qué pasaba en su vida en aquél tiempo?

---

Ha experimentado dificultades o cambios respecto a:

- a. Familia/relaciones \_\_\_\_\_
- b. Trabajo/escuela \_\_\_\_\_
- c. Finanzas \_\_\_\_\_
- d. Asuntos legales \_\_\_\_\_
- e. Salud (propia y/o de otros) \_\_\_\_\_

9. Además de este periodo actual de preocupación y tensión/ansiedad, ¿ha habido otros períodos, separados de tiempo antes de esto cuando usted ha tenido los mismos problemas?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

En caso afirmativo, volver a preguntar 2b y 2c de la Investigación inicial (I).

Si indica NO, considerar el Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Del mismo modo, y para apoyar y refutar los datos obtenidos en la Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV, se sugiere proceder a la aplicación de la Escala de Ansiedad Hamilton, en la cual se puntúa del 0 al 4 cada ítem, valorando así la intensidad y la frecuencia de los estados de ansiedad. Del mismo modo, pueden obtenerse estados de ansiedad psíquica (1-6, 14) y ansiedad somática (7-13).

### 3.2 Escala de ansiedad Hamilton

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el usuario. Todos los ítems deben ser puntuados.

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave o incapacitante
1. <i>Estado de ánimo ansioso.</i> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión, irritabilidad.	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión.</i> Imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. <i>Temores.</i> A la oscuridad, a los animales, a los desconocidos, a quedarse sólo, a las multitudes, etc.	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio.</i> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio o cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. <i>Cognitivo.</i> Dificultad para					

concentrarse y/o mala memoria.	0	1	2	3	4
6. <i>Estado de ánimo deprimido.</i> Falta de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor repentinos durante el día.	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares).</i> Dolores, molestias, rigidez y/o contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales).</i> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad y/u hormigueo.	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares.</i> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares y/o sensación de desmayo.	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios.</i> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros o disnea.	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales.</i> Dificultad para tragar, gases,					

dispepsia (sensaciones o dolor antes y/o después de comer), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios.</i> Micción frecuente y/o urgente, amenorrea, menorragia, aparición de frigidez, eyaculación precoz, impotencia.	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas Autónomos.</i> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento en la entrevista.</i> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: contracción y actividad constante con las manos; inquietud: pasearse, temblor de manos o piernas, ceño fruncido, aumento de tono muscular, suspiros, palidez facial.  Tragar saliva frecuentemente, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria mayor a 20 resp/min., sacudidas de tendones, temblor, pupilas	0	1	2	3	4

dilatadas, sudor, tics en los ojos.					
Ansiedad psíquica					
Ansiedad somática					
Puntuación total					

Por evidencia, las puntuaciones más altas indican mayor frecuencia e intensidad del estado de ansiedad. Sin embargo, se recomienda fiarse más de los resultados obtenidos en la Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV, ya que éste, ni ningún otro instrumento o escala, está validado para diagnosticar plenamente el TAG. Sin embargo, su uso es válido como apoyo.

Antes de proceder al siguiente paso, el profesional debe valorar la información y las puntuaciones obtenidas en las entrevistas, además de estimar adecuadamente los criterios que el DSM-IV establece (preocupación excesiva sobre un número de acontecimientos, difícil de controlar y con una prevalencia de seis meses, la ansiedad y preocupación son exageradas en cuanto a probabilidad y efecto de los acontecimientos temidos y tres o más síntomas de una lista de seis: inquietud, cansancio, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteración del sueño).

El protocolo continúa con una serie de sesiones de tratamiento, el cual se basa principalmente en el Tratamiento de Brown, O’Learly y Barlow (2001, en Bados, 2005). No obstante, el profesional encargado del mismo deberá adecuarlo a las necesidades del usuario en el aspecto de si se encuentra o requiera de tratamiento médico o algún otro.

Este tratamiento se extiende de 12 a 15 sesiones semanales de una hora, de las cuales las últimas dos se realizarán cada dos semanas. Su orden se establece posteriormente a la descripción del tratamiento. Posteriormente, se programan sesiones de seguimiento para controlar y evaluar el progreso, así como aclarar y apoyar en posibles dificultades.

#### **4. Tratamiento (Sesiones 4-20)**

##### **4.1 Psicoeducación**

La psicoeducación es un tópico que servirá para sesiones y pasos posteriores. En este paso el terapeuta educará al usuario acerca de los principales tópicos de la ansiedad y el TAG (revisar introducción), ya que a través de esto el usuario tendrá un mejor entendimiento de las tareas posteriores. Después, el usuario debe jerarquizar las situaciones o estímulos que desencadenan su estado de ansiedad. Para ello se sugiere el uso de metáforas simples, como el de la escalera.

- “Ahora, vamos a establecer en orden jerárquico todo aquello que le causa preocupación o ansiedad. Imagina que está en una escalera, en la cual el primer peldaño es la preocupación o estímulo que, de todos, es el que le causa menos preocupación. ¿Cuál situación o estímulo pondría en el primer peldaño?”

Este proceso continúa hasta establecer todas aquellas situaciones o estímulos que desencadenan la ansiedad o preocupación en el usuario. El terapeuta puede valerse también de los resultados obtenidos en la escala Hamilton. Esta lista se conserva para trabajar en que el usuario reconozca cómo es que estos desatan su estado.

También se pretende con la psicoeducación que el usuario reconozca que ciertos pensamientos son los que provocan ciertas emociones que trata de evitar, y que identifique esos pensamientos automáticos negativos asociados con las emociones disfuncionales y, posteriormente, que distinga entre pensamientos (lo que se piensa), emociones (lo que se siente) y conductas (lo que se hace) para después comprender la conexión entre estos (triángulo cognitivo).

- En una hoja, abordar un evento reciente que desencadenó preocupación y/o ansiedad (evento desencadenante), en el cual el usuario escriba lo que pensó o pudo haber pensado de la situación (pensamiento), lo que sintió o pudo sentir (emociones) y lo que hizo o pudo hacer (conducta)
- Apoyar al usuario a su distinción y corrección (si es necesaria)

De igual modo, el paciente debe identificar aquellos pensamientos negativos y/o absurdos, es decir, aquellos pensamientos que producen las emociones molestas que experimenta, comprendiendo la conexión entre los mismos, eso bajo el entendido de que algunos pensamientos son automáticos, y que estos podrían generar emociones positivas o no deseadas, por lo que también debe saber realizar tal distinción. Al hacerlo, el paciente podrá comprender que tiene el control de los pensamientos y puede inducir o suprimir las emociones que estos provocan.

#### **4.2 Entrenamiento en relajación**

Se inicia con esta modalidad debido a que responde al sentido de urgencia y de atención primaria. Se basa en el entrenamiento en relajación muscular progresiva (RMP) de Bernstein y Borkovec (1973/1983) (en Bados, 2005). Se explica al cliente que el fin de la relajación es reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad y, de este modo, contribuir a la reducción de las preocupaciones. Se comienza con 16 grupos musculares con entrenamiento en discriminación. Este consiste en enseñar a discriminar las sensaciones de tensión y relajación en cada grupo muscular; el objetivo es que el cliente se vuelva más capaz de detectar las fuentes y signos tempranos de tensión muscular para poder aplicar técnicas de

relajación.

- Vamos a proceder con un procedimiento llamado “entrenamiento en relajación”, en la cual vamos a aprender a distinguir entre estados de tensión y relajación en su organismo. De este modo, aprenderá a aplicar las técnicas que veremos más adelante cuando sea necesario.

Se le comunica al usuario con voz pasiva, tenue y clara realizar actividades de tensión/distensión con los ojos levemente cerrados (contraer, sentir la tensión y relajar) en cada uno de los 16 primeros grupos musculares:

1. Manos y antebrazos (apretar)
2. Bíceps (doblar los codos y tensar)
3. Tríceps (estirar los brazos y contraer la parte posterior)
4. Hombros/trapezio (elevar los hombros hacia arriba como si quisiera tocar sus orejas)
5. Cuello 1 (bajar la cabeza con tal de tocar el pecho con la barbilla)
6. Cuello 2 (alzar la cara hacia el techo )
7. Frente (alzar las cejas)
8. Ojos (apretar fuertemente los párpados)
9. Labios y mejillas (hacer una sonrisa forzada sin mostrar los dientes)
10. Mandíbula (abrir lentamente la boca hasta llegar al máximo)
11. Pecho y espalda (arquear el tronco, sacar el pecho y llevar hombros hacia atrás)
12. Abdominales 1 (contraer el abdomen hacia adentro)
13. Abdominales 2 (contraer el abdomen hacia fuera)
14. Muslos (contraer ambos muslos simultáneamente)
15. Gemelos (apuntar los pies hacia la cabeza)
16. Pies (bajar los pies y hacer una línea paralela con las piernas)
  - “Ahora cierre los ojos”
  - “vamos a tensar las/los... mientras inhala” (indicar grupo muscular y su instrucción entre paréntesis), “sienta la tensión” (dejar pasar 5 segundos), “relájese y exhale” (dejar pasar de 20 a 30 segundos entre

cada grupo)

- “trate de retener en su mente estas sensaciones de relajación”

La tensión debe mantenerse alrededor de 5 segundos acompañada de una inhalación profunda, y la distensión debe ir acompañada de una exhalación simultánea.

Tras acabar los 16 grupos, se emplean técnicas de profundización de la relajación como la respiración lenta, regular y diafragmática con la repetición de la palabra “relax” al exhalar. Todo este proceso suele durar unos 30 minutos y el terapeuta suele grabar el procedimiento en cinta para que el cliente pueda practicar con ella dos veces al día. La secuencia de músculos que se sigue es brazos, piernas, abdomen, pecho, hombros, cuello, cara, ojos y frente.

- “cierre los ojos, relájese, póngase cómodo.”
- “Respire por la nariz profundamente, sienta sus/su...” (pulmones y posteriormente diafragma, según el caso) “exhale por la boca lentamente diciendo la palabra relax, repita...”

Tras dominar los 16 grupos musculares, lo cual suele llevar 2 sesiones (aproximadamente), el número de grupos musculares se reduce a 8 y luego a 4 con la finalidad de que la relajación pueda ser aplicada más rápidamente. Los músculos concretos considerados vienen determinados por las áreas del cuerpo con las que el cliente tiene más problemas. El siguiente paso es la relajación mediante recuerdo: concentrarse en los 4 grupos musculares seleccionados y liberar la tensión existente en los mismos mediante el recuerdo de las sensaciones de relajación logradas en las prácticas anteriores. Se sigue con la práctica de la respiración lenta y las prácticas en un medio tranquilo, pero se alienta al cliente a comenzar a practicar brevemente en otros entornos que no susciten ansiedad (coche, oficina, ciertas colas, viendo TV).

Una vez dominada la relajación mediante recuerdo, se pasa a la relajación suscitada por señal: hacer 4-5 respiraciones lentas, repetirse la palabra “relax” u otra similar al respirar y, al hacer esto, liberar toda la tensión en el cuerpo y

concentrarse en las sensaciones de relajación. Se pide al usuario que practique este tipo de relajación en situaciones inductoras de tensión o ansiedad. Además, se le dice que continúe periódicamente con el ejercicio de 16 grupos musculares con el fin de potenciar el entrenamiento en discriminación y la asociación de la señal relax con las sensaciones de relajación.

Borkovec, Hazlett-Stevens y Diaz (1999; en Bados, 2005) aconsejan alentar a los pacientes a que durante la relajación dejen pasar las preocupaciones que detecten en vez de intentar suprimirlas activamente, ya que esto último incrementa el valor ansiógeno de éstas y quizá su frecuencia. Para ayudar aún más en este proceso, se pide al usuario que ponga en práctica una estrategia de control de estímulos: posponer las preocupaciones para un momento y lugar específico del día para que preocuparse no se asocie con las circunstancias de la vida diaria. Además, se alienta a los usuarios a que tan pronto como pospongan una preocupación o apliquen una respuesta de relajación, practiquen el dirigir su atención a experiencias del momento presente en vez de a los pensamientos acerca del pasado o futuro presentes en sus preocupaciones.

### **4.3 Reestructuración cognitiva**

Otro de los hitos de la TCC es la Reestructuración cognitiva. Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil (2010) señalan que el modo de percepción o evaluación de una situación determina en cierta medida las emociones y conductas, mismas que afectan la percepción de nuevas situaciones.

En esta etapa del tratamiento se aplica a cada pensamiento automático relativo a las situaciones o estímulos que el usuario propusiera en la jerarquización de los mismos, comenzando con aquellos que producen más ansiedad. Uno de los métodos más efectivos es el de “Someter a prueba la evidencia”, para ello, la mejor manera de averiguar si un pensamiento es real o no es examinando lo “real” o lo “evidente”, esto mediante el bagaje de todos los hechos

El terapeuta apoya al paciente a evaluar cada pensamiento en términos de

la evidencia que apoye o no un pensamiento dado. Si el usuario aprende que los miedos equívocos e irracionales no son compatibles con lo real o evidente podría ayudar a reducir los síntomas de ansiedad y problemas asociados con la misma, e incluso en ocasiones podría volverse más positivo, saludable y empoderado para enfrentar su condición.

En este punto conviene valorar si el usuario ha logrado regular sus emociones a través del método mencionado, evaluando la racionalidad de las apreciaciones que el paciente tenga de sí mismo y de su entorno. De no haber logrado establecer una regularización emocional debe realizarse una vez más la reestructuración cognitiva intentando recursos mediáticos distintos. En cambio, si se valora que el paciente ha logrado obtener estabilidad y manejo de sus emociones, se procede al siguiente paso.

#### **4.4 Exposición**

Emplea los principios de la desensibilización sistemática, en la que la exposición continua y gradual a un estímulo aversivo (mientras se anticipan las conductas de evitación y escape) reduce la ansiedad. Se emplea la exposición imaginaria y presencial, comenzando con aquellas situaciones o estímulos que producen menos ansiedad. Todo el procedimiento se realiza en un lugar que resulte seguro para el paciente. Del mismo modo, es trascendental explicar al paciente el por qué es importante exponerse a aquellos estímulos o situaciones que suele evitar, haciéndole saber que ese método ayudará a reducir su ansiedad.

Al emplearse la exposición imaginaria deben retomarse los principios de la psicoeducación, recordándole que muchos de los estímulos o situaciones aversivas son incompatibles con lo real, y que en la modalidad a realizarse no hay peligro real. Al llevarse a cabo, el terapeuta debe mantener al usuario en una zona estable, cuidando que la aproximación imaginaria sea gradual y no demasiada intensa para incomodar o desestabilizar al paciente. Para ello, se le solicita que brinde una señal al terapeuta en caso que se presenten tales situaciones, con lo que tendrá que reducirse la intensidad de lo que se induce en

la imaginación del paciente, haciéndole saber que tiene el dominio de lo que sucede. No obstante, el terapeuta debe mantenerse atento ante posibles señales de disociación y mantener al paciente en la misma línea de trabajo. Se sostiene también que no debe concluirse la exposición de manera prematura ya que esto podría reforzar las conductas de evitación y escape, por lo que se recomienda brindar tiempo al usuario para asimilar lo sucedido en la sesión y obtener retroalimentación por parte del mismo, alargando ésta aproximadamente 30 minutos más. En sesiones posteriores, debe modificarse en base a lo mencionado por el paciente, continuando la exposición imaginaria hasta reducir los síntomas de ansiedad de manera significativa.

- “imagine que estamos en una situación en la que...” (describir metafóricamente una situación de menor jerarquía que desencadene ansiedad) (describir la situación de manera gradual, el usuario indicará cuándo detener la actividad en caso de incomodidad)

Si es posible, y una vez dominada la ansiedad mediante exposición imaginaria, puede emplearse la exposición presencial, en la cual el usuario realiza actividades de interacción con la situación o estímulo que provoca la ansiedad, lo que conduce al paciente a la conducta manifiesta. No obstante, pocas veces puede realizarse esta actividad dentro del consultorio ya que no puede llevarse el estímulo o situación aversiva al mismo, pero es a través de las tareas sugeridas por el terapeuta que el paciente se expone a ciertas situaciones (de manera gradual), procurando un proceso que no resulte tan incómodo y que por lo tanto pueda funcionar exitosamente.

La exposición a la preocupación sólo debería aplicarse a las preocupaciones relativas a acontecimientos inmodificables o improbables, mientras que para el resto aconsejan un tipo de entrenamiento a resolución de problemas.

Es importante mencionar que, mientras ocurre el ejercicio de exposición, no debe involucrarse el entrenamiento a relajación ni reestructuración cognitiva, ya que podría reducir los efectos de la exposición al neutralizar la imagen que

causa ansiedad.

#### **4.5 Prevención de conductas de anticipación**

Brown, O’Learly y Barlow (2001, en Bados, 2005) sugieren emplear la prevención en conductas de preocupación, mismas que se entienden por hacer o no hacer (evitación activa y pasiva, respectivamente) ciertas actividades con el fin de reducir o prevenir la ansiedad y los supuestos peligros anticipados. Sin embargo, sólo contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza. Por esa razón, deben prevenirse las conductas de evitación activa y a su vez alentar las actividades que el usuario debe hacer. Del mismo modo que la exposición, las aproximaciones de la prevención de conductas de preocupación debe realizarse de manera gradual.

La prevención no tiene que ser total, ya que en algunas situaciones debe permitirse una conducta de preocupación, pero sólo en cierto grado.

Se retoma la lista jerarquizada de preocupaciones, en la cual ahora tendrá que registrar la frecuencia con la que sucede cada una de la lista a lo largo de la semana, y terapeuta y paciente anotarán la predicción respecto a las consecuencias que tendrá esta tarea.

Se comienza con el nivel más bajo de jerarquía y se le indica al usuario que no realice la conducta de preocupación, o bien, que realice la conducta evitada. Posteriormente se comparan los resultados habidos con las predicciones previas con el fin de constatar que las conductas de preocupación no se correlacionan con una menor ocurrencia de eventos negativos futuros. Las sesiones con esta técnica continúan gradualmente con preocupaciones de mayor jerarquía.

#### **4.6 Resolución de Problemas**

Esta técnica facilita la identificación de soluciones para problemas existentes y favorece al usuario en medida que piensen de forma diferente sobre situaciones complicadas de su vida en lugar de preocuparse por las mismas, promoviendo la adopción de situaciones más realistas y menos catastróficas. Se

le explica al usuario que existen dos dificultades frecuentes a la hora de intentar solucionar un problema:

- 1) ver el problema en términos generales
  - “Es un problema muy grande, al parecer, ¿podría mencionar qué conlleva este problema?” (en caso de requerirlo, el terapeuta debe apoyar al usuario a distinguir los componentes del problema) “bien, entonces este problema conlleva a todas esas situaciones, trabajaremos sobre cada una de ellas”
- 2) no generar posibles soluciones
  - “Tal vez no lo parezca, pero puede haber diversas soluciones para un mismo problema, por ejemplo, qué soluciones pondría para...” (mencionar un problema o un componente del mismo) (apoyar al usuario con sugerencias y dar pie a que sugiera otras más)

Para abordar la primera se enseña al usuario a definir los problemas en términos específicos y a descomponerlos en partes más manejables a través de la reestructuración cognitiva, para la segunda dificultad se sugiere el uso de “lluvia de ideas”, que consiste en incitar al usuario a proporcionar posibles soluciones a un problema determinado, mismas que son evaluadas en conjunto con el fin de seleccionar y poner en práctica aquella que es considerada la más apropiada.

Cuando ya no sea necesario más entrenamiento y el paciente pueda adaptarse a sus actividades cotidianas sin presentar ansiedad, se procede a la inoculación ante el fracaso y prevención de recaídas

#### **4.7 Inoculación ante el fracaso y prevención de recaídas**

Este paso consiste en advertir al usuario que podría volver a experimentar ansiedad que ya ha vencido bajo ciertas circunstancias, pero que no significa que todo se ha perdido. Para ello, se repasa la reestructuración cognitiva y de exposición, consiguiendo que la inoculación ante el fracaso ayude a prevenir las recaídas ya que el usuario reconoce las señales (o focos rojos) de lo que le

produce ansiedad, así como las distintas técnicas que le han sido brindadas por el terapeuta.

- “Tal vez, en ciertas situaciones vuelva a tener sensaciones negativas relacionadas con la ansiedad, para ello vamos a entablar nuevamente una situación metafórica en la cual debe emplear lo que ya aprendió aquí, recuerde someter la situación ante la evidencia y distinguir aquellas situaciones específicas que le causan preocupación...” (establecer una situación metafórica de mayor jerarquía de manera gradual)
- 

## **5. Evaluación y seguimiento**

Se sugiere aplicar la escala Hamilton un mes después de finalizar el tratamiento para verificar el progreso del usuario, de ser necesario se retoman las sesiones de inoculación ante el fracaso y prevención de recaídas.

---

## **6. Sesiones de tratamiento**

### ➤ Sesión 1:

- Obtener información del usuario acerca de su ansiedad y preocupación
- Hacerle una introducción sobre la naturaleza de la ansiedad y preocupación.
- Describir el triángulo cognitivo y sus niveles de respuesta (pensamiento, emoción y conducta).
- Dar una visión en conjunto del tratamiento (establecer objetivos, importancia de las actividades, importancia de asistencia y de tareas).
- Proporcionar autorregistro (ver anexo).

### ➤ Sesión 2

- Revisar autorregistro.
- Realizar actividad del triángulo cognitivo (ver descripción en apartado 4.1).

- Discutir fisiología de la ansiedad a partir de ejemplos reales del usuario.
- Discutir factores de mantenimiento del TAG a partir de ejemplos reales del usuario.
- Establecer una jerarquía de campos de preocupación.
- Continuar con autorregistro para sesión 3.
- Sesión 3
  - Revisar y discutir autorregistro.
  - Introducción a la Relajación Muscular Progresiva (RMP):16 grupos musculares.
  - Realizar RMP con 16 grupos musculares con grabación de audio para practicar entre sesiones.
  - Continuar con autorregistro para sesión 3 y realizar RMP en casa.
- Sesión 4
  - Revisar y discutir autorregistro.
  - Discutir experiencia con RMP.
  - Realizar RMP con 16 grupos musculares y entrenamiento en discriminación.
  - Introducción al papel de las cogniciones en el mantenimiento del TAG (pensamientos automáticos negativos) a partir de ejemplos reales del usuario.
  - Describir y cuestionar cogniciones que sobreestiman la probabilidad de eventos negativos (someter a prueba la evidencia).
  - Introducir la hoja de autoregistro cognitivo.
  - Realizar autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), RMP en casa.
- Sesión 5
  - Revisar autorregistros y cuestionamiento de la sobreestimación de probabilidad.
  - Cuestionar experiencia con RMP.
  - Llevar a cabo RMP con 8 grupos musculares y entrenamiento a discriminación.

- Describir y cuestionar situaciones catastróficas.
- Realizar autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), RMP en casa.
- Sesión 6
  - Revisar autorregistros y cuestionamiento de la sobreestimación de probabilidad y descatastrofización .
  - Cuestionar experiencia con RMP en 8 grupos.
  - Llevar a cabo RMP con 8 grupos musculares y entrenamiento a discriminación; introducir a práctica en generalización (8 grupos musculares simultáneamente).
  - Identificar tipos de cogniciones que causan ansiedad y cómo cuestionarlas.
  - Realizar autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), RMP en casa.
- Sesión 7-8
  - Revisar autorregistros y cuestionamiento cognitivo.
  - Cuestionar experiencia con RMP en 8 grupos y su práctica en generalización.
  - Realizar RMP con 4 grupos musculares.
  - Introducir y justificar la exposición a la preocupación o situación (entrenamiento en imaginación y exposición a la preocupación con menor jerarquía).
  - Realizar autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), RMP en casa y exponerse voluntariamente a una situación diaria que genere ansiedad.
- Sesión 9-10
  - Revisar autorregistros, cuestionamiento cognitivo y cuestionar sobre la exposición diaria.
  - Cuestionar experiencia con RMP en 4 grupos.
  - Introducir relajación mediante recuerdo (realizar respiración lenta y/o diafragmática acompañado de un recuerdo de suma relajación).

- Realizar otra exposición imaginaria de ligeramente mayor jerarquía
- Asimilación y retroalimentación.
- Realizar autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), exponerse voluntariamente a una situación diaria que genere ansiedad y realizar relajación mediante recuerdo.

➤ Sesión 11

- Revisar autorregistros, cuestionamiento cognitivo, cuestionar sobre la exposición diaria y relajación mediante recuerdo.
- Practicar relajación mediante recuerdo.
- Introducir la prevención de las conductas de preocupación (justificación, elaboración de lista de conductas, desarrollo y prácticas de prevención de conductas).
- Realizar autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), exponerse voluntariamente a una situación diaria que genere ansiedad, prevención de conductas de preocupación y realizar relajación mediante recuerdo.

➤ Sesión 12

- Revisar autorregistros, cuestionamiento cognitivo, exposición a la preocupación, prevención de conductas de preocupación y relajación mediante recuerdo.
- Generalizar prácticas de relajación (RMP, respiración lenta, diafragmática y en conjunto).
- Introducción a la resolución de problemas.
- Realizar autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), exponerse voluntariamente a una situación diaria que genere ansiedad, prevención de conductas de preocupación y relajación generalizada.

➤ Sesión 13

- Revisar autorregistros, cuestionamiento cognitivo, exposición a la preocupación, prevención de conductas de preocupación y relajación generalizada.
- Práctica en resolución de problemas.

- Realizar autorregistro (ansiedad, registrar y cuestionar cogniciones), exponerse voluntariamente a una situación diaria que genere ansiedad, prevención de conductas de preocupación, prácticas en resolución de problemas y relajación generalizada.

➤ Sesión 14-15

- Revisar autorregistros, cuestionamiento cognitivo, exposición a la preocupación, prevención de conductas de preocupación, relajación generalizada y prácticas en resolución de problemas.
- Repasar RMP, respiración lenta, diafragmática y relajación generalizada.
- Repasar habilidades y técnicas.
- Discutir métodos de aplicación a continuar después del tratamiento.
- Pactar cita dentro de 4 o 5 semanas para seguimiento.

➤ Sesión de seguimiento

- Preguntar y discutir experiencias del usuario.
- Aplicar escala Hamilton.
- Discutir nuevas problemáticas (en caso de existir).
- Repasar habilidades y técnicas.
- Exposición imaginaria con situación de mayor jerarquía .
- Retroalimentación y despedida .

**Anexos del protocolo**

Hoja de Autorregistro 1 (sesiones 2-4)

Situación	Pensamiento	Sentimiento	Acción

## Hoja de Autorregistro Cognitivo (sesiones 4 en adelante)

Situación	Pensamiento, sentimiento y acción	Cuestionamiento (Someter a prueba la evidencia)

## CONCLUSIONES

Actualmente, existe escasa investigación acerca de tratamientos protocolizados a nivel individual para atender el Trastorno de Ansiedad Generalizada que hayan sido aplicados. Sin embargo, de acuerdo con diversos autores, a través del diseño de protocolos clínicos puede lograrse evitar el riesgo de variabilidad en la atención prestada, logrando a través de las actividades de desarrollo, implementación, evaluación y mejora de la calidad del procedimiento de atención psicológica cierto impacto en la disminución de este trastorno y, por lo tanto, de sus cifras respecto a prevalencia a lo largo de la vida.

No obstante, a pesar de que los tratamientos protocolizados han demostrado ser eficaces respecto a la evaluación y calidad asistencial, en México no se le ha brindado demasiada importancia ni dado lugar a la investigación exhaustiva y profunda.

Del mismo modo, a pesar de que el estudio de los trastornos de ansiedad ha resultado ser un campo de primer orden respecto a investigación, desarrollo y profundización, aún no hay investigaciones que indaguen en alternativas o nuevas modalidades de tratamiento ante tal problemática, ya que los resultados obtenidos en investigaciones sobre trastornos de ansiedad denotan cierto sentido de urgencia en este aspecto (poniendo sólo por ejemplo el Trastorno Obsesivo Compulsivo, el Trastorno de Estrés Postraumático, fobia social y el mismo TAG), resaltando que el porcentaje total de los trastornos de ansiedad es del 14.3% en México (De la Fuente y Heinze, 2011).

Desde luego se sugiere para esta problemática, en primer término, revertir en mayor medida posible la resistencia de algunos profesionales de salud mental a la implementación y uso de protocolos como modalidad de tratamiento, ya que actualmente se plantean dudas respecto a si es correcto o no plantear protocolos de intervención específicos ajustados a las categorías diagnósticas imperantes en el terreno de la salud (no sólo en psicología). A través de ello podría darse lugar al crecimiento y desarrollo del tema en nuestro país, resaltando las ventajas que el uso de protocolos tiene en este ámbito de la salud.

El objetivo principal de esta tesis se ha cumplido; se ha diseñado una propuesta de protocolo de intervención ante casos de Trastorno de Ansiedad Generalizada, basado en evidencia de alta confianza y en técnicas de demostrada eficacia, cuyos lineamientos obedecen a los propuestos por Saura y Saturno (1994) y Ochoa (2002) para la elaboración de protocolos, los cuales se siguieron hasta donde se permite a nivel teórico (como se mencionó al inicio, se han omitido algunos pasos debido a la ausencia de aplicación práctica):

Tabla 6

Características y criterios incluidos en la propuesta de protocolo (Cap. III)

Saura y Saturno (1994)	Ochoa (2002)
<p>1) Cumplir todas las características de la definición</p> <p>2) Que se adapten a un modelo estándar para su elaboración, obedeciendo los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Introducción</li> <li>➤ Anamnesis (Entrevista)</li> <li>➤ Exploración (semiología)</li> <li>➤ Diagnóstico</li> <li>➤ Tratamiento</li> <li>➤ Evolución y seguimiento</li> <li>➤ Bibliografía</li> <li>➤ Anexos</li> </ul> <p>3) Que exista un mecanismo de registro de datos</p> <p>4) Que cada protocolo contenga al menos un algoritmo</p> <p>5) Que exista una hoja de anamnesis y/o exploración</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seleccionar el problema de salud objeto de protocolización</li> <li>➤ Delimitar el problema de salud y su ámbito de aplicación</li> <li>➤ Identificación de posibles intervenciones preventivas diagnósticas o terapéuticas implicadas</li> <li>➤ Determinar la estructura del protocolo</li> <li>➤ Especificar criterios, plazos y metodologías</li> <li>➤ Revisión sistemática de la evidencia científica</li> <li>➤ Elaboración de una versión preliminar</li> </ul>

6) La extensión será máximo de 20 hojas	
7) Que siga una secuencia lógica de desarrollo en el tiempo	

En diversos tratamientos protocolizados ha sido demostrada la eficacia de esta modalidad de tratamiento, consiguiendo resultados contundentes. Los autores de los mismos lo atribuyen principalmente a que se emplearon técnicas terapéuticas cuya eficacia ha sido comprobada en el terreno de la psicología, aplicadas de manera protocolizada, que su empleo se facilita dentro del contexto adecuado y que, dentro de todos ellos se ha sugerido un plan de seguimiento, con lo cual se sostienen y reafirman los resultados. Sin embargo, la mayoría han sido realizadas bajo investigaciones grupales.

Se sugiere complementar la propuesta del protocolo mediante la implementación del resto de las sugerencias de Ochoa (2002): la selección de personal encargado de diseñarlo (preferentemente multidisciplinar), el pilotaje, la elaboración de la versión definitiva (a través de la realización de los complementos anteriores), difusión y plan de implementación y la evaluación y actualización del mismo.

Por lo tanto se recomienda continuar elaborando protocolos de intervención en el ámbito clínico.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Academia Nacional de Medicina (ANMM) (2012) El trastorno de ansiedad generalizada. *Boletín de Información Clínica Terapéutica*. Vol. 21, No. 3, pp. 1-2
- Allgulander, C. (2012) Generalized Anxiety Disorder: A Review of Recent Findings. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*. Vol. 4, No. 2. Pp: 88-91
- Anxiety Disorder Association of America (s/f) *Generalized Anxiety Disorder*. Recuperado el 17 de enero del 2014. <http://www.adaa.org>.
- Anxiety UK (2009) *Generalized Anxiety Disorder or Chronic Worrying: A Brief Guide*. Zion Community Resource Centre. United Kingdom.
- Asociación Americana de Psicología (1995) *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson (versión española, 4ta ed.). Barcelona.
- Ávila, A. y Moreno-Roset, C. (2008) La intervención psicológica en infertilidad: Orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 29, No. 2. Pp. 186-196. España
- Bados, A. (2005) *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Universitat de Barcelona, España.
- Barlow, D. H. (2001) *Generalized Anxiety Disorder*. Clinical Handbook of Psychological Disorders. 3° Edition. Guilford Publications. E. U. A.
- Benedito, M. C. y Botella, C. (1992) El tratamiento de la Ansiedad Generalizada por medio de procedimientos Cognitivo-Comportamentales. *Psicothema*. Vol. 4, No. 2, pp. 479-490
- Bonafont, X. y Casasín, T. (2002) Protocolos terapéuticos y vías clínicas. *Farmacia Hospitalaria*. Vol. 26, No. 2, pp. 81-101. España.
- Brown, T. A., DiNardo, P. y Barlow, D. H. (1994) *Anxiety Disorders Interview Schedule*. Oxford University Press. Estados Unidos.

- Cascardo, E; Resnik, P. (2012) *Guía Centro IMA 2012 para el tratamiento farmacológico de Trastorno de ansiedad Generalizada*. Centro IMA, Argentina.
- Comeche, M. I; Martín, A; Rodriguez, M; Ortega, J; Díaz, M. I. y Vallejo, M. A. (2010) Tratamiento Cognitivo Conductual Protocolizado y el Grupo de la Fibromialgia. *Clínica y Salud*. Vol. 21, No. 2, pp. 107-121
- Craske, M.G., Rapee, R.M. y Barlow, D.H. (1992). Cognitive-behavioral treatment of panic disorder, agoraphobia, and generalized anxiety disorder. Ed. Wiley. Nueva York.
- De la Fuente, J.R. y Heinze, G. (2011) *Salud Mental y Medicina Psicológica*. McGraw Hill; Facultad de Medicina UNAM, México.
- Díaz-Sibaja, M. A; Comeche, M. I; Mass-Heze, B; Díaz, M. y Vallejo, M. A. (2008) Tratamiento psicológico protocolizado en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales: efectos sobre la calidad de vida. *Clínica y Salud*. Vol.19, No. 2, pp. 231-247
- Díaz-Sibaja, M. A.; Trujillo, A.; Peris-Mencheta, L.; Péres Porta, L. (2009) Tratamiento de los Problemas de Conducta mediante un Programa Protocolizado de Escuela para Padres. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del Adolescente*. Vol. 8, No. 1, pp 12-20
- Fracchia, L. (s/a) *Protocolo de investigación e informe final. Guía para el proceso de la comunicación científica*. Universidad Nacional de Tucumán. Secretaría de ciencia y técnica. Argentina.
- García, F. J. y Díaz del Campo, F. (2008) *Guía Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. España, Agencia Laín Entralgo.
- Gorman, J. M. (2003) Treating Generalized Anxiety Disorder. *Treading Depression & Anxiety to Remission: Use of Algorithms*. *Journal of Clinical Psychiatry*. No. 64, supl. 2, pp: 24-29

- Hernández, L; Benjet, C; Andar, M. A; Bermúdez, G. y Gil, F. (2010) *Guía Clínica para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México
- Instituto Nacional de Salud Mental (2009) *Trastornos de Ansiedad*. Departamento de Salud y Servicios de los Estados Unidos. Estados Unidos de América.
- Lara, M. C; Medina-Mora, M. E; Borges, G. y Zambrano, J. (2007) Social cost of Mental Disorders: Disability and days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*. Vol. 30, No.5, pp. 4-11
- Locke, L; Spirduso, W. y Silverman, S. (2010) *Reading and understanding research*. SAGE Publications. California.
- Medina-Mora, M. E; Lara, M. C; Borges, G; Zambrano, J; Benjet, C; Blanco, J; Fleiz, C; Villatoro, J; Rojas, E; Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003) Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. Vol. 26, No. 4, pp. 1-16
- Moreno, P. (2002) *Guía de la Ansiedad*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013. <http://www.ansade.com>
- National Collaborating Centre for Mental Health (2011) *Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder (with or without agoraphobia) in Adults*. The British Psychological Society y The Royal College of Psychiatrists. Gran Bretaña.
- Newth, S. (2003) *Anxiety Disorders Toolkit: Information and Resource for effective Self-Management for Anxiety and Anxiety Disorders*. BC Partners for Mental Health and Addiction Information. Canada.
- Ochoa, C. (2002) Diseño y evaluación de protocolos clínicos. *Nuevo Hospital*. Vol. II, No. 5, pp. 1-21.

- Organización Panamericana de la Salud (s/a) *Guía para escribir un protocolo de investigación*. Programa de subvenciones para la salud. Washington D. C.
- Osorio, R. y Horta, M. (2009) Lineamientos para la elaboración de un protocolo de intervención psicológica para familiares de pacientes con lesión medular. *Cuadernos Panamericanos de Psicología*. Vol. 10, No. 1, pp. 75-88
- Real Academia de la Lengua Española (2009) Diccionario de la lengua española. Recuperado el 5 de Septiembre del 2014 <http://lema.rae.es/drae/?val=protocolo>
- Resnik, P. y Cascardo, E. (2001) ¿De qué hablamos cuando hablamos de TAG? Trastorno de Ansiedad Generalizada: Diagnóstico Diferencial Conceptual. *Anxia*. No. 4, pp. 23-28.
- Retolaza, A. (2009) *Trastornos mentales comunes: Manual de orientación*. Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios. España.
- Reuschel, L. M. (2011) *Generalized Anxiety Disorder in children and adolescents: Implications for research and practice*. Illinois State University.
- Rivadeneira, C; Minici, A. y Dahab, J. (2006) Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*. No. 10. Argentina.
- Rodríguez, F. y Ortún, V. (1990) Los Protocolos Clínicos. *Medicina Clínica*. Vol. 95, No. 8, pp. 309-3016.
- Roncero, C; Barral, C; Grau-López, L; Esteve, O. y Casas, M. (2010) *Patología dual, protocolos de intervención: esquizofrenia*. Edika Med. España.
- Sagasta (2007) *Estandarización de Procesos Asistenciales: Calidad en la Gestión clínica*. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.

- Santacreu, J. (2011) *Protocolos de intervención clínica en psicología*. Tesis para recibir el título de Máster de Salud de la UAM. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Saura, J. y Saturno, P. J. (1994) Evaluación y mejora del diseño de los protocolos clínicos. *Atención Primaria*. Vol. 13, No. 7, pp. 355-360
- Secretaría de Salud (2010) *Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*. CENETEC. México.
- Sharma, S. C. (2003) Generalized Anxiety Disorder and Personal Traits. *Kathmandu University Medical Journal*. Vol. 1, No. 4, pp. 248-250
- Sieberg, C., Flannery-Schroeder, E. y Plante, W. (2011). Children with co-morbid recurrent abdominal pain and anxiety disorders: Results from a multiple-baseline intervention study. *Journal of Child Health Care*, 126-139.
- Valladares, P. y Rentería, A. (Coords.). (2013) *Psicoterapia Cognitivo-Conductual; Técnicas y procedimientos*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Virgen, R; Lara, A. C; Morales, G; y Villaseñor, S. J. (2005) Los Trastornos de Ansiedad. *Revista Digital Universitaria*. Vol. 6, No. 11, pp. 2-11. México.