

AARON T. BECK Y GARY EMERY
con la colaboración de RUTH GREENBERG

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y FOBIAS

Una perspectiva cognitiva

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Índice

Prólogo a la edición española	19
Prólogo a la edición de 2005	23
Prólogo a la edición de 1985	43
PARTE I: Aspectos teóricos y clínicos	51
<i>por AARON T. BECK</i>	
1. Dar la vuelta a la ansiedad: visión de conjunto	53
La paradoja de la ansiedad	53
Cambios conceptuales de la ansiedad	57
Distinguir entre ansiedad, miedo, fobias y pánico	58
La ansiedad y el miedo	60
Las fobias y los ataques de pánico	61
Miedos “realistas” e “irrealistas”	62
La paradoja de Hoch	63
Peligro futuro y peligro presente	64
La función de la ansiedad	65
Aspectos adaptativos	65
La ansiedad como estrategia en la respuesta a las amenazas	67

Mecanismos de supervivencia	69
Los reflejos	69
Modelos defensivos	70
2. Los síntomas y su significado	73
Sistemas y síntomas	73
Síntomas y funciones	77
Principales reacciones: movilización, inhibición, desmovilización	81
Ansiedad libremente flotante: ¿realidad o artefacto? . .	84
Ansiedad normal y ansiedad patológica	87
Trastornos del pensamiento en la ansiedad clínica	88
Atención, concentración y vigilancia	88
“Sistema de alarma” y “pensamientos automáticos” . .	89
Pérdida de objetividad y del control voluntario	90
Generalización del estímulo	90
Catastrofismo	91
Abstracción selectiva y pérdida de perspectiva	92
Pensamiento dicotómico	92
Falta de costumbre	93
Clasificación de los trastornos de ansiedad	93
Trastorno de pánico	93
Trastorno de ansiedad generalizada	94
Trastorno de estrés postraumático	94
Trastorno de ansiedad atípica	95
Trastornos fóbicos	95
Agorafobia	95
Fobia social	96
Fobia simple	96
3. El modelo cognitivo de las reacciones a una amenaza	97
El papel del contexto	97
Evaluación primaria	98
Evaluación secundaria	100
Evaluación del peligro	102
Respuesta hostil	104

La naturaleza del procesamiento cognitivo	104
Relación entre la activación conductual y la inhibición	106
Distinguir entre conducta y emociones	107
El círculo vicioso	108
Las respuestas primarias a la amenaza	110
El sistema anérgico y el enérgico	112
Los cambios en el contenido cognitivo y en las reacciones fisiológicas	113
La relación entre la ansiedad y las otras respuestas defensivas.	115
4. Estructuras cognitivas y reglas ansiógenas	119
Esquemas cognitivos	119
La función del set cognitivo.	122
El ciclo continuo.	123
Los modos.	125
Síndromes y modos	127
Suposiciones, reglas y fórmulas	127
Normas en situaciones problemáticas	129
Las reglas en los trastornos de ansiedad	133
5. La vulnerabilidad, núcleo de los trastornos de ansiedad . . .	137
El concepto de vulnerabilidad	137
El papel de los déficit de habilidad	139
La falta de confianza en uno mismo	140
El papel del contexto y de la experiencia	141
Interferencia con la actuación eficaz	143
Predicciones catastrofistas y círculos viciosos	145
La “función” de las conductas disfuncionales	146
Peligro psicosocial	146
Peligro físico	149
Los dominios de la vulnerabilidad	151
Los sectores del dominio personal	151
Amenazas al dominio personal	152
Amenazas a la socialidad	154
Amenazas a la individualidad	154
Temores específicos	155

6. El trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico	157
Incidencia	157
Panorámica de la etiología de los trastornos de ansiedad ..	158
Estudios biológicos	159
Factores psicológicos desencadenantes	160
Interacción entre los factores desencadenantes y otros problemas previos	161
¿Causan las cogniciones trastornos de ansiedad?	161
El trastorno de ansiedad generalizada	163
Sintomatología	163
Tipos de trastorno de ansiedad generalizada	165
Temores específicos	172
El concepto de sí mismo en el trastorno de ansiedad generalizada	182
La autocrítica en la ansiedad y en la depresión	184
Diferencias entre ansiedad y depresión	185
El trastorno de pánico	190
Descripción	190
Significado de los ataques de pánico	193
Análisis funcional de los ataques de pánico	196
Desencadenamiento de los ataques de pánico	197
7. Las fobias simples	201
Definición de fobia	201
Diferenciar las fobias de los temores	203
La refractariedad de las fobias	203
El contenido de los temores y de las fobias	204
Clasificación	206
Fobias traumáticas	207
Las fobias de fijación	208
Fobias específicas	209
Los significados de las fobias	212
Fobias múltiples: continuidad conceptual	213

Relación entre los temores y las fobias	215
Autoconfianza frente a vulnerabilidad	216
Sistemas duales de creencias	217
Imágenes visuales	219
Identificación con la “víctima”	219
La evolución, las reglas y las fobias	220
8. El síndrome agorafóbico	225
El enigma de la agorafobia	225
El desarrollo de la agorafobia	226
Predisposición y desencadenamiento	226
Inicio de la sintomatología	227
El pánico.	228
La atribución de la causalidad en los ataques de pánico	229
El set cognitivo: la vulnerabilidad	231
La dependencia	237
A modo de síntesis	239
9. La ansiedad por evaluación	243
La esencia de la ansiedad por evaluación	243
Antes de la caída	243
Los rasgos comunes de las amenazas por evaluación	244
La vulnerabilidad.	245
Estatus y orden de rango	245
La autoconfianza	246
Reglas y fórmulas.	247
Reacciones protectoras automáticas.	247
Fobias sociales y ansiedades sociales.	248
Las paradojas de la ansiedad social	249
El miedo a ser evaluados	250
Las “defensas” primarias.	251
Diferenciar entre la fobia social y la agorafobia	252
Situaciones que provocan síntomas fóbicos	252
Síntomas somáticos	254

Los fenómenos de la ansiedad social	255
La vergüenza y la “imagen social”	256
Miedo a perder el amor o ser abandonado	258
La ansiedad por hablar en público	259
La ansiedad ante un examen	263
A modo de síntesis	265
PARTE II: Terapia cognitiva: técnicas y aplicaciones	267
<i>por GARY EMERY</i>	
10. Principios de la terapia cognitiva	269
Principio 1: La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo de los trastornos emocionales	270
Presentación didáctica	271
Presentación de la terapia cognitiva	273
Niveles de miedo	273
Principio 2: La terapia cognitiva es breve y limitada en el tiempo	274
Principio 3: Una sana relación terapéutica es necesaria para una terapia cognitiva eficaz	277
Principio 4: La terapia supone un esfuerzo de colaboración entre el terapeuta y el paciente	280
Principio 5: La terapia cognitiva utiliza sobre todo el método socrático	283
Principio 6: La terapia cognitiva es estructurada y directiva	264
Principio 7: La terapia cognitiva es una terapia centrada- en-los-problemas	287
La conceptualización	288
Estrategias generales	289
Principio 8: La terapia cognitiva se basa en el modelo educativo	295
Aprender a aprender	295
Principio 9: La teoría y las técnicas de la terapia cognitiva se basan en el método inductivo	297

Principio 10: El trabajo en casa constituye una parte importantísima de la terapia cognitiva	298
11. Estrategias y técnicas para la reestructuración cognitiva . .	301
Desarrollar la autoconsciencia	301
Guiar a los pacientes	304
Estrategias y técnicas	308
Contar los pensamientos automáticos	308
Preguntas	310
Tres enfoques básicos	316
¿Qué pruebas hay?	316
¿Hay otra manera de enfocar la situación?	318
¿Y si ocurriera?	324
12. Modificar las imágenes	327
Imágenes inducidas	328
Delinear modelos inadaptivos	329
Identificar las distorsiones cognitivas	330
Modificación de las imágenes inducidas	331
Técnicas para modificar las imágenes	333
Técnica de la interrupción	333
La repetición	334
Proyección en el tiempo	336
Imágenes simbólicas	337
“Decatastrofizar” la imagen	338
Imágenes y pensamientos	342
Facilitar el cambio en las imágenes inducidas	343
Sustituir por imágenes positivas	344
Sustituir por imágenes contrastantes	345
La exageración	345
Modelos de afrontamiento	346
Imágenes para reducir la amenaza	347
Huir de una alternativa peor	348
Estrategia mixta	348
Terapia del futuro	349
Ensayar los objetivos	352

13. Modificar el componente afectivo	355
Aceptar las sensaciones	356
Reducir la ansiedad de la ansiedad.	357
Reducir la vergüenza de mostrar ansiedad	359
Normalizar la ansiedad	362
Aceptación activa	364
Identificar las emociones	365
Estrategias para la acción	366
Programas para la actividad	366
Aumentar la tolerancia a la ansiedad	367
Alcohol, estimulantes, dieta y estrés	368
Conducta de afrontamiento inadaptiva	369
Auto-observación	370
Auto-instrucciones positivas	371
Gráficos y diarios	372
Ejercicios de concentración (o de distracción).	373
Métodos de relajación	374
La revisión emocional	377
Métodos que utilizan imágenes.	381
Las metáforas	381
Revisión repetida fuera de la consulta	382
Poseer las propias emociones	383
Razonamiento secuencial	383
Razonamiento correlativo	384
Razonamiento analógico	384
Razonamiento emocional	385
La ventaja secundaria	385
14. Modificar el componente conductual	389
Identificar los mecanismos protectores	390
La motivación	391
Explicarle al paciente el planteamiento terapéutico	391
Bloques de aprendizaje	392
Recursos educativos.	393
Futilidad de la autoprotección.	395

Experimentos	396
Pasos graduados o aproximación gradual	397
Jerarquía	398
Ayudas para exponerse (a la situación temida)	400
Técnica de iniciación	400
La auto-instrucción	404
El ensayo conductual	406
Utilizar a personas importantes para uno	408
Ayudas técnicas	409
La evitación cognitiva	410
La técnica de la decisión crítica	410
La sorpresa	412
La elección	413
La orientación a la tarea	415
Pensamiento conductual	415
La técnica del “como si”	419
La vergüenza y otras experiencias temidas	420
Desarrollar la autoconfianza	422
Asentir	424
Disentir	424
Hacer lo inesperado	424
Cometer un error forma parte del espectáculo	426
15. Reestructurar las principales suposiciones y problemas del paciente	427
Identificar las suposiciones	428
Los problemas más importantes	433
Identificar los problemas más importantes	433
Reforzadores positivos y negativos	434
La imagen dual	436
Desarrollo de las preocupaciones principales	437
La aceptación	445
La competencia	449
El control	452
La motivación y las preocupaciones más importantes	456

Conclusión	459
Apéndice I	463
Apéndice II	473
Bibliografía	475
Índice de nombres y conceptos	487

Prólogo a la edición española

La versión castellana del libro “Trastornos de ansiedad y fobias. Una perspectiva cognitiva” de Aaron T. Beck y Gary Emery, con la colaboración de Ruth Greenberg, constituye un evento excepcional para los lectores de habla hispana, que verán hecha realidad su expectativa de leer este texto fundacional de la Terapia Cognitiva.

Es para mi un privilegio escribir este prólogo. Se trata de un clásico que enriqueció la mirada sobre esta temática, y con el correr del tiempo nunca perdió vigencia. En la historia de la psicoterapia hay textos que implican un aporte significativo al conocimiento, y se convierten en anclas de referencia constante para el profesional. Estamos sin dudas frente a uno de ellos.

El Dr. Aaron Beck, considerado el padre de la Terapia Cognitiva, es la figura creativa de una teoría y método que revolucionó la psicoterapia. Su paso por la historia de la psiquiatría y psicología tampoco será pasajero. Es claro que sus aportes constituyeron un hito en la comprensión de la mente humana, y mantienen su valor en la actualidad.

Escribir estas líneas me retrotraen a la historia de la psicoterapia en la Argentina y a mi propia vida profesional. El psicoanálisis preva-

lección sobre otras líneas terapéuticas en los años '70. En ese momento, mi tarea clínica y universitaria se regía por ese modelo. Sin embargo, con una visión integrativa de la psicoterapia, me motivaba incursionar en otros aportes. Los primeros escritos de autores cognitivos llegaron a mis manos a comienzos de los '80. Pero el impacto que me provocó la lectura de "Terapia cognitiva de la depresión" fue determinante en mi ruta. Me encontré frente a un maestro capaz de producir una innovación en la visión del problema, ampliando la teorización de esta patología desde un ángulo totalmente distinto. Fascinada por su aporte y la claridad con la que transmitía sus ideas, inicié mi camino en el cognitivismo. En esos años, en la Argentina, los textos nos llegaban en inglés o los comprábamos en nuestros viajes. Con un grupo de trabajo de profesionales apasionados por este nuevo enfoque, nos convertimos en viajeros insaciables de conocimiento.

Cuando en 1985 apareció "Trastornos de ansiedad y fobias", me di cuenta de la dimensión que los aportes de Beck tendrían para el porvenir de la psicoterapia. Dotado de una mente privilegiada enriqueció la psicoterapia legalizando en un marco teórico y técnico lo que algunos hacíamos desde el sentido común, pero que vivíamos como una herejía al marco conceptual vigente.

La primera parte del libro, escrita por el Dr. A. Beck desarrolla un modelo explicativo de la complejidad de los trastornos de ansiedad y de las fobias. Una redacción fácil, típica de los que tienen claridad respecto de lo que quieren transmitir, conduce al lector a sentirse atrapado en la trama narrativa.

La segunda parte, que corresponde a Gary Emery, es el complemento perfecto. En ella se desarrollan los principios terapéuticos, estrategias y tácticas. Ruth Greenberg aporta lo valioso de su evaluación crítica, así como sugerencias técnicas y material clínico.

Con el objetivo de motivar al lector de habla hispana para sumergirse en este texto, enfatizaré algunos de los conceptos que me impactaron en su momento y aún hoy me parecen los pilares de la comprensión de estos trastornos.

Los invito a un viaje a través de sus contenidos.

Se parte de la función de la ansiedad en la adaptación, explicando cómo un mecanismo desarrollado para proteger al individuo se puede volver en su contra.

Luego se desarrolla la temática de los síntomas, su significado y su aparición en los desajustes perceptivos. Un concepto fundamental es el procesamiento cognitivo para estimar el peligro y activar estrategias. Son destacables las conceptualizaciones vinculadas al modelo cognitivo de las reacciones a una amenaza, y la teorización sobre estructuras cognitivas y reglas ansiógenas.

La siguiente parada en el camino, un concepto atrapante: la vulnerabilidad, como una tendencia del individuo a devaluar su propia capacidad de afrontar una situación y exagerar el grado de amenaza. En nuestro viaje, nos detenemos en los capítulos que refieren a las características del paciente ansioso, los rasgos del pánico, los significados de las fobias, la agorafobia, las ansiedades por miedo a la evaluación externa. La descripción de estos cuadros es enriquecida por conceptos originales expresados en una redacción fluida y clara que no deja dudas al lector.

En nuestro viaje llegamos a la segunda parte del libro. En este tramo recorreremos los programas de tratamiento. Beck aclara: “la TC es más que la suma de técnicas, es un sistema de psicoterapia basado en 10 principios”. Solo teniendo claridad conceptual, se pueden explorar estrategias y técnicas. En la ruta aparecen carteles luminosos: reestructuración cognitiva, desarrollo de la autoconciencia, identificación de pensamientos automáticos, técnica de registro, interpretaciones alternativas, reatribución, descatastrofismo, descentración, ampliar la perspectiva, modificar imágenes, identificar distorsiones cognitivas, aceptación activa, autoinstrucciones, metáforas. Increíble la cantidad de recursos técnicos para el profesional.

Con el correr de los años, las ideas de Beck originadas en la observación clínica demostraron tener un respaldo científico. Sus discípulos e innumerables grupos de profesionales en el mundo desarrollaron teorías enriquecedoras y un enorme caudal de investigación. Al decir de Beck: “se ha demostrado que la terapia cognitiva es eficaz para una amplia gama de trastornos de ansiedad”.

Considero que este libro debe formar parte en nuestra biblioteca de las obras de consulta de los maestros de la psicoterapia. No solo es fundamental para los que se inician en la profesión, sino también un texto de referencia para los profesionales de experiencia.

Pocas veces en la historia de la psicología aparece una figura cuyas ideas originales son semillas que originan un movimiento de tal magnitud. Su legado merece el mayor de los reconocimientos.

*“No existen más de dos reglas para escribir:
tener algo que decir y decirlo”*

Oscar Wilde

SARA BARINGOLTZ

*Directora Centro de Terapia Cognitiva Buenos Aires
Fundadora de la Asociación Argentina Terapia Cognitiva*

Prólogo a la edición de 2005

Desde la primera publicación de este libro, un corpus importante de obras ha respaldado en el plano empírico la teoría y la terapia de los trastornos de ansiedad. Aunque nuestro enfoque se basó principalmente en la observación clínica, sus principios han encontrado un respaldo sólido y amplio en la bibliografía especializada. Asimismo, la continua investigación ha perfilado dicho enfoque terapéutico. Además, se ha demostrado que la terapia cognitiva es eficaz para una amplia gama de trastornos de ansiedad: el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno de estrés postraumático, la fobia social y la preocupación patológica por la salud o hipocondría. Actualmente se acepta generalmente que las personas con trastornos de ansiedad presentan sesgos cognitivos hacia las amenazas que las hacen hipersensibles al peligro de su entorno y las lleva a interpretar situaciones ambiguas como amenazadoras (abstracción selectiva) o a exagerar amenazas menores (magnificación). La investigación ha demostrado que, subyacente a estos errores cognitivos, se encuentra todo un sistema de creencias disfuncionales con relación a un peligro.

David A. Clark y yo escribimos un artículo que ampliaba nuestro modelo original proponiendo una secuencia en tres fases del proce-

samiento de la información(1). Dicho procesamiento, impulsado por la activación de esquemas cognitivos, pasa de ser automático e inconsciente a ser consciente y estratégico. Un rasgo ulterior en la evolución del enfoque cognitivo ha sido el desarrollo de modelos elaborados para cada uno de los trastornos de ansiedad específicos. Investigadores británicos como David M. Clark, Anke Ehlers, Paul Salkovskis y Adrian Wells han ampliado asimismo estos modelos e incrementado su especificidad. Concretamente, Clark ha perfilado el modelo cognitivo original de pánico con el concepto de “interpretación errónea y catastrofista de las sensaciones corporales”(2). Y nuestra propia obra ha demostrado que el fijar por entero la atención en las experiencias físicas y psicológicas excluye un razonamiento realista respecto a su naturaleza benigna(3).

Comprender los trastornos de ansiedad y las fobias

Nuestra perspectiva cognitiva de los trastornos de ansiedad y las fobias ha sido un importante estímulo para más de veinte años de trabajo teórico y empírico. Los nuevos modelos cognitivos de trastornos de ansiedad se han inspirado en sus rasgos más importantes, como por ejemplo en el esquema cognitivo, o creencias, que predispone a los individuos a procesar información de manera sesgada, así como en la tendencia a centrar la atención en la amenaza o a malinterpretar estímulos ambiguos. El modelo original ha generado subsiguientemente numerosas hipótesis verificables, y su longevidad es una buena prueba de su capacidad explicativa a la hora de dar cuenta de la fenomenología de los distintos trastornos de ansiedad:

Sesgos de memoria. Varias líneas de investigación empírica se han destinado a validar determinados aspectos del procesamiento de información sesgado descritos en este volumen. Así, por ejemplo, Emery y yo hemos descrito la manera en que individuos ansiosos centran la atención en la amenaza ignorando posibles recursos de salvación. Asimismo, varios experimentos que emplean la tarea de stroop emocional e investigan tareas de detección han descubierto que los individuos angustiados o ansiosos atienden selectivamente a

estímulos semánticos y gráficos de carácter amenazador(4). Más aún, varios estudios que han empleado estímulos enmascarados de contenido amenazador y neutral han revelado que los sesgos de atención se dan fuera de la conciencia(5). Estos estudios han confirmado nuestra hipótesis de que estos sesgos son automáticos y a menudo escapan al control consciente. También propusimos que los individuos ansiosos *malinterpretaban* como peligrosas situaciones que eran neutrales. Esta hipótesis la han confirmado numerosos estudios que demuestran que, cuando a personas ansiosas se les presentan escenarios ambiguos que encierran un daño potencial, dichas personas tienen mayor tendencia a considerar más verosímiles las explicaciones negativas o catastrofistas de determinados acontecimientos que las personas no ansiosas(6).

Nuestra teoría también sugería que la activación de un conjunto cognitivo inadaptivo debía sesgar toda la secuencia del procesamiento de información, desde la percepción hasta la recuperación de la memoria a largo plazo. Algunos investigadores que examinan la recuperación intencional de información atinente a una amenaza generalmente encuentran un sesgo de memoria en el trastorno de ansiedad generalizada, aunque no así otros que siguen otras estrategias de investigación(7). Pero se han descubierto sesgos de memoria sistemáticos en el trastorno de pánico y en el trastorno de estrés post-traumático(8). Otros investigadores han examinado asimismo la memoria implícita, o determinados casos en los que estímulos anteriormente presentados influyen en la conducta de una persona cuando ésta no trata conscientemente de recuperar esa información. La memoria implícita se demuestra cuando los participantes completan raíces de palabras con palabras previamente evaluadas a mayor velocidad de lo que cabría esperar de manera aleatoria; y la investigación demuestra que los individuos ansiosos lo hacen sobre todo cuando completan raíces de palabras relacionadas con una amenaza (9). Este tipo de sesgos de memoria implícita se han encontrado en todos los trastornos de ansiedad(10).

Las imágenes. Los últimos estudios confirman nuestra tesis de que la “imagería” es un mecanismo cognitivo importante que mantiene los síntomas de ansiedad. Ya dijimos que algunos pacientes con

trastornos de pánico tienen imágenes de miedo que acompañan a sus pensamientos automáticos negativos en los casos de ansiedad aguda(1). Wells, Clark y Ahmed hablan de pacientes con fobias sociales que tienen recuerdos de situaciones sociales desde una perspectiva de observador fundamentalmente, lo que limita el grado en el que atienden a aspectos de la conducta ajena en estos recuerdos que potencialmente des-confirmarían creencias negativas sobre su actuación(12). Hirsch, Clark, Mathews y Williams han demostrado asimismo que los síntomas de ansiedad aumentan y el rendimiento objetivo disminuye cuando los individuos con fobia social mantienen una imaginación negativa, en vez de neutral, durante las interacciones sociales(13). Así, los resultados del corpus de investigación de la imaginación relacionada con la ansiedad elevan la posibilidad de que la activación de imágenes amenazadoras juegue un papel sustancialmente distinto en diferentes patologías.

Asociaciones implícitas. Los estudiosos de la ansiedad han aplicado las tareas de asociación implícita al examen de las estructuras o esquemas cognitivos relacionados con el miedo en individuos con fobias específicas(14). La tarea de asociación implícita es una tarea informática de tiempo de reacción que mide la fuerza de las asociaciones de conceptos en la memoria, lo cual es otro indicador de procesamiento esquemático. La lógica subyacente a esta tarea es que los estímulos se clasifican más deprisa cuando el objetivo y los adjetivos cuadran con las asociaciones automáticas de los participantes (por ejemplo, arañas y mal) que cuando no cuadran (por ejemplo, arañas y bueno). Teachman, Gregg y Woody han descubierto que los participantes aracnofobos reaccionan más deprisa a la asociación de arañas con descriptores negativos que a la asociación de serpientes con descripciones negativas, y que los participantes ofidiofóbicos siguen el modelo opuesto(15). En su estudio de seguimiento, Teachman y Woody han señalado que estas asociaciones implícitas están atenuadas si se sigue una psicoterapia, lo que sugiere que las estructuras de esquemas relacionados con la ansiedad se modifican con intervenciones psicosociales exitosas(16). Así, la tarea de asociación implícita tiene la capacidad de ofrecer datos que definen los parámetros y la estructura de esquemas inadaptivos asociados con trastornos de ansiedad.

Atención centrada en uno mismo. Existen pruebas empíricas suficientemente sólidas que sugieren que los individuos ansiosos muestran sesgos de atención hacia las amenazas del entorno, de modo que detectan los peligros potenciales más deprisa que los individuos no ansiosos y centran la atención en la amenaza a expensas de los estímulos neutrales o del factor seguridad. Cuando individuos socialmente ansiosos se encuentran en una situación embarazosa vuelven la atención sobre sí mismos en vez de fijarse en el entorno(17). Este cambio de atención afecta al rendimiento en algunos casos, aumentando la emoción negativa y activando cogniciones negativas(18). Esta línea de investigación suscita la interesante noción de que en la fobia social se dan cita varios tipos de sesgo de atención, cada uno de los cuales es susceptible de tratamiento con la terapia cognitiva(19).

La fusión pensamiento-acción es la creencia de que pensamientos y creencias inaceptables ejercen un influjo tangible en el mundo(20). La fusión pensamiento-acción de *probabilidad* es la creencia según la cual el tener un pensamiento inaceptable aumenta la probabilidad de que ocurra el acontecimiento adverso, mientras que la fusión pensamiento-acción *moral* es la creencia según la cual el tener un pensamiento inaceptable es casi equivalente a haber llevado a cabo dicho acto. Según Shafran y Rackman, los ejemplos de fusión pensamiento-acción reflejan una responsabilidad percibida, e inflada, respecto del daño. Más aún, la importancia de estos pensamientos se suele interpretar de manera exagerada. Aunque es escaso el trabajo empírico con muestras clínicas en este ámbito de investigación, los estudios realizados sugieren que la fusión pensamiento-acción es relevante para muchos trastornos de ansiedad, entre ellos el trastorno compulsivo obsesivo y el trastorno de ansiedad generalizada, así como la depresión.

Trastornos de pánico

Hasta la fecha, la piedra angular de las teorías cognitivas del pánico la han constituido las cogniciones con miedo desencadenadas por experiencias físicas y psicológicas, como las que se describen

en este volumen, o también por interpretaciones falsas y catastrofistas de estas sensaciones, tal y como las describe D.M. Clark(21). Si bien este tipo de reacción a las sensaciones fisiológicas constituye una característica importante de los trastornos de pánico, representa sólo uno de los procesos cognitivos presentes en los mismos. Las creencias inadaptivas conforman otra capa de cognición que predispone a los individuos ansiosos a malinterpretar sentimientos ambiguos a la vez que procesa esta información de manera sesgada. Recientemente, nuestro grupo ha aportado pruebas en el sentido de que los pacientes con pánico suscriben en efecto estas creencias aun cuando no se encuentren en un estado de ansiedad aguda, y de que el grado en el que estas creencias son características de ellos mismos decrece en el transcurso de la terapia cognitiva(22). Cuando se activa una creencia como, por ejemplo, “un latido acelerado significa que me va a sobrevenir un ataque al corazón”, es probable que el individuo experimente ansiedad o también pánico, siempre y cuando se dé un *tercer componente*. Este imprescindible tercer componente es la *fijación* total de la atención del paciente en las sensaciones y sus interpretaciones. Un estudio realizado por Wenzel, Sharp, Sokol y Beck, para el que han empleado el Cuestionario de Fijación de la Atención, una medida de auto-informe objetiva, ha validado este enfoque del pánico(23).

En una presentación ampliada de nuestra teoría cognitiva del pánico, yo señalé que los individuos con trastorno de pánico se caracterizan por un problema cognitivo relativamente excepcional: tienen la atención fijada en su experiencia subjetiva (mareo, palpitaciones, etcétera). Esta fijación tiene como resultado la incapacidad para acceder a información correctiva, así como para razonar y emplear un enfoque racional susceptible de evaluar sus pensamientos atemorizantes(24). Esta fijación de la atención es una perturbación del procesamiento, que es independiente de pensamientos concretos pero que trastoca la capacidad de reevaluar las cogniciones hipervalentes. Este fenómeno lo describí como una “disociación de los procesos reflectivos de nivel-más-elevado respecto del procesamiento cognitivo automático, a la vez que hacía hincapié en que los pacientes con pánico carecen de capacidad para reflexionar sobre lo

que está ocurriendo y para distanciarse de sus miedos en mitad de un ataque(25). Su auto-absorción en su miedo predomina sobre su capacidad para emplear técnicas susceptibles de realizar valoraciones realistas.

Así, el modelo completo del pánico consiste (a) en cogniciones de miedo respecto a experiencias físicas o mentales ambiguas, (b) en subrayar actitudes disfuncionales respecto a amenazas médicas, y (c) en la fijación total en el *significado* de estas experiencias.

Fobias sociales y otras patologías

Los modelos cognitivos de fobia social están contruidos sobre nuestra noción de “círculo vicioso” al afirmar que las personas socialmente ansiosas centran la atención en sus síntomas de ansiedad durante situaciones evaluadoras(26). Este centrarse en ellas mismas les hace perderse importantes pistas sociales y experimentar un decremento objetivo en su actuación social. Wells ha contribuido de manera importante a nuestra comprensión de la fobia social al distinguir entre dos tipos de preocupación(27). El tipo I se refiere a la preocupación por acontecimientos externos mientras que el tipo II se refiere a la creencia negativa sobre el hecho de preocuparse. Por ejemplo, “Si me preocupo, ocurrirán cosas malas”. Por su parte, Riskind ha respaldado a nivel empírico este concepto del aspecto “acechador” de la amenaza presente en la ansiedad(28). Finalmente, se han propuesto modelos cognitivos específicos para otros estados relacionados con la ansiedad, entre los que destaca la formulación de la comprobación compulsiva y del trastorno del estrés postraumático(29).

Terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad

Desde la publicación de este volumen, se han llevado a cabo numerosas investigaciones acerca de la aplicación de las técnicas cognitivas y conductuales a los trastornos de ansiedad. Muchos de estos estudios se han inspirado, para su marco teórico y muchas de

sus técnicas, en capítulos importantes de este libro. Otros estudios, como por ejemplo los de Barlow y Borkovec y sus colegas, se han realizado desde una perspectiva conductual pero empleando muchas de las estrategias cognitivas aquí descritas. Estos investigadores han aplicado la expresión “terapia de conducta cognitiva” para describir su enfoque particular. Las reseñas bibliográficas generalmente describen los distintos enfoques, incluido el de la terapia cognitiva, bajo la etiqueta de “terapia cognitivo conductual”. El empleo de esta denominación puede inducir a error, pues unas veces denota un tratamiento basado en el modelo cognitivo y otras describe un paquete de técnicas cognitivas y conductuales basadas en un modelo conductual o un marco teórico que no son en absoluto específicos.

Sobre estos enfoques consolidados ha habido un número suficiente de estudios para garantizar un meta-análisis, en el cual se combinan las muestras de cada uno de dichos estudios para ofrecer un número de casos suficientemente grande para certificar la importancia y superioridad estadística de la terapia cognitivo conductual (TCC) sobre los controles. Estos estudios también ofrecen “magnitudes de efecto”. Una magnitud de efecto de 1,0, por ejemplo, significa que el 87% de los pacientes del grupo TCC han mejorado más que los incluidos en el grupo de control. Los meta-análisis llevados a cabo por Chambless y Gillis (1993) y Chambless y Peterman (2004), así como por Gould y otros (1997), indican que la TCC es superior a los controles en el trastorno de ansiedad generalizada y en el trastorno de pánico(30).

A fin de evaluar el impacto clínico de la terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad en las pruebas clínicas, nos hemos propuesto segregar los estudios que utilizaban explícitamente la formulación cognitiva.

El trastorno de ansiedad generalizada. Los estudios empíricos han demostrado que la terapia cognitiva es un tratamiento eficaz del trastorno de ansiedad generalizada. En uno de los primeros estudios controlados (Butler, Cullington, Hibbert, Klimes y Gelder, 1987) se comparó a pacientes que tenían un programa de gestión de ansiedad con un grupo control de lista de espera, y se halló una amplia mag-

nitudo de efecto del tratamiento y una mejoría muy importante en la ansiedad y la depresión. Estos datos se repitieron posteriormente al administrar el programa cognitivo conductual al grupo de lista de espera. Las ganancias de tratamiento basadas en un promedio de 8,7 sesiones las mantuvieron ambos grupos tras un seguimiento de seis meses. Durante este seguimiento, se estudió la contribución relativa de los componentes del tratamiento cognitivos y conductuales(31). A un total de cincuenta y siete sujetos se les aplicó aleatoriamente un tratamiento cognitivo conductual (modelado sobre nuestra terapia cognitiva), una terapia conductual o un grupo control de lista de espera. Los datos obtenidos de estos tratamientos, aplicados individualmente, indicaron una “clara ventaja” para la terapia cognitiva sobre la terapia conductual basada en medidas de resultado de ansiedad, depresión y cognición. Es interesante notar que, mientras que se ausentaron bastantes sujetos del grupo de terapia conductual (16%), no se observó ningún abandono en el grupo de terapia cognitiva. Los datos tras seis meses de seguimiento indicaron el mantenimiento de los beneficios del tratamiento.

Durham y Turvey habían realizado un estudio similar en 1987. Sus hallazgos, basados en dividir aleatoriamente a cuarenta y un pacientes con trastorno de ansiedad generalizada en dos grupos: uno de terapia cognitiva y otro de terapia conductual, no arrojaron ninguna diferencia importante entre los dos grupos una vez finalizado el tratamiento. Sin embargo, en el transcurso de los seis meses de seguimiento, los pacientes de la terapia cognitiva o bien mantuvieron ganancias de tratamiento o incluso mejoraron en un gran número de medidas de resultado, mientras que los pacientes de la terapia conductual volvieron al estado anterior al tratamiento. En un estudio posterior, se evaluó el valor y la relación coste-eficacia de la terapia cognitiva en comparación con la terapia psicodinámica(32). Los resultados indicaron la superioridad de la terapia cognitiva sobre la psicoterapia analítica. Otros pacientes adscritos a la terapia cognitiva también mostraron niveles más altos de cambio clínicamente importante en comparación con el grupo de gestión de ansiedad tras un año de seguimiento (33). Se descubrió de nuevo que los pacientes de la terapia cognitiva habían mejorado más. Además, se advirtieron

también importantes reducciones en el uso de medicamentos y actitudes más positivas hacia el tratamiento en los pacientes de terapia cognitiva. Un importante estudio de resultado a largo plazo de la terapia cognitiva (basado en datos conseguidos tras un período de seguimiento de entre ocho y catorce años) mostró asimismo unos niveles claramente inferiores de gravedades sintomáticas y de afecto negativo en los pacientes que recibían terapia cognitiva(34).

En un estudio publicado con anterioridad (Power, Jerrom, Simpson, Mitchell y Swanson, 1989), a ciento un pacientes con trastorno de ansiedad generalizada se les aplicó aleatoriamente uno de los cinco tratamientos siguientes: 1) diazepam, 2) pastillas placebo, 3) terapia cognitivo conductual, 4) diazepam más terapia cognitivo conductual, y 5) placebo más terapia cognitiva(35). Los datos de post-tratamiento y de seis meses de seguimiento demostraron la superioridad de la terapia cognitiva sola.

Estos datos se vieron respaldados por un estudio publicado después (Power, Simpson, Swanson, Wallace, Fristner y Sharp, 1990), que comparaba la eficacia relativa de la terapia cognitiva, el diazepam y la pastilla placebo en treinta y un pacientes con trastorno de ansiedad generalizada(36). Se descubrieron magnitudes de efecto más grandes para la terapia cognitiva. Estas ganancias de tratamiento se mantuvieron de nuevo en pacientes de terapia cognitiva que manifestaron una necesidad más baja de subsiguientes intervenciones psicotrópicas y terapéuticas en los doce meses de seguimiento.

Trastorno de pánico. La terapia cognitiva del trastorno de pánico se basa en nuestro modelo de tratamiento así como en las adaptaciones posteriores de Clark y Salkovskis (1991)(37). La utilidad de las intervenciones cognitivas para el tratamiento del trastorno de pánico ha sido objeto de varios estudios(38). Con relación a la terapia cognitiva, Levitt, Hoffman, Grisham y Barlow han notado grandes y globales magnitudes de efecto para la frecuencia del pánico, para el miedo al miedo y para la ansiedad generalizada(39). Los datos de seguimiento de uno de los doce meses han revelado el mantenimiento de las ganancias de tratamiento o incluso una ulterior mejoría en pacientes que reciben terapia cognitiva.

Los efectos a corto y largo plazo de la terapia cognitiva centrada en el trastorno de pánico se han investigado en un estudio realizado por nuestro grupo(40). A treinta y tres pacientes diagnosticados con trastorno de pánico los dividimos de manera aleatoria en dos grupos: uno de terapia cognitiva centrada en el individuo y otro de psicoterapia de apoyo breve. Pues bien, se descubrieron reducciones significativamente mayores en síntomas de pánico y ansiedad general en pacientes de terapia cognitiva. El resultado tras ocho semanas de tratamiento fue un 71% de pacientes sin pánico dentro del grupo de terapia cognitiva por un 25% dentro del grupo de psicoterapia de apoyo. Son particularmente notables los datos tras un año de seguimiento: un 87% de los pacientes de terapia cognitiva no había tenido ningún ataque de pánico. Unos resultados parecidos (un 79% sin pánico) se obtuvieron con pacientes de psicoterapia de apoyo después de ser tratados con terapia cognitiva.

La terapia cognitiva se comparó después con otros tratamientos psicológicos y farmacológicos. Clark y otros aplicaron aleatoriamente a sesenta y cuatro pacientes con trastorno de pánico terapia cognitiva, relajación aplicada, imipranima o control en lista de espera(41). Tres meses después, la terapia cognitiva era superior tanto a la imipramina como a la relajación aplicada. Quince meses después, los beneficios del tratamiento cognitivo se mantenían todavía y se reconocían superiores tanto a la relajación aplicada como a la imipranima. Una versión más breve de la terapia cognitiva se demostró también eficaz en el tratamiento del trastorno de pánico. Clark y otros (1999) evaluaron la eficacia de un protocolo de terapia cognitiva plena y de un protocolo de terapia cognitiva breve frente a un grupo control de lista de espera(42). Los resultados, basados en un total de cuarenta y tres pacientes, certificaron la superioridad de la terapia cognitiva ofrecida tanto en formato pleno como breve en todas las medidas. Ambos tratamientos arrojaron unas magnitudes de efecto muy grandes y casi idénticas (aproximadamente 3,0). Los beneficios del tratamiento en las dos variedades de terapia cognitiva se mantuvieron igualmente tras doce meses de seguimiento.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Ehlers y Clark (2000) han suministrado una terapia “basada en la teoría” y personalizada

para el TEPT basada en el modelo cognitivo. Hasta la fecha, la terapia cognitiva para el tratamiento del TEPT se ha visto validada empíricamente por cuatro estudios (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus y Fennell, en fase de impresión, estudios 1 y 2; Ehlers, Clark, Hackman y otros, 2003; Gillespie, Duffy, Hackmann y Clark, 2002)(43). Las dimensiones de efecto globales referidas de pre-tratamiento –a– post-tratamiento han sido notables y consistentemente amplias (van de 2,5 á 2,82). Los datos de seguimiento son alentadores en cuanto que reflejan el mantenimiento de estos sustanciales beneficios del tratamiento.

Los datos empíricos más recientes sobre la utilidad de un programa de tratamiento cognitivo para pacientes con TEPT son los aportados por Ehlers, Clark, Hackmann, McManus y Fernell(44). Estos autores habían dado fe anteriormente de mejorías muy importantes para el TEPT y la depresión, así como para síntomas de ansiedad en una serie de casos consecutivos de veinte pacientes con TEPT. Recientemente, han dado a conocer sus hallazgos basados en una prueba controlada aleatoria en la que se comparaba la terapia cognitiva con una variedad de lista de espera. La terapia cognitiva ha dado como resultado unas reducciones importantes en síntomas de TEPT, discapacidad, depresión y ansiedad tras seis meses de seguimiento. El resultado del tratamiento estaba relacionado con cambios en cogniciones postraumáticas disfuncionales de los pacientes, tal y como se esperaba sobre la base del modelo cognitivo.

Otro respaldo importante para el modelo cognitivo de intervención lo ha suministrado otra prueba controlada aleatoria, centrada en recientes TEPT en supervivientes de accidentes de vehículos motorizados(45). Varios pacientes con TEPT fueron tratados o bien con terapia cognitiva o con un librito de autoayuda de terapia cognitivo conductual o con evaluaciones repetidas, y se descubrió que la terapia cognitiva era la más eficaz para reducir síntomas de TEPT, discapacidad, depresión y ansiedad. Durante un seguimiento de nueve meses, los pacientes de la terapia cognitiva mantuvieron sus beneficios y muy pocos se “clasificaron” para un diagnóstico de TEPT.

También se ha investigado empíricamente la eficacia del modelo cognitivo propuesto por Ehlers y Clark (2000) suministrando trata-

miento cognitivo a una serie consecutiva de noventa y un pacientes con TEPT que habían sido víctimas del atentado con coche bomba de Omagh, Irlanda del Norte, en agosto de 1998(46). Una media de ocho sesiones de terapia cognitiva suministradas por el experimentado Equipo de asistencia psicológica a los afectados por el atentado de Omagh tuvo como resultado importantes mejorías en TEPT, comparables a datos suministrados en anteriores pruebas de investigación.

La terapia cognitiva de la fobia social basada en nuestro trabajo ha sido igualmente objeto de amplia atención en el transcurso de la última década. Según D.M. Clark, un número importante de pacientes no consigue beneficiarse de las opciones de tratamiento actuales(47). Y, según Heimberg y otros, responden al tratamiento menos del 60% de sus pacientes tratados en grupos de terapia cognitivo conductual(48). Comprender los factores cognitivos subyacentes a la fobia social es importante para tratar a pacientes que no consiguen responder a métodos cognitivos conductuales combinados y para obtener un cambio cognitivo global(9). Los tratamientos cognitivos basados en este modelo se han revelado eficaces en estudios de casos concretos de pacientes socio-fóbicos(50).

D.M. Clark ha evaluado la eficacia de esta intervención cognitiva en el tratamiento de quince casos, referidos consecutivamente, de fobia social(51). El tratamiento consistía en dieciséis sesiones, y las dimensiones de efecto pre-post fueron bastante amplias, con una mejoría sustancial generalizada. Con posterioridad, D.M. Clark y otros han dado a conocer sus hallazgos en una prueba controlada por placebo y aleatoria de terapia cognitiva frente a la fluoxetina en el tratamiento de la fobia social(52). Aunque se ha notado una importante mejoría para las tres variedades de tratamiento, la terapia cognitiva se ha revelado superior en el tratamiento medio y posterior para todas las medidas de fobia social. Esta superioridad ha persistido en un seguimiento de doce meses. Por su parte, Scholing y Emmelkamp han tratado aleatoriamente a setenta y tres pacientes con fobia social con 1) exposición en vivo, con 2) terapia cognitiva seguida de exposición en vivo, o con 3) terapia cognitivo-conductual en el que ambos componentes están integrados desde el principio(53). Según los datos obtenidos después de tres meses de seguimiento, la mayor

mejoría la ha registrado el tratamiento en grupo consistente en terapia cognitiva, seguido de la exposición en vivo. Curiosamente, el menor progreso lo ha registrado el grupo integrado.

Ansiedad por la salud. Nuestra teoría cognitiva de la ansiedad (1985) ha contribuido de manera importante a la comprensión y tratamiento de la hipocondría, una forma de ansiedad por la salud persistentemente grave(54). Las intervenciones cognitivas de la ansiedad por la salud pretenden cambiar los parámetros distorsionados del pensamiento con debates y experimentos conductuales ideados y llevados a cabo en colaboración (Barsky, Geringer y Wool, 1988; Salkovskis, Warwick y Deale, 2003)(55). Warwick, Clark Cobb y Salkovskis (1996) han aplicado aleatoriamente a treinta y dos pacientes la terapia cognitiva o el control de lista de espera, y se ha constatado una mejoría o ganancias importantes en pacientes con un tratamiento activo, ganancias que se han mantenido durante los tres meses de seguimiento. En otra prueba controlada (D.M. Clark y otros, 1998), la terapia cognitiva conductual se ha comparado con un paquete de gestión del estrés y un grupo de control de lista de espera(56). Se han registrado ganancias importantes en varias medidas clave para la variedad cognitiva conductual, ganancias mantenidas por los pacientes durante el año de seguimiento. Por su parte, Avia y otros (1996) hablan de la prueba controlada de una intervención educativa cognitiva de grupo en la que los pacientes que recibían tratamiento cognitivo mostraban una importante disminución de los temores relacionados con la enfermedad, los síntomas somáticos y las creencias disfuncionales, registrándose efectos positivos a largo plazo asimismo durante el año de seguimiento(57). Basándose en un estudio controlado aleatorio de ciento dos pacientes tratados con seis sesiones de terapia cognitivo conductual, y de ochenta y cinco pacientes tratados con atención médica habitual, Barsky y Ahem (2004) hablan de efectos de tratamiento clínicamente importantes(58). Tras doce meses de seguimiento, los datos indican niveles significativamente inferiores de ansiedad relacionada con la salud y de creencias de carácter hipocondriaco en pacientes que reciben intervenciones conductuales cognitivas.

En suma, pues, que el marco teórico suministrado en este volumen se ve respaldado por una gran cantidad de pruebas y estudios.

Más aún, al perfilarse y ampliarse ulteriormente el modelo cognitivo básico, ha aumentado nuestra comprensión no sólo del trastorno de ansiedad generalizada y del trastorno de pánico sino también del trastorno de estrés postraumático, de la fobia social y de la hipocondría. La aplicación clínica de teorías y estrategias a cada uno de estos trastornos demuestra que estamos ante los enfoques psicoterapéuticos preferidos.

Notas

1. Beck, A.T., y Clark, D.A., “An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes”, *Behavior Research and Therapy*, 35, 1997, 49-58.

2. Clark, D.M, “A cognitive model of panic”, *Behavior Research and Therapy*, 24, 1986, 461-470.

3. Beck, A.T., “Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy”, S. Rachman y J.D. Maser eds., *Panic: Psychological Perspectives*, 1988, pp. 91-109. Hillsdale, NJ, Erlbaum. Wenzel A, Sharp I.R., Sokol L y Beck A.T., “An Investigation of Attentional Fixation in Panic Disorders”, 2004, manuscrito entregado para publicación.

4. MacLeod C., Mathews A y Tata P., “Attentional bias in emotional disorders”, *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 1986, 15-20. Mogg K. y Bradley B.P., “Selective orienting of attention to masked threat faces in social anxiety”, *Behavior Research and Therapy*, 40, 2002, 1403-1414.

5. Mogg K., Bradley B.P., Williams R. y Matthews A., “Subliminal processing of emotional information in anxiety and depression” *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 1998, 285-290.

6. Amir N., Foa E.B. y Coles M.E., “Automatic activation and strategic avoidance of threat-relevant information in social phobia”, *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 1998, 285-290.

7. Greenberg M.S. y Beck A.T., “Depression versus anxiety: A test of the content-specificity hypothesis”, *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 1989, 9-13.

8. Coles M.E. y Heimberg R.G., “Memory biases in the anxiety disorders: Current status”, *Clinical Psychology Review*, 22, 2002, 587-627.

9. Matthews A., Mogg K., May J. y Eisenck M., “Implicit and explicit memory bias in anxiety”, *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 1989, 236-240.

10. Coles M.E. y Heimberg R.G., "Memory biases in the anxiety disorders: Current status", *Clinical Psychology Review*, 22, 2002, 587-627.

11. Ottaviani R., y Beck A.T., "Cognitive aspects of panic disorder", *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 1987, 15-28.

12. Wells A., Clark D.M y Ahmed S., "How do I look with my mind's eye: Perspective taking in social phobic imagery", *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1998, 631-634.

13. Hirsch C.R., Clark D.M., Matthews A. y Williams R., "Self-images play a causal role in social phobia", *Behaviour Research and Therapy*, 41, 2003, 909-921.

14. Greenwald A.G., McGhee D.E. y Schwartz J.L.K., "Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test", *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1998, 1464-1480.

15. Teachman B.A., Cregg A.P. y Woody S.R., "Implicit associations in fear-relevant stimuli among individuals with snake and spider fears", *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 2001, 226-235.

16. Teachman B.A. y Woody S.R., "Automatic processing in spider phobia: Implicit fear associations over the course of treatment", *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 2003, 100-109.

17. Hope D.A., Gansler D.A. y Heimberg R.G., "Attentional Focus and causal attributions in social phobia: implications from social psychology", *Clinical Psychology Review*, 9, 1989, 49-60.

18. Woody S.R., "Effects of focus of attention on social phobic anxiety and social performance", *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 1996, 61-69.

19. Woody S.R., Chambless D.L. y Glass C.R., "Self-focused attention in the treatment of social phobia", *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1997, 127-129.

20. Shafran R. y Rachman S., "Thought-action fusion: A review", *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 2004, 87-107.

21. Clark D.M., "A cognitive model of panic", *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1986, 461-470.

22. Wenzel A., Sharp I.R., Brown G.K., Greenberg R. y Beck A.T., *Dysfunctional Beliefs in Panic Disorder: The Panic Beliefs Inventory*, 2004, manuscrito entregado para publicación.

23. Wenzel A., Sharp I.R., Sokol L y Beck A.T., *An Investigation of Attentional Fixation in Panic Disorder*, 2004, manuscrito entregado para publicación.

24. Beck A.T., "Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy", S. Rachman y J.D. Maser eds., *Panic: Psychological Perspectives*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1998, pp. 91-109.

25. Beck A.T., "Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy", S. Rachman y J.D. Maser eds., *Panic: Psychological Perspectives*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1998, p. 101.

26. Clark D.M. y Wells A., "A cognitive model of social phobia", R.G. Heimberg, M. Liebowitz, D.A. Hope y F. Schneier eds, *Social Phobia, Diagnosis, Assessment, and Treatment*, Nueva York, Guildford, 1995.

27. Wells A., "Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder", *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 1995, 301-320.

28. Riskind J.H., Williams N.L., Gessner T.L., Chrosniak L.D. y Cortina J.M., "The looming maladaptive style: Anxiety, danger, and schematic processing", *Journal of personality and Social Psychology*, 79, 2000, 837-852.

29. Rachman S., "A cognitive theory of compulsive checking", *Behaviour Research and Therapy*, 40, 2002, 624-639. Ehlers A. y Clark D.M., "A cognitive model of posttraumatic stress disorder", *Behaviour Research and Therapy*, 38, 2000, 319-345.

30. Chambless D.L. y Gillis M.M., "Cognitive therapy of anxiety disorders", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1993, 248-260. Chambless D.L. y Peterman M., "Evidence on cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder and panic disorder", R. Leahey ed., *Contemporary Cognitive Therapy*, Nueva York, Guildford, 2004. Gould R.A., Otto M.W., Pollack M.H. y Yap L., "Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis", *Behavior Therapy*, 28, 1997, 285-305.

31. Butler G., Fennell M., Robson P. y Gelder M., "Comparison of behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1991, 167-175..

32. Durham R.C, Murphy T., Allan T., Richard K., Treliving L.R. y Fenton G.W., "Cognitive therapy, analytic psychotherapy, and anxiety management training for generalized anxiety disorder", *British Journal of Psychiatry*, 165, 1994, 315-323.

33. Durham R.C., Fisher P.L., Treliving L.R., Hau C.M., Richard K y Stewart J.B., "One-year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder: Symptom change, medication usage and attitudes to treatment", *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 1999, 29-35.

34. Durham R.C., Chambers J.A., MacDonald R.R., Power K.G. y Major K, "Does cognitive behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials", *Psychological Medicine*, 33(3), 2003, 499-509.

35. Power K.G., Jerrom, D.W.A, Simpson R.J., Mitchell, M.J. y Swanson V., "A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam and placebo in the management of generalized anxiety", *Behavioural Psychotherapy*, 17, 1989, 1-14.

36. Power, K.G., Simpson R.J., Swanson V., Wallace L.A., Feistner A.T.C. y Sharp D., "A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam and placebo in the management of generalized anxiety disorder", *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 1990, 267-292.

37. Salkovskis P.M. y Clark D.M., "Cognitive therapy for panic attacks", *Journal of Cognitive Psychotherapy: Special Panic Disorders*, 5, 1991, 215-226.

38. Beck A.T., Sokol L., Clark D.A., Berchick R. y Wright F., "A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder", *American Journal of Psychiatry*, 149(6), 1992, 778-783. Clark D.M., Salkovskis P.M., Hackmann A., Middleton H., Anastasiades P. y Gelder M.G., "A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder", *British Journal of Psychiatry*, 164, 1994, 759-769. Clark D.M., Salkovskis P.M., Hackmann A., Wells A., Ludgate J. y Gelder M., "Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 1999, 583-589. Margraf J. y Schneider S., "Outcome and Active Ingredients of Cognitive Behavioral Treatments for Panic Disorder", ensayo presentado en la reunion de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Nueva York, Newman C.F., noviembre 1991. Beck J.S., Beck A.T. y Tran G.Q., "Efficacy of Cognitive Therapy in Reducing Panic Attacks and Medication", ensayo presentado en la reunion de la Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco, noviembre 1990. Sokol L., Beck A.T., Greenberg R.L., Wright F.D. y Berchick R.J., "Cognitive therapy of panic disorder: A nonpharmacological alternative", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 1989, 711-716.

39. Levitt J.T., Hoffman E.C., Grisham J.R. y Barlow D.H., "Empirically supported treatments for panic disorder", *Psychiatric Annals*, 31, 2001, 478-487.

40. Beck A.T., Sokol L., Clark D.A., Berchick R. y Wright F., "A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder", *American Journal of Psychiatry*, 149(6), 1992, 778-783.

41. Clark D.M., Salkovskis P.M., Hackmann A., Middleton H., Anastasiades P. y Gelder M.G., "A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder", *British Journal of Psychiatry*, 164, 1994, 759-769.

42. Clark D.M., Salkovskis P.M., Hackmann A., Wells A., Ludgate J. y Gelder M., "Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 1999, 583-589.

43. Ehlers A., Clark D.M., Hackmann A., McManus F., Fennell M.J.V., Herbert C. y otros, "A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessment as early interventions for PTSD", *Archives of General Psychiatry*, 60, 2003, 1024-1032. Gillespie K., Duffy M., Hackmann A. y Clark D.M., "Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb", *Behaviour Research and Therapy*, 40, 2002, 345-357.

44. Ehlers A., Clark D.M., Hackmann A., McManus F. y Fennell M.J.V., "Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder: Development and evaluation", *Behaviour Research and Therapy*" (en imprenta).

45. Ehlers A., Clark D.M., Hackmann A., McManus F., Fennell M.J.V., Herbert C. y otros, "A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessment as early interventions for PTSD", *Archives of General Psychiatry*, 60, 2003, 1024-1032.

46. Ehlers A. y Clark D.M., "A cognitive model of posttraumatic stress disorder", *Behaviour Research and Therapy*, 38, 2000, 319-345. Gillespie K., Duffy M., Hackmann A. y Clark D.M., "Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb", *Behaviour Research and Therapy*, 40, 2002, 345-357.

47. Clark D.M., Ehlers A., McManus F., Hackmann A., Fennell M., Campbell H., Flower T., Davenport C. y Louis B., "Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 2003, 1058-1067.

48. Heimberg R.G., Liebowitz M.R., Hope D.A., Schneier F.R., Holt C.S., Welkowitz L.A. y otros, "Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome", *Archives of General Psychiatry*, 55, 1998, 1133-1141.

49. Wells A., "Modifying social anxiety: A cognitive approach", R.W. Crozier ed., *Shyness: Development, Consolidation and Change*, Nueva York, Routledge, 2000.

50. Bates A. y Clark D.M., "A new cognitive treatment for social phobia: A single-case study", R.L. Leahy y D.E. Thomas eds., *Clinical Advances in Clinical Psychotherapy: Theory and Application*, Nueva York, Springer Publishing, 2002. Bowers W.A. y Yates W.R., "Cognitive therapy during discontinuation of alprazolam for social phobia", *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29(2), 1992, 285-287.

51. Clark D. M., "Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them", *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1999, S5-S27.

52. Clark D.M., Ehlers A., McManus F, Hackmann A., Fennell M., Campbell H., Flower T., Davenport C. y Louis B., "Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 2003, 1058-1067.

53. Scholing A. y Emmelkamp P.M., "Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment", *Behaviour Research and Therapy*, 31(7), 1993, 667-681.

54. Salkovskis P.M., Warwick H.M.C. y Deale A.C., "Cognitive-behavioral treatment for severe and persistent health anxiety (hypocondriasis)", *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(3), 2003, 353-367.

55. Barsky A.J., Geringer E. y Wool C, "A cognitive-educational treatment for hypocondriasis", *General Hospital Psychiatry*, 10, 1988, 322-327.

56. Clark D.M., Salkovskis P.M., Hackmann A., Wells A., Fennell M., Ludgate J. y otros, "Two psychological treatments for hypocondriasis: A randomized controlled trial", *British Journal of Psychiatry*, 173, 1998, 218-225.

57. Avia M.D., Ruiz M., Olivares M.C., Guisado A.B., Sánchez A. y Varela A, "The meaning of psychological symptoms: Effectiveness of a group intervention with hypocondriacal patients", *Behaviour Research and Therapy*, 34, 1996, 23-31.

58. Barsky A.J. y Ahem D.K., "Cognitive behavior therapy for hypocondriasis: A randomized controlled trial", *Journal of the American Medical Association*, 292(12), 2004, 1464-1470.

Prólogo a la edición de 1985

El fenómeno de la ansiedad lleva varios siglos reclamando la atención de los escritores. Durante los últimos años, un alud de publicaciones ha abordado este tema, sirviendo incluso de título para la sinfonía de Leonard Bernstein *The Age of Anxiety (Tiempos de ansiedad)*. La importancia de la ansiedad para la conducta, tanto normal como anormal, resulta asimismo refrendada por el papel primordial que le asigna toda una variedad de teorías de aprendizaje y psicoanalíticas.

Este volumen es un intento por comprender la ansiedad desde una perspectiva algo diferente. La tesis principal es que la cognición, o el procesamiento de información, es un proceso esencial de la adaptación. Cuando existe una perturbación en el mecanismo de la cognición, se da la consiguiente perturbación en el sentir y la conducta. Más aún, según nuestra perspectiva cognitiva, la corrección de una perturbación en el pensamiento alivia las perturbaciones en el sentir y la conducta.

Asignar un papel primordial a la cognición o al procesamiento de información suscita varias cuestiones. ¿Cómo se desarrolló un aparato que podía hacer a los seres humanos tan magníficamente capa-

ces de adaptarse a los peligros del entorno y al mismo tiempo de hundirse en penalidades indeseadas en forma de ansiedad, depresión y otros trastornos psicológicos? O también, ¿cómo unas presuntas perturbaciones en el procesamiento de información pueden explicar los distintos síntomas de los trastornos de ansiedad? Finalmente, ¿qué se puede hacer para invertir dichos trastornos?

Este libro quiere ser el reflejo de un cambio relativamente reciente producido en el *Zeitgeist* de las ciencias conductuales. Tras hacer exclusivamente hincapié en el afecto, la motivación y la conducta, hemos pasado a centrar más bien la atención en la adquisición, clasificación, interpretación y almacenamiento de la información. Este cambio –la denominada revolución cognitiva– ha producido un fuerte impacto en disciplinas tan diversas como la antropología, la psicología social, la ciencia política, la psicología clínica y el psicoanálisis.

El presente libro se divide en dos partes. La primera, escrita por mí en solitario, aborda el cuadro clínico de los trastornos de ansiedad y de las fobias a la vez que ofrece un modelo explicativo para dar cuenta de la rica complejidad de estos fenómenos. La segunda parte, escrita por Gary Emery, se detiene en los principios terapéuticos, las estrategias y las tácticas desarrolladas sobre la base del modelo cognitivo de los trastornos de ansiedad y de las fobias.

Un tema importantísimo de la parte I es la aparente perversidad de algunos sistemas que se desarrollaron para proteger al individuo pero que evolucionaron de tal manera que se volvieron en su contra. Intentaré demostrar cómo los síntomas de ansiedad son sendas manifestaciones de mecanismos de supervivencia dirigidos por los procesos cognitivos. El valor adaptativo del procesamiento de información se puede observar ya en seres relativamente simples como la ameba y el paramecio, que están programados para tomar decisiones rápidas a fin de ajustarse a los cambios del entorno. En los humanos, un proceso análogo filtra datos relevantes, toma decisiones y pone en marcha una conducta adaptativa; también juega un papel importante en la generación de la ansiedad.

En la parte I se sostiene que las respuestas, innatas o pre-programadas, son tan relevantes para los humanos como para los organis-

mos unicelulares. La importancia de la conducta pre-programada en animales no humanos es algo generalmente aceptado. Algo más difícil puede ser aceptar la noción de que, en gran medida, los humanos funcionan de manera similar a otros animales. Los procesos psicológicos conscientes son pocos –la mayoría son involuntarios–. En ningún otro ámbito es tan evidente el funcionamiento de estos procesos no volitivos como en los trastornos de ansiedad, en los que, por ninguna razón aparente, uno puede quedarse repentinamente mudo, con la mente en blanco o completamente paralizado. En esta sección, intentaré desentrañar el misterio de reacciones tan paradójicas.

La parte I adopta un enfoque abierto de la causa de la ansiedad. No señalamos ningún factor cognitivo como “causante” de los trastornos de ansiedad. Aunque los procesamientos cognitivos aberrantes producen toda una variedad de sentimientos e inhibiciones desagradables, dichos mecanismos los desencadena también toda una variedad de factores. En el futuro, habrá que delinear el papel de la herencia, la experiencia y los factores hormonales en la activación de estos mecanismos.

En la primera parte de este libro intentaré explicar cómo un aparato desarrollado para fines de supervivencia es capaz de producir tanta angustia en el individuo. En el primer capítulo se definen varios términos y conceptos, particularmente la distinción entre miedo y ansiedad, o miedo realista e irrealista, así como las diferencias en la movilización del peligro, tanto presente como futuro. Se hará especial hincapié en la función de la ansiedad con respecto a la adaptación.

En el segundo capítulo se analizan los síntomas como manifestaciones de la hiperactividad de ciertos sistemas vitales. El funcionamiento de estos sistemas se da en toda una variedad de modelos que desempeñan distintas funciones. Sólo cuando se produce un desajuste sustancial entre la percepción del entorno y las características reales de dicha percepción se produce una perturbación psicológica.

El problema de este desajuste es objeto del capítulo 3, que se centra en la relación entre el pensamiento, por una parte, y la afectividad y la conducta, por la otra. En este capítulo 3 se hace hincapié en

la importancia del procesamiento cognitivo para estimar el peligro y activar estrategias primitivas que le hagan frente. En el capítulo 4 se desarrolla la tesis de que en los trastornos de ansiedad se activa un “nuevo programa” o modo. El modo cognitivo deja su sello en la manera en que se procesa buena parte del aporte ambiental. Así, ciertos conjuntos de “normas” se usan para clasificar como peligrosos acontecimientos relativamente inocuos; las normas tienden a exagerar la probabilidad así como el grado de peligrosidad en situaciones levemente amenazadoras.

En el capítulo 5 se explora un problema psicológico clave en los trastornos de ansiedad; a saber, la generalizada sensación de vulnerabilidad. De ésta se habla primero en tanto en cuanto que es una tendencia del individuo a devaluar su capacidad para resolver problemas así como para exagerar el grado de amenaza en una situación problemática. Las conductas disfuncionales se ven como funciones o estrategias básicas para la autoprotección. Lo más probable es que los parámetros auto-protectores se movilicen en ámbitos donde el individuo se siente específicamente vulnerable. Estos ámbitos vulnerables, que abarcan sectores públicos y privados, consisten específicamente en las amenazas a la vinculación social de una persona o a su sentido de la individualidad, su libertad o su identidad.

Estos capítulos constituyen el cimiento teórico para la comprensión de los trastornos de ansiedad generalizados debatidos en el capítulo 6. La exploración de los pensamientos e imágenes automáticos de un paciente revela sus temores específicos y sus peculiares construcciones de situaciones problemáticas. Se debatirá la diferenciación entre un trastorno de ansiedad generalizada y la depresión desde los puntos de vista de una imagen personal más positiva, desde una perspectiva de futuro más optimista y desde los recuerdos más agradables de experiencias pasadas por parte del paciente ansioso. Se prestará una atención especial a la tendencia del paciente ansioso a criticarse por deficiencias o actuaciones (autoacusación conductual) *específicas*, por contraposición al depresivo, que tiene más probabilidades de atribuir sus problemas a una deficiencia global, estructurada (acusación caracteriológica). La relación entre los trastornos de pánico y los trastornos de ansiedad generalizada se debatirá desde el

punto de vista de un rasgo fundamental del pánico centrado en (mal) interpretar las sensaciones fisiológicas internas como indicadoras de una grave amenaza a la vida o al equilibrio psicológico.

En el capítulo 7 se habla de las fobias simples y se pasa revista a los diversos significados de cada una de las fobias más frecuentes. También se trata acerca de la importancia del sistema de creencias dual, por el que un individuo puede creer que la situación fóbica no es peligrosa mientras se halla lejos de ella pero puede cambiar de parecer al acercarse a dicha situación. El peligro que la persona atribuye a la situación lo demuestran a menudo tanto sus imágenes visuales como sus pensamientos automáticos.

El capítulo 8 trata del enigma de la agorafobia. Se cree que esta patología deriva de una combinación de varios factores, entre ellos el miedo que se tiene a estar en lugares extraños, la tendencia a interpretar sensaciones internas desagradable o inexplicables como señal de una patología grave, el impulso a escapar a lugares seguros cuando se está experimentando ansiedad y la dependencia de un cuidador que ayude a hacer frente al problema.

Las ansiedades por miedo a la evaluación –las ansiedades sociales, la ansiedad por tener que hablar en público y la ansiedad por los exámenes– son objeto de estudio en el capítulo 9. El común denominador de cada uno de estos ámbitos problemáticos es el “peligro” a que los demás evalúen la propia capacidad, y ser categorizados así como inferiores o inadecuados. Se presta asimismo especial atención a las fantasías “catastrofistas” asociadas a las posibles consecuencias de un rendimiento por debajo de la media y a la preocupación por vernos saboteados por inhibiciones internas cuando estamos pensando y hablando.

La parte II versa acerca de un programa de tratamiento basado en el modelo teórico de los trastornos de ansiedad desarrollado en la parte I. En el capítulo 10 presentamos los principios operativos de la terapia cognitiva e introducimos técnicas tratadas con más detenimiento en ulteriores capítulos. En el capítulo 11 se describen los enfoques básicos de la reestructuración cognitiva en los trastornos de ansiedad. En el capítulo 12 se presentan técnicas destinadas a

abordar el componente de la imaginería en la ansiedad y a utilizar la imaginería para aliviar un trastorno. Los componentes afectivos y conductuales de la ansiedad se abordan en los capítulos 13 y 14 respectivamente. En el capítulo 15 se describe un segundo nivel de reestructuración cognitiva, el de las preocupaciones más importantes y las suposiciones subyacentes del paciente.

Este libro lo concebimos el doctor Emery y yo en 1978, poco después de terminar *Cognitive Therapy of Depresión (Terapia cognitiva de la depresión)*, cuando desarrollamos un manual de tratamiento para la ansiedad siguiendo un formato similar al empleado para el manual descrito en dicho libro. Concluida la primera versión del manual de tratamiento para la ansiedad, nos dispusimos a “probar” varias estrategias y técnicas con pacientes del Centro para la Terapia Cognitiva de Filadelfia. Recibimos un valiosísimo respaldo por parte de los colegas de este centro y de otros colegas. Sobre la base de esta experiencia, revisamos el manual a través de dos versiones adicionales. La versión definitiva del manual de tratamiento (Beck y Emery), concluida en 1979, ha sido utilizada desde entonces por numerosos facultativos e investigadores.

A partir de dicho año, Emery y yo departimos largo y tendido mientras revisábamos y ampliábamos el manual. Aunque cada uno gravitaba sobre un componente distinto a la hora de escribir, ello no obstaculizó, sino todo lo contrario, la organización y culminación del presente volumen. Mi interés personal era principalmente el análisis teórico, mientras que, a causa de su práctica clínica, Emery estaba más capacitado para evaluar y perfilar las distintas técnicas de la terapia. Aunque la versión definitiva del libro es un ejemplo de colaboración, la primera parte lleva el sello de mi pensamiento mientras que la segunda refleja claramente su pensamiento y experiencia. Por esta razón, cada cual es el autor designado de su parte respectiva.

A lo largo del desarrollo y preparación del libro, Ruth L. Greenberg ha sido valiosísima para nosotros por sus sugerencias técnicas, sus anécdotas clínicas, el material adicional de texto aportado y su evaluación crítica, tan necesario todo ello para un texto de estas características.

Son muchas las personas que han contribuido asimismo al desarrollo y preparación de este volumen. Queremos dar las gracias en especial a los antiguos compañeros del Centro para la Terapia Cognitiva, que participaron en los seminarios semanales en los que se debatieron muchas de las ideas incorporadas finalmente en el libro. Además de estas contribuciones, yo recibí de muchos de mis colegas una retroalimentación fundamental para varios aspectos de la formulaciones teóricas aquí expuestas. Entre quienes han aportado su comprensión y sabiduría, citaremos sólo a unos pocos, entre los que destacan David M. Clark, Barbara Fleming, Michael Mahoney, Brian Shaw, Elise Sutter y Johan Rush. Algunas secciones, como por ejemplo el capítulo sobre la agorafobia, son el reflejo de las aportaciones de veinticinco facultativos y científicos conductuales; como botón de muestra, citemos a la doctora Marjorie Weishaar, que leyó todo el manuscrito y aportó muchas sugerencias de sumo valor.

Agradecemos profundamente la expertísima ayuda de nuestra editora de Basic Books, Jo Ann Miller, desde la preparación inicial del manuscrito hasta su aparición definitiva en forma de libro. Phobe Hoss, también de Basic Books, nos ha suministrado un apoyo igualmente impagable.

También quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a todas las personas que han participado en la preparación de las pruebas. Entre ellas, citaremos en primer lugar a Pat Day, que se ha encargado del grueso de la tipografía del doctor Emery. Por mi parte, yo he recibido la inestimable ayuda de Barbara Marinelli, Joan Doroba y Jeanette Weiss. Vaya también desde aquí nuestro profundo agradecimiento a Tina Inforzato, Julie Jacobs y Susan Rosati.

Muchas gracias asimismo a la revista *Journal of Nervous and Mental Disease* y a la Williams & Wilkins Company por el permiso concedido para publicar, en forma ligeramente modificada, parte del artículo de Aaron Beck "Role of Fantasies in Psychotherapy and Psychopathology", publicado en 1970 y que aparece en el capítulo 13 de este volumen. Muchas gracias también a la publicación *British Journal of Psychiatry* por su permiso para publicar, asimismo en forma modificada, las tablas que aparecen en el capítulo 9, tablas apare-

cidas originalmente en el artículo “Social Phobia; A Comparative Clinical Study”, de P.L. Amies, M.G. Gelder y P.M. Shaw, a quienes aprovechamos para darles las gracias de igual manera. Finalmente, la Asociación Psiquiátrica Americana nos ha dado generosamente permiso para reproducir secciones de la tercera edición de su *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)* (1980).

En cuanto a la lengua, decir que, si bien en su mayor parte hemos utilizado el género masculino para referirnos en términos generales a terapeutas o pacientes, en modo alguno significa ello preferencia por uno de los géneros: hemos seguido el uso tradicional simplemente por su sencillez y flexibilidad.

AARON T. BECK
febrero de 1985

I

Aspectos teóricos y clínicos

por AARON T. BECK

1

Dar la vuelta a la ansiedad: visión de conjunto

La paradoja de la ansiedad

Un violinista empieza a notar rigidez en los dedos en el momento preciso en el que va a empezar su actuación.

Delante del tribunal que la va a examinar, una estudiante nota que se le ha quedado la mente en blanco y no puede articular palabra.

Un estudiante de medicina siente que se va a marear en su primera operación.

Cada uno de estos contratiempos se caracteriza por el estado o patología que solemos llamar con el nombre de *ansiedad*. Uno de los rasgos paradójicos de la ansiedad aguda (o reacción de miedo) es que la persona que la sufre parece producir, sin querer, precisamente lo que más teme o detesta. En efecto, el miedo a un acontecimiento desagradable parece potenciar la probabilidad de que éste ocurra realmente.

Para comprender mejor cómo la ansiedad (o la reacción de miedo) parece producir precisamente las cosas que más aborrecemos, vamos a reflexionar sobre el siguiente relato de un profesor de universidad con miedo a hablar en público:

Cuando tengo que hablar ante un auditorio, espero que la mente y la voz funcionen adecuadamente, no perder el equilibrio y que todo lo demás funcione correctamente. Pero entonces el corazón me empieza a latir con fuerza, siento mucha presión en el pecho –como si éste fuera a explotar–, noto la lengua espesa y pesada, la mente se me nubla y se queda en blanco. No consigo recordar lo que acabo de decir ni lo que se supone que tengo que seguir diciendo, y noto entonces como si me faltara el aire. Apenas consigo articular una sola palabra. El cuerpo se balancea; las manos tiemblan. Empiezo a sudar y creo que me voy a caer del estrado. ¡Qué horror! ¡Qué papelón el mío!

En este pasaje podemos comprobar cómo en un episodio de miedo se ve afectado prácticamente todo sistema del organismo: (1) el sistema fisiológico se ve afectado por el sudor, un ritmo cardíaco acelerado y la sensación de mareo, (2) el cognitivo, por la anticipación de que “probablemente voy a hacer el ridículo”, (3) y el motivacional, por la vacilación y la inhibición respecto al habla y el pensamiento. En este ejemplo, toda reacción psicológica se torna perturbadora e involuntaria y controla parcialmente al individuo hasta que no ha amainado.

La naturaleza nos ha dotado de un sistema nervioso que funciona a la perfección en circunstancias normales. ¿Por qué debería funcionar adversamente justo en los casos en que más necesitamos que funcione con normalidad?

Parte de la respuesta puede ser que, hasta cierto punto, los síntomas asociados a la ansiedad son adaptativos y plantean problemas sólo en determinadas circunstancias. Otra explicación es que determinados síntomas que probablemente fueran adaptativos en nuestros ancestros prehistóricos ya han dejado de serlo. Finalmente, nuestra tendencia a exagerar la importancia de ciertas situaciones (creer que son cuestión de vida o muerte) hiper-moviliza nuestro aparato para hacer frente a las amenazas y anula así su funcionamiento normal. Se ha dicho que “la evolución favorece los genes ansiosos”. Es mejor tener “positivos falsos” (falsas alarmas) que “negativos falsos” (no ver el peligro) en una situación ambigua. Un

negativo falso..., y quedamos eliminados de la carga genética. Así, el coste de la supervivencia del linaje puede suponer toda una vida llena de penalidades.

Para desentrañar el misterio de la ansiedad, o de las reacciones de miedo, un ejemplo clínico de ansiedad aguda nos permitirá ver qué factores pueden estar presentes, además de la ansiedad subjetiva. Un hombre de cuarenta años que se había apuntado a una excursión de esquí cerca de Denver, en los descensos empezó a sentir falta de aire, transpiración abundante, mareo y flojera. También le entró frío y se apoderó de él una fuerte sensación de inestabilidad. Presa de una ansiedad grave, le costaba mucho trabajo centrarse en cualquier objeto. Todos estos síntomas se resumían en una fuerte sensación de irrealidad. Se sentía tan mal que tuvo que ser retirado en camilla y hospitalizado. Al no encontrársele ninguna anomalía física, se le diagnosticó un “ataque de ansiedad aguda”.

¿Qué perturbación psicológica pudo producirle un desquiciamiento tan completo de los sistemas fisiológico y psicológico? La clave hay que buscarla en los planos del pensamiento y la imaginación. Con anterioridad al episodio del descenso, había tenido este pensamiento repetidas veces: “Si sufriera un ataque al corazón aquí en lo alto, sería casi imposible disponer de asistencia médica”. Después, cuando empezó a respirar entrecortadamente y a acusar otros síntomas, pensó: “Esto debe de ser un ataque al corazón... Lo que dicen que siente uno cuando va a morir”. Después tuvo una *imagen* de sí mismo hospitalizado, con una máscara de oxígeno pegada a la boca, goteo en ambos brazos y un corrillo de médicos inclinados sobre él. Cada vez que tenía esta imagen, los síntomas aumentaban considerablemente. Así pues, la pieza que falta en todo este puzle no es otra cosa que la *cognición*, la interpretación de las respuestas fisiológicas normales al ejercicio en un entorno frío y con falta de aire, indicadora de un trastorno que está amenazando la vida.

Para una comprensión más completa del infortunio de este hombre se debe bucear en su situación vital general. Al parecer, puesto que todas las pruebas en cuanto a un posible trastorno orgánico dieron negativas, la reacción profunda se dio por tanto en el ámbito de

una predisposición psicológica. Es importante notar que había esquiado muchas veces antes en montañas igualmente elevadas y que había experimentado síntomas muy similares a los antes descritos. A menudo, cuando esquiaba en este ambiente empezaba a faltarle el aire, lo que iba acompañado de un dolor en el pecho, sobre todo cuando llevaba cierto tiempo esquiando. Solía tener frío y sudar abundantemente.

Pero en esta ocasión, el episodio estuvo marcado por la pérdida reciente de un familiar. Su hermano, diez años mayor que él, había muerto de un ataque al corazón hacía tan sólo unas semanas. Su tren de pensamiento discurrió entonces más o menos así: “Si eso le ocurrió a mi hermano, podría ocurrirme a mí también... Mi hermano tuvo un ataque al corazón después de practicar deporte, y lo mismo podría pasarme a mí”. Así, en vez de interpretar los síntomas de manera plausible (consecuencia de esquiar en un ambiente frío y con aire enrarecido), los interpretó en términos de lo que más temía: como un ataque coronario de fatales consecuencias.

Cuando vi al paciente una semana después del episodio, me dijo que no entendía en absoluto aquella experiencia tenida en la pista de esquí. Para determinar la naturaleza de sus pensamientos, le pregunté qué había pasado por su mente justo antes del último ataque. A principio, le costó mucho trabajo recordarlo. Luego dijo que había tenido como un “fogonazo” al notar los síntomas en el pecho. “Aquello podía ser un ataque al corazón..., igual que le había pasado a mi hermano”. Después se *imaginó* en la “uvi” recibiendo un masaje cardiaco.

El elemento crucial en los estados de ansiedad es, pues, un proceso cognitivo que puede adoptar la forma de un pensamiento automático o de una *imagen* que aparece súbitamente, como un reflejo, tras el estímulo inicial (por ejemplo, una dificultad para respirar), que parece plausible, seguida de una oleada de ansiedad. Hasta que no se identifica el eslabón perdido, o la pieza que falta, no se puede entender el “misterioso” surgimiento de la ansiedad. Por supuesto, no siempre es identificable un pensamiento o imagen específicos. Pero en estos casos se puede inferir que se ha activado un conjunto cognitivo que encierra un significado de peligrosidad.