



BASES TEÓRICAS Y APOYO EMPÍRICO DE LA INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA SOBRE LOS DESÓRDENES EMOCIONALES EN ATENCIÓN
PRIMARIA. UNA ACTUALIZACIÓN

Antonio Cano Vindel

Universidad Complutense de Madrid

2011, 17(2-3), 157-184

Resumen: Los desórdenes emocionales (DE), que incluyen trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y adaptativos, comparten con las somatizaciones una fuerte asociación con factores psicosociales, como el estrés, altos niveles de ansiedad o emocionalidad negativa, y son muy frecuentes en Atención Primaria (AP). La hiperfrecuentación de estos pacientes, el bajo grado de adecuación del tratamiento convencional a la evidencia científica y su baja eficacia han llevado a la puesta en marcha de programas de intervención psicológica de tipo cognitivo-conductual en AP, que mejoran la eficacia, la eficiencia, y están recomendados por guías clínicas de alta calidad. En el presente artículo se propone un enfoque de los DE y somatizaciones basado en problemas de regulación emocional (elevados sesgos cognitivos y aprendizaje emocional desadaptado), que defiende la posibilidad de hacer reversibles estos procesos cognitivo-emocionales que han llevado al desorden, usando técnicas cognitivo-conductuales, especialmente reestructuración cognitiva y exposición. Además, se analizan y discuten las bases teóricas de estas técnicas (que pueden ser el soporte psicológico de programas colaborativos), de acuerdo con los principios de una correcta regulación emocional (disminución de los sesgos cognitivos y aprendizaje emocional readaptado). Finalmente, se recomienda la diseminación de estos tratamientos psicológicos eficaces, con enfoque transdiagnóstico y tareas para casa apoyadas en Internet, a través de la aplicación de programas colaborativos escalonados en AP.

Palabras clave: emociones, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, atención primaria, técnicas cognitivo-conductuales, práctica basada en la evidencia científica.

Las emociones son una parte esencial de nuestra actividad cotidiana y nuestra

Abstract: Emotional disorders (ED), including anxiety, mood and adaptive disorders, and somatization share common pathways with psychosocial factors, such as stress, high levels of anxiety or negative emotionality, and are very common in primary care (PC). The frequency of PC visits made by these patients and the low efficacy of non-established evidence-based usual treatments have promoted the implementation of psychological intervention programmes of a cognitive-behavioural type to help improve the effectiveness and efficiency rates, following the recommendations of high-quality clinical guidelines. This paper proposes an integrative approach for ED and somatization based on emotional regulation problems (elevated cognitive biases and unadaptive emotional learning) that defends the possibility of reversing the cognitive-emotional processes involved in the onset of these disorders, using cognitive-behavioural techniques, especially cognitive restructuring and exposure. In addition, we analyse and discuss the theoretical foundations of these techniques (which can act as the psychological support of collaborative programmes), according to the principles of proper emotion regulation (cognitive bias reduction and adaptive emotional learning). Finally, the dissemination of these effective psychological treatments is recommended, with a transdiagnostic focus and Internet-based homework, through the implementation of collaborative stepped programmes in PC.

Key words: emotions, anxiety disorders, mood disorders, primary care, cognitive-behavioural techniques, evidence-based practice.

Title: *Theoretical and empirically supported psychological interventions for emotional disorders in primary care: An update*

memoria, dan sentido a muchos actos de nuestra vida, nos ayudan o nos impiden decidir o pensar, nos activan e impulsan a actuar o nos bloquean, son básicas para la comunicación con los demás, están siempre presentes en los grandes acontecimientos vitales, buenos o malos, y son de indudable

*Dirigir la correspondencia a:
Antonio Cano Vindel. Facultad Psicología.
Univ. Complutense Madrid. 28223 Madrid
E. Mail: canovindel@psi.ucm.es

© Copyright 2011: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

valor para los procesos de adaptación-desadaptación o salud-enfermedad. A diario tenemos una alta probabilidad de experimentar distintas emociones, como la alegría, la tristeza, el enfado, el miedo, la vergüenza, el asco, o la culpa. La investigación sobre la naturaleza de estas reacciones y su relación con la salud, tanto física como mental, se ha multiplicado en las últimas décadas y nos ha ayudado a entender este fenómeno (Cano-Vindel, 1995) y a diseñar programas de intervención para algunos desórdenes.

Al igual que nuestra vida cotidiana, los trastornos mentales más frecuentes también están impregnados de emoción (Cano-Vindel, 2011). Así, los trastornos de ansiedad (como el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, o el trastorno por estrés postraumático), los trastornos del estado de ánimo (como el episodio depresivo mayor, o la distimia), los trastornos adaptativos (de tipo ansioso, depresivo, o mixto), e incluso otros, como los trastornos por consumo de sustancias, o algunas disfunciones del sueño (insomnio), de la sexualidad (deseo, orgasmo, etc.) o de la alimentación (anorexia, bulimia, atracón), suceden en personas que han ido desarrollando gradualmente un proceso en el que cada vez han ido aprendiendo (involuntariamente) a experimentar más reacciones emocionales negativas o desagradables, como la ansiedad, la tristeza-depresión o el asco, y cada vez han ido centrando más su atención en los problemas, magnificándolos, activándose de manera creciente, llegando a un mayor grado de descontrol, que muchas veces dificulta la adaptación, o el desarrollo de una conducta adecuada al contexto, que a veces es evitado. Las personas diagnosticadas con estos trastornos mentales, que genéricamente podemos llamar desórdenes emocionales (DE), presentan niveles más altos de ansiedad y otras emociones negativas o de valencia desagradable; a su vez, suelen presentar una

probabilidad incrementada de sufrir trastornos por somatización o trastornos físicos crónicos como la hipertensión, algunos problemas digestivos, o dolor crónico.

Los grandes paradigmas de la investigación psicológica (psicobiológico, conductual, cognitivo) al abordar el tratamiento de estos trastornos mentales inevitablemente tienen en cuenta la emoción. Sin embargo, cada uno de ellos ha tomado aspectos parciales de la misma. Así, el enfoque biológico se ha centrado en la modificación, mediante el uso de fármacos, del sustrato bioquímico que acontece en la emoción y en los DE. El conductual se centró en la modificación de la conducta observable (e.g., de evitación) o en la falta de habilidades sociales y asertivas, mediante la exposición o alguna forma de aprendizaje como el entrenamiento conductual reforzado, el modelado, etc.; así como en la disminución de la activación fisiológica, mediante las técnicas de relajación. Los modelos cognitivos iniciales se centraron en algunos contenidos y procesos cognitivos, a veces demasiado específicos, como las creencias irracionales, o los pensamientos deformados, proponiendo una reestructuración o modificación de tales contenidos y procesos, que posteriormente han ido ampliando a otros procesos más generales, como la atención.

Pero todos estos grandes sistemas u orientaciones en el tratamiento de los trastornos mentales han ignorado en gran medida los aspectos de la emoción que no estaban dentro de su foco de estudio; sin embargo, a la hora de tratar los DE, suelen aparecer las distintas facetas de la emoción y no sólo las que cada modelo pretende estudiar (i.e., biológica, cognitiva, conductual). Quizás la falta de enfoque global se explique porque no ha habido tampoco unidad en el estudio de la emoción como proceso psicológico básico, que ha sido abordado por diferentes disciplinas (como la psicología, la fisiología o la bioquímica) y distintos enfoques (psicobiológico, cogni-

tivo, conductual), lo que ha dificultado la integración de conocimientos científicos a nivel básico. Tal vez porque nos encontramos frente a un fenómeno esencial para el ser humano y que además tiene muchas facetas. Así, hasta 1968 los psicólogos no reconocimos que la emoción tenía tres formas de expresión (experiencia, activación fisiológica y expresión conductual-motora) que podían reflejar respuestas emocionales altamente relacionadas, pero a veces discordantes o no sincronizadas, lo que hacía pensar en tres sistemas de respuesta emocional parcialmente independientes, pero interrelacionados (Lang, 1968): cognitivo, fisiológico y motor.

Estas reacciones surgen ante situaciones relevantes para la persona que las experimenta y para la especie como, por ejemplo, aquéllas que ponen en peligro su supervivencia o integridad, o situaciones de amenaza por la posibilidad de obtener un resultado negativo, o en las que hay en juego una pérdida importante, un daño, algún logro o satisfacción relevante para el individuo, etc. La valoración subjetiva de la situación suele tener una importancia fundamental en el tipo de emoción que se experimenta, así como sobre su intensidad (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1999). Sin embargo, en situaciones de peligro inminente los mecanismos que desatan la reacción de miedo no necesitan un procesamiento cognitivo, sino que existen programas de respuesta universal (e.g., lucha-huida) que reducen el tiempo de reacción y obedecen a un sistema biológico más primitivo (sistema límbico y amígdala), que tiene prioridad sobre el procesamiento cortical (sobre la valoración cognitiva) a la hora de determinar una respuesta de lucha, huida, paralización, o desmayo, ante este tipo de situación que implica riesgo para la supervivencia (Cano-Vindel, 1995).

Así pues, en la emoción encontramos respuestas de distinto tipo, que se reflejan en la experiencia emocional, en los cam-

bios físicos que sufre el organismo, y en su conducta. Las diferencias en las manifestaciones experienciales, fisiológicas y conductuales (discordancia, falta de sincronía) hacen pensar que estos tres tipos de respuesta obedecen a diferentes sistemas sobre los que el individuo posee un mayor o menor control voluntario (Cano-Vindel, 2003): procesamiento cognitivo, regulación automática de la actividad de los sistemas fisiológicos (sistema límbico, sistema nervioso autónomo, sistema somático, endocrino, inmune, etc.) y reglas que ponen en marcha o regulan la conducta individual y social. Cada sistema tiene sus propias normas de funcionamiento, lo que hace que en la reacción emocional encontremos algunas respuestas que podemos modificar voluntariamente, utilizando el procesamiento cognitivo, pero también otras respuestas que se aprenden o se modifican por asociación estímulo-respuesta, siguiendo las leyes del condicionamiento clásico o condicionamiento directo (e.g., condicionamiento de respuestas fisiológicas aversivas de miedo o asco), que tiene sus peculiaridades en el ser humano (e.g., el papel de la conciencia, en algunos casos) frente al bebé preverbal u otras especies. Así, tras un acontecimiento traumático se suelen desarrollar procesos de aprendizaje emocional de dos tipos, regulados por sistemas diferentes (Brewin, 1989): (1) aquellos en los que claramente interviene la actividad cognitiva, como la atención o la interpretación, que admite cierto manejo voluntario; y (2) aquellos que suponen respuestas evocadas por estímulos, en las que hay presencia de respuestas emocionales condicionadas de tipo automático, no voluntario.

La psicología ha estudiado ambos tipos de procesos de aprendizaje emocional: de tipo cognitivo (Eysenck & Eysenck, 2007) y centrado en el condicionamiento emocional (Delgado, Olsson, & Phelps, 2006). Además, los resultados de la investigación básica se han aplicado a la clínica de los

DE, en la que también se han estudiado la eficacia de las técnicas (i.e., reestructuración cognitiva y exposición) que utilizan estos principios mediante ensayos clínicos controlados aleatorizados. Hoy en día el tratamiento psicológico cognitivo-conductual contribuye de manera importante para que las personas con DE puedan desarrollar este doble proceso cognitivo-emocional (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996): (1) aprender información sobre cómo funcionan sus emociones (y los procesos cognitivos que las regulan), para qué sirven, o en qué dirección les mueven; (2) puedan también desarrollar habilidades cognitivas y conductuales para optimizar el manejo (más que el control) de sus respuestas emocionales, mediante el entrenamiento, así como realizar ejercicios que lleven a la desprogramación de respuestas automáticas involuntarias, previamente condicionadas por asociación. Según el modelo biproceso (Brewin et al., 1996), el tratamiento del trastorno de estrés postraumático, que acontece con frecuencia tras haber sufrido una situación traumática, exige dos tipos de intervención diferenciadas y ordenadas temporalmente: (1) la primera, de tipo cognitivo, para reducir las reacciones emocionales producidas por la valoración del suceso traumático; y (2) la segunda, basada en la exposición, para extinguir las reacciones emocionales experimentadas y condicionadas durante el trauma.

El aprendizaje de información y habilidades para manejar la emoción parece estar en la base de algunas técnicas cognitivo-conductuales, que han obtenido evidencia empírica a favor del tratamiento de diferentes DE, como los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Tal es así, que hoy en día encontramos enfoques, como el transdiagnóstico (Hagenaars, van Minnen, Hoogduin, & Verbraak, 2009), que investigan la eficacia de estas técnicas, con independencia de la patología concreta que pre-

sente el individuo, centrando su interés en la intervención sobre los procesos emocionales y de “regulación emocional” (Gross, 1998) que van derivando en (o han ocasionado) los diferentes trastornos mentales o físicos. De manera que los diferentes DE (i.e., distintos trastornos de ansiedad) podrían tener un origen común (fallos en la regulación emocional, basados en la falta de información, el desarrollo de sesgos cognitivos o el aprendizaje de respuestas emocionales desadaptadas) y podrían ser atendidos conjuntamente, en el mismo grupo, mediante algunas técnicas cognitivo-conductuales, que son eficaces y están basadas en principios que permiten la recuperación de una correcta regulación emocional.

En el presente artículo se propone un enfoque de los DE y somatizaciones basado en problemas de regulación emocional (elevados sesgos cognitivos y aprendizaje emocional desadaptado), que defiende la posibilidad de hacer reversibles estos procesos cognitivo-emocionales que han llevado al desorden, usando técnicas de tratamiento cognitivo-conductuales, especialmente reestructuración cognitiva y exposición, que ayudarían a recuperar la regulación emocional. Además, se analizan y discuten las bases teóricas de estas técnicas de acuerdo con los principios de una correcta regulación emocional (disminución de los sesgos cognitivos y aprendizaje emocional readaptado). Finalmente, se contrasta la evidencia empírica de algunos programas psicológicos, que han utilizado estas técnicas en el ámbito de AP y que pueden ser el soporte psicológico de programas colaborativos, comparándolos con el tratamiento convencional.

Para ello hemos llevado a cabo una revisión exhaustiva y crítica de la literatura científica, en la que se han revisado las bases de datos PubMed y PsycInfo, utilizando en los campos “palabra clave” (Mesh y Key Words, respectivamente) o “título”

(Title) o resumen (Abstract), cuando no existía la palabra clave en la base de datos Mesh de PubMed o en el Thesaurus de PsycInfo, las palabras clave pertinentes sobre emoción (emotions), regulación emocional (emotion regulation), sesgos cognitivos (cognitive biases), aprendizaje emocional (emotional learning), técnicas cognitivo-conductuales (cognitive behavior therapies), reestructuración cognitiva (cognitive restructuring), exposición (exposure), eficacia y eficiencia de estas técnicas (treatment efficacy; effectiveness, treatment), trastornos de ansiedad (anxiety disorders), trastornos del estado de ánimo (disorders, mood), somatizaciones (somatization, somatic symptoms, somatoform disorders), guías clínicas basadas en la evidencia científica (evidence-based clinical guidelines), programas de atención psicológica en AP (primary care intervention programs), enfoque transdiagnóstico (transdiagnostic approach), programas aplicados a través de Internet (Web-based cognitive-behavioral therapy programs). Además, en cada búsqueda se han seleccionado los trabajos que reunían las mayores garantías de calidad metodológica (i.e., ensayos controlados aleatorizados frente a estudios de caso, o meta-análisis rigurosos frente a revisiones narrativas).

Regulación emocional y DE

En las últimas décadas han cobrado un especial interés el estudio de las emociones, de la regulación emocional y sus relaciones con la salud, especialmente con los DE, como los trastornos de ansiedad, que guardan una estrecha relación con la reacción emocional de ansiedad y con los procesos de regulación de la ansiedad (i.e., reevaluación cognitiva, intentos de supresión, atención centrada en los síntomas) (Amsadtter, 2008; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2005; Tull, Rodman, & Roemer, 2008).

La regulación emocional (Gross, 1998) se refiere a aquellos “procesos externos e internos responsables de autoobservar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” (Thompson, 1994, p. 27-28). Gross (1998) estudió dos procedimientos de regulación emocional: (1) la reevaluación cognitiva de estímulos antecedentes; y (2) la supresión de la expresión voluntaria de la emoción. Encontró que ambos producían una disminución de la experiencia emocional, frente al grupo control (que no utilizaba ninguno de los dos métodos); sin embargo, el segundo método provocaba un aumento de la activación fisiológica. Estos procesos de autorregulación nos permiten modificar un estado emocional o volver a nuestro estado de ánimo previo y están involucrados en la aparición y mantenimiento de diferentes trastornos mentales y físicos (Hervás & Jódar, 2008), en los que se encuentran fallos en la regulación. Para demostrar esto, en un meta-análisis (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010) se examinaron las relaciones entre seis estrategias de regulación emocional (aceptación, prevención, resolución de problemas, reevaluación, rumiación y supresión) y los síntomas de cuatro DE (trastornos de ansiedad, depresión, alimentación, y los trastornos relacionados con sustancias), encontrando un gran tamaño del efecto para la rumiación, de medianos a grandes para la evitación, la resolución de problemas, y la supresión, y de pequeños a medianos para la reevaluación y la aceptación. Por ejemplo, un paciente con trastorno de pánico con frecuencia magnifica la importancia de las sensaciones físicas que produce la ansiedad y su atención se centra en dichas sensaciones, por lo que podemos suponer que este paciente no ha sido capaz de reevaluar cognitivamente la importancia de las sensaciones inocuas de ansiedad, generando sesgos cognitivos de atención e interpretación centrados en sus síntomas físicos

(Eysenck & Derakshan, 1997). Sin embargo, también es posible encontrar algún paciente que ha tenido ataques de pánico, a pesar de manifestar un nivel de ansiedad anormalmente bajo en los cuestionarios de ansiedad (en la experiencia emocional), por lo que podríamos suponer que mantiene un estilo represivo de afrontamiento (Sirgo, Díaz Ovejero, Cano-Vindel, & Pérez Manga, 2001) con el que intenta suprimir de su experiencia las respuestas de ansiedad (para evitar el malestar), procedimiento de autorregulación que, como se ha comprobado experimentalmente, suele llevar a una alta activación fisiológica. En ambos casos se habrían producido fallos en la autorregulación de la ansiedad, por caminos diferentes, que estarían en la base de los ataques de pánico.

El estudio científico de aspectos esenciales de la emoción, como las relaciones entre procesos cognitivos y emocionales, no cristalizó hasta los años 80 y 90, como puede verse en algunas revisiones y monografías (Cano-Vindel, 1989; Cano-Vindel & Fernández-Castro, 1999). Quizás por ello, hoy en día es frecuente que muchas personas presenten trastornos emocionales, pero no tengan información sobre qué son las emociones, para qué sirven o cómo manejarlas o regularlas (Cano-Vindel, 2004; Cano-Vindel & Serrano Beltrán, 2006). Así, encontramos que personas que llevan tiempo sometidas a un fuerte estrés (Cano-Vindel, Dongil Collado, & Wood, 2011a) y han desarrollado síntomas ansiosos, con frecuencia no saben qué es la ansiedad, a pesar de presentar altos niveles de respuesta en esta emoción, así como algunos problemas en la regulación de ésta y otras emociones (i.e., ira). En estos casos observamos con frecuencia ciertos patrones de relación cognitivo-emocional, como por ejemplo: (1) temor irracional a algunas reacciones o a determinados aspectos de las mismas (e.g., temor a dar una respuesta asertiva por dar excesiva importancia al po-

sible enfado de otros, incapacidad de expresar ira por temor a perder el control, miedo a ciertas situaciones o a experimentar ansiedad por temor a las sensaciones físicas, etc.); (2) pueden mostrar evitaciones a situaciones emocionales, aunque no puedan permitirse evitarlas (e.g., evitar hablar en público por culpa de la ansiedad, aunque sea una exigencia de su trabajo; o evitar viajar en avión, cuando sería lo más conveniente, etc.); (3) o pueden experimentar una elevada activación fisiológica en una determinada respuesta, como el rubor, el sudor, el temblor muscular de extremidades, o el temblor de voz, porque temen que los demás observen esta respuesta en ellos, les evalúen muy negativamente por no poder controlarla y les rechacen o les despidan del trabajo. En todos estos casos, por lo general, lo que observamos es que estas personas, además de ignorar qué son las emociones, para qué sirven y cómo se regulan, han desarrollado unos patrones de relación cognitivo-emocionales caracterizados por la presencia de importantes sesgos cognitivos y ansiedad (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van, 2007; Craske & Pontillo, 2001; Eysenck & Derakshan, 1997), así como un proceso de aprendizaje emocional “desadaptado” (i.e., evitar para reducir el malestar), lo que les conduce en la dirección opuesta a la deseada, de manera que cada vez tienen menos control sobre las reacciones emocionales que les gustaría regular, pudiendo desarrollar algún DE.

En estos casos podremos observar frecuentemente que esta persona está cometiendo una serie de errores y sesgos cognitivos, como por ejemplo: (1) prestando atención casi todo el tiempo (sesgo atencional) a una respuesta fisiológica sobre la que no tiene control voluntario; (2) está multiplicando la probabilidad subjetiva de que esa respuesta sea percibida inmediatamente por los otros con la misma intensidad que él/ella experimenta sus sensaciones

(sesgo interpretativo); (3) está magnificando la posible evaluación negativa (i.e., “es terrible ...”) que harán los demás cuando observen su respuesta fisiológica (sesgo interpretativo); (4) está pensando en lo que pensarán los otros de él, cuando en realidad él no es adivino y esos pensamientos contra él son suyos (sesgo atribucional); o (5) tiende a evitar situaciones (con lo que está reforzando su temor y su falta de control sobre esas situaciones), etc. Estos sesgos cognitivos y fallos en la regulación emocional están provocando un progresivo incremento del nivel de ansiedad. Además, se observa con mucha frecuencia que la persona que presenta estos trastornos emocionales, ya sean de tipo mental o físico, lleva ya algún tiempo desarrollando este proceso de aprendizaje cognitivo-emocional que, básicamente, conduce a potenciar las reacciones emocionales que paradójicamente quería desactivar o controlar. Véanse como muestra algunos casos clínicos tratados desde esta perspectiva cognitiva emocional en la revista *Ansiedad y Estrés*, volumen 14, número 2-3 (Dongil Collado, 2008; Vidal-Fernández, Ramos-Cejudo, & Cano-Vindel, 2008; Wood, 2008), así como el estudio sobre la eficacia de este tipo de tratamiento en un grupo de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo de Leal-Carcedo (2011).

De acuerdo con este enfoque, las respuestas emocionales desadaptada y los DE se van desarrollando a lo largo del tiempo, siguiendo un proceso de aprendizaje que incluye el condicionamiento directo de respuestas fisiológicas (reguladas por el sistema nervioso autónomo y por otros sistemas automáticos, no voluntarios) con alguna situación o estímulo, así como alteraciones progresivas en los procesos cognitivos de atención, interpretación, memoria o juicio.

Pero este aprendizaje cognitivo-emocional, que está en la base de los DE, afortunadamente puede revertirse (Berking

et al., 2008), pues podemos enseñar al paciente qué es lo que le pasa, por qué, qué hace mal y explicarle qué es lo que tiene que hacer para invertir el sentido del aprendizaje que ha desarrollado. Está comprobado que esta información cualificada es necesaria, aunque no es suficiente para llevar a cabo una intervención eficaz sobre los DE, como la fobia social (Olivares, Rosa-Alcázar, & Olivares-Olivares, 2009). Además de información, necesitará poner en práctica habilidades diferentes a éstas que ha aprendido erróneamente; por ejemplo, deberá aprender a no priorizar la información amenazante todo el tiempo, no prestar tanta atención a las respuestas fisiológicas involuntarias que pretende controlar, o tendrá que aprender a reinterpretar el significado social que los demás suelen dar a las respuestas de ansiedad cuando las observan en otra persona (lo poco que pueden observar), y tendrá que hacer exposición, bajo condiciones de control (cuando sepa regular su emoción), a las situaciones que antes evitaba. Este re-aprendizaje llevará a la solución de los DE que estaba padeciendo o comenzando a desarrollar (Brosnan, Hoppitt, Shelfer, Sillence, & Mackintosh, 2010; Cano-Vindel et al., 2011a; Dongil Collado, 2008; Herrero-Gómez & Cano Vindel, 2010; Leal-Carcedo & Cano-Vindel, 2008; Ramos-Cejudo & Cano-Vindel, 2008; Vidal-Fernández et al., 2008; Wood, 2008). Muchos grupos de investigación trabajan en el estudio de la regulación de las emociones y su relación con trastornos de ansiedad (Amstadter, 2008; Cisler, Olatunji, Feldner, & Forsyth, 2010; Hannesdottir & Ollendick, 2007), como el grupo de Michelle Craske (Arch & Craske, 2006) que desarrolla un proyecto denominado “Regulación Emocional”, cuyo objetivo es mejorar las estrategias terapéuticas que han demostrado ser eficaces para todos los trastornos de ansiedad y evaluar formas de mejorar los resultados a largo plazo del tratamiento cognitivo-conductual a través

de una amplia gama de medidas de funcionamiento. En otro grupo de investigación (Berking et al., 2008) se ha demostrado que la sustitución de partes del tratamiento cognitivo-conductual estándar (que ha demostrado ser eficaz) por entrenamiento en estrategias de regulación emocional hizo aumentar los tamaños del efecto del tratamiento sobre varias medidas en pacientes con una gran variedad de DE.

Ejemplos claros de DE, en los cuales se puede aplicar perfectamente el enfoque de la regulación emocional, son el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de pánico con agorafobia y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

1. El trastorno por estrés postraumático

En el caso del trastorno por estrés postraumático, para que se desarrolle este trastorno es necesario haber sufrido o haber sido testigo de un acontecimiento estresante de tipo traumático (en el que puede estar en juego la supervivencia); pero ésta no es una condición suficiente, puesto que la mayoría de las personas no desarrollan este trastorno al verse expuestas a este tipo de eventos (Darves-Bornoz et al., 2008). El modelo de Ehlers y Clark (2000) señala que para que se desarrolle este trastorno de ansiedad es necesario también que la persona valore cognitivamente el evento y sus consecuencias como altamente peligrosos; de manera que el mantenimiento de la sintomatología de este trastorno se produciría mayormente en aquellos individuos que procesan la información sobre el trauma de forma que lo reexperimentan como una amenaza grave y actual, pero no en aquellos que con el paso del tiempo van haciendo valoraciones menos amenazantes e interpretando su experiencia como algo pasado. Algunos estudios han explorado diferentes tipos de valoración y afrontamiento de sucesos traumáticos y su grado de eficacia en la regulación emocional (Amstadter & Vernon, 2008), señalando que algunas estrategias de afron-

tamiento de tipo evitativo, especialmente la supresión de pensamientos, tiende a crear un incremento de la sintomatología intrusiva (reexperimentación) propia del trastorno por estrés postraumático, que a su vez potencia los otros tipos de síntomas (hiperactivación, evitación, embotamiento). Por lo tanto, la regulación emocional que realiza el individuo tras la exposición al evento traumático es esencial para que se mantengan o no los síntomas y se desarrolle o no el trastorno emocional.

A su vez, el tratamiento psicológico del trastorno por estrés postraumático (Dongil Collado, 2008) requiere que el paciente aprenda a regular los síntomas cognitivo-emocionales que está sufriendo (reexperimentación, hiperactivación, evitación y embotamiento). Según Brewin et al. (1996) deben realizarse dos tipos de intervención, ordenadas temporalmente: (1) de tipo cognitivo, para reducir la valoración del suceso traumático; y (2) exposición, para extinguir las reacciones emocionales experimentadas durante el trauma que quedaron asociados a ciertos estímulos de la situación traumática. Resick et al. (2008) han estudiado por separado estos dos componentes del tratamiento (exposición repetida y cambio del significado concedido a los estímulos relacionados con el trauma) y han demostrado que ambos son eficaces, proporcionando un elevado tamaño del efecto ($d=1,82$ y $d=2,03$, respectivamente). Ehlers y Clark han desarrollado un tratamiento cognitivo basado en su modelo, que también ha obtenido excelentes resultados (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennell, 2005). Véase Dongil Collado (2008) para una descripción más detallada de los procesos de aprendizaje cognitivo-emocional implicados en el desarrollo del trastorno por estrés postraumático, así como en su tratamiento mediante el entrenamiento en habilidades de regulación emocional o de manejo cognitivo-emocional.

2. Trastorno de pánico con agorafobia

Una persona que ha tenido una reacción extrema de ansiedad, que puede cumplir los criterios de un ataque de pánico (con activación del procesamiento emocional del miedo a nivel de amígdala, un centro de conexiones neuronales que regula la activación del sistema nervioso autónomo, el estado de alerta, la respuesta de alarma y los recuerdos emocionales), en una situación concreta, puede desarrollar un condicionamiento de respuestas fisiológicas (Delgado et al., 2006) a dicha situación (se generan en la amígdala nuevas conexiones entre respuestas emocionales de tipo aver-sivo y los estímulos que las han provocado, generando así un aprendizaje emocional o recuerdo emocional), que se generaliza a situaciones similares, de manera que, al volver a exponerse a dichas situaciones, éstas provocan respuestas fisiológicas automáticas, que el individuo no puede controlar, volviendo a activarse el procesamiento y la reacción del miedo (Dunsmoor, Ahs, & Labar, 2011). Con el tiempo, dicha reacción se hace tan desagradable que la persona que la sufre tiende a evitar tales situaciones. La evitación de una situación permite que no se active temporalmente la reacción fisiológica condicionada, pero dicha asociación cobra cada vez más fuerza, lo que aumenta el temor a afrontarla.

Además, paralelamente se estará desarrollando un aprendizaje cognitivo que consiste en que el individuo identifica la situación como una amenaza muy fuerte, interpreta erróneamente sus sensaciones de ansiedad y miedo, les atribuye unas consecuencias catastróficas, que en realidad no tienen, pero todo ello lleva a un procesamiento cognitivo que activa aún más las respuestas fisiológicas que ya están asociadas a la situación. Cada individuo suele presentar una mayor reactividad fisiológica en un determinado sistema (respiratorio, cardiovascular, somático, digestivo, etc.) y se suele especializar en síntomas de un de-

terminado tipo, o condicionar más fácilmente las respuestas de ese sistema. Algunas personas, por ejemplo, tienden a hiperventilar y desarrollar temor a las sensaciones respiratorias y cardiovasculares (Wood, 2006), mientras que otros individuos tienen más facilidad para desarrollar intensas respuestas de activación de otros sistemas y es más probable que condicionen o asocien otras respuestas (sudor, rubor, temblor, sensación de mareo, etc.) con la situación amenazante. Por otro lado, el individuo va desarrollando más sesgos cognitivos, como la priorización de la información emocional sobre la neutra, prestando cada vez más atención a la situación que ha adquirido este tinte emocional de amenaza o a ciertas manifestaciones de la emoción (e.g., síntomas físicos), realizando muchas anticipaciones, que ocupan mucho tiempo de la actividad cognitiva consciente de esta persona, lo que desencadena de nuevo más reactividad fisiológica en las respuestas asociadas con la situación (Tull et al., 2008). Pero probablemente se presta más atención a la información emocional porque previamente se desarrollan sesgos interpretativos, que llevan a ver la situación ligada con algunas manifestaciones de la emoción (sensaciones físicas) como una amenaza, algo que se observa también en niños con trastornos de ansiedad (Cannon & Weems, 2010).

Todo este proceso, relacionado con el pánico a las sensaciones físicas, llevaría poco tiempo después al desarrollo progresivo de un nuevo trastorno de ansiedad, la agorafobia (evitación de un creciente número de situaciones temidas que pueden provocar ansiedad y pérdida de control), casi siempre unida a los ataques de pánico, cuya frecuencia también se va a ir incrementando y magnificando hasta llegar a cumplir los criterios diagnósticos de un trastorno de pánico con agorafobia. Sin embargo, las personas que han sufrido un ataque de pánico, pero cuentan con una explicación racional acerca de lo que les ha

sucedido (e.g., “recibió la noticia de la muerte de su padre” y consideró que su reacción era normal, o “le explicaron que había sido consecuencia de la ingesta de un fármaco que puede tener ese efecto secundario no deseado”), al no desarrollar estos procesos cognitivos sesgados, es muy probable que no desplieguen el proceso de aprendizaje emocional desadaptado ni lleguen a cumplir los criterios de un trastorno de pánico con agorafobia.

El tratamiento basado en un procedimiento de autorregulación emocional del pánico (Wood, 2008), así como de otros DE (Leal-Carcedo, 2011; Leal-Carcedo & Cano-Vindel, 2008; Vidal-Fernández et al., 2008), mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales, utiliza una combinación de reestructuración cognitiva, exposición y relajación (Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero, & Wood, en prensa), obteniendo excelentes resultados con un programa de doce sesiones (Wood, 2008) en el que el paciente aprende de nuevo a manejar sus emociones, como lo hacía antes de desarrollar el DE.

3. Trastorno obsesivo-compulsivo

Los pacientes con TOC presentan una marcada tendencia a dar mucha importancia a ciertos pensamientos cuyos contenidos son prototípicos (e.g., temor a perder el control, a la suciedad, al contagio, al desorden, a la posibilidad de hacer daño a otros). Esta excesiva importancia tiende a desarrollar los conocidos sesgos de atención e interpretación que tienden a generar elevados niveles de ansiedad, que se intentan reducir mediante la realización de conductas de control (e.g., comprobación, lavado, desinfección, reordenamiento, evitación), llamadas compulsiones que producen alguna reducción de la ansiedad, pero un refuerzo en la importancia que se concede a tales pensamientos, con el consiguiente aumento de la ansiedad y demás síntomas del TOC

(Eysenck & Eysenck, 2007; Leal-Carcedo & Cano-Vindel, 2008).

Hemos desarrollado una prueba de autoinforme, Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, IACTA (Cano-Vindel, 2001; Leal-Carcedo, 2011), basado en el modelo M.W. Eysenck, que permite la evaluación de esta tendencia a atender con una alta frecuencia los pensamientos que se van haciendo progresivamente más amenazantes y se van asociando cada vez más con mayor activación fisiológica, malestar y conductas desajustadas. La validación de este inventario, apoya el modelo teórico y ha arrojado excelentes resultados (Leal-Carcedo, 2011), que permiten considerarlo una prueba breve, fiable, válida y que puede ser utilizada como prueba de cribado para la detección del TOC, así como una buena medida para la evaluación de intervenciones. Existen subescalas del IACTA también para pánico y agorafobia, así como para fobia social, con resultados similares.

Regulación emocional, somatizaciones y condiciones físicas crónicas

El interés en el estudio de las relaciones entre emociones, regulación emocional y DE se extiende también a las somatizaciones (e.g., trastornos somatomorfos, como la hipocondría, trastorno por dolor, o trastorno por somatización) (Gilliam et al., 2010; Paquet, Kergoat, & Dube, 2005), así como a las condiciones físicas comunes y crónicas (e.g., artritis reumatoide) (van Middendorp, Geenen, Sorbi, van Doornen, & Bijlsma, 2005). Interés ampliamente justificado en ambos casos, dada la alta comorbilidad entre estos tres tipos de desórdenes.

En primer lugar, los síntomas físicos típicos de procesos emocionales en los que se producen somatizaciones son muy frecuentes en pacientes que acuden a AP, como la fatiga (57% de los casos), dolor de cabeza (40%) o dolor de espalda (39%). Estos síntomas son acumulativos (más de la

mitad de los pacientes tiene 3 ó más), tienden a cronificarse (2 de cada 3 personas los presentan desde hace más de 6 meses) y su acumulación está relacionada con ansiedad, así como con peor salud física (van der Windt et al., 2008).

En segundo lugar, existe una estrecha relación entre trastornos mentales comunes (e.g., DE) y condición física crónica (e.g., diabetes, hipertensión). Así, en un estudio llevado a cabo en 17 países (Scott et al., 2007) se encontró que todas las condiciones físicas (obesidad, diabetes, asma, hipertensión, artritis, úlcera, trastornos cardiovasculares, dolores de cuello-espalda, dolor de cabeza y múltiples dolores) se asociaron significativamente con depresión y/o trastornos de ansiedad, no habiendo variación importante en la fuerza de asociación para ambos tipos de DE (OR 1.2 – 4.5); no obstante, la comorbilidad del trastorno depresivo y de ansiedad estuvo más altamente asociada con varias de estas condiciones físicas que cada uno de estos trastornos mentales por separado.

En España, en un estudio realizado en todas las comunidades, el 53,6% de los pacientes de AP presentaron uno o más trastornos mentales, según una prueba de cribado, los más frecuentes fueron los DE y las somatizaciones: trastornos del estado de ánimo (35,8%), de ansiedad (25,6%), y somatomorfos (28,8%); el 30,3% de los pacientes tenían más de un trastorno mental actual y el 11,5% presentó comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo, ansiedad y somatomorfos (Roca et al., 2009).

Dada la alta comorbilidad entre DE, somatizaciones y condiciones físicas crónicas es muy probable que los procesos fallidos de regulación emocional estén presentes de una u otra forma en los tres tipos de trastornos, lo que permitiría adoptar un tratamiento con enfoque transdiagnóstico y

formato grupal para pacientes con cualquiera de estos desórdenes.

Técnicas cognitivo-conductuales y regulación emocional en los DE

La investigación sobre la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales y sobre la regulación emocional ha transcurrido por caminos diferentes. No obstante, juntar los conocimientos consolidados en ambas líneas puede ser de gran utilidad para conocer mejor y tratar de manera más eficaz los DE (Berking et al., 2008).

Continuando con las observaciones realizadas sobre cognición-emoción y los tipos de aprendizaje emocional, parecen existir dos tipos de principios terapéuticos o dos grandes técnicas cognitivo-conductuales (Brewin et al., 1996): la exposición y la reestructuración cognitiva. La primera sirve para reducir la asociación entre estímulos del ambiente y respuestas fisiológicas condicionadas, mediante un reaprendizaje progresivo; con la segunda, se reducen los sesgos cognitivos, que están en la base del DE.

1. Exposición

Diferentes técnicas de tratamiento cognitivo-conductual (exposición en vivo, desensibilización sistemática, exposición imaginaria, realidad virtual y exposición simulada con ordenador, desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, tensión aplicada, relajación aplicada, tareas para casa, experimentos conductuales, terapia de aceptación y compromiso, etc.), incluyen desiguales dosis de exposición (Marks & Dar, 2000) por parte del individuo a las situaciones que generan emoción de manera desadaptada. La exposición supone un reaprendizaje para la reacción emocional asociada a una situación, así como una disminución de la actividad de la amígdala (Schienle, Schafer, Hermann, Rohrmann, & Vaitl, 2007). La exposición en sí debería reducir por sí sola la respuesta condicionada, de manera que las respuestas

fisiológicas condicionadas se vayan habituando o debilitando ante la presencia de la situación, ante la cuál el individuo puede comprobar que no sucede nada catastrófico, excepto que se disparan las respuestas fisiológicas en un primer momento (Carey, 2011). Sin embargo, en el proceso de exposición también operan los factores cognitivos que acabamos de describir, por lo que resulta que la exposición, siendo una técnica muy eficaz, no siempre funciona. Para que funcione es necesario que la actividad cognitiva acompañe también, en la misma dirección, a la progresiva habituación de las respuestas fisiológicas en presencia de la situación (que de por sí tiende a provocar la exposición). Si por el contrario, una persona se expone a la situación, pero sigue activando los sesgos cognitivos de interpretación catastrofista y de atención permanente a los estímulos amenazantes y sus consecuencias magnificadas, entonces esta actividad cognitiva estará produciendo el efecto contrario a la exposición: la temida reactividad fisiológica que se pretendía reducir (Dongil Collado & Wood, 2009). Es un error creer que la exposición funcionará siempre, en cualquier circunstancia, sin tener en cuenta los procesos cognitivos, y que al cabo de un tiempo se producirá habituación. De hecho, la exposición puede producir el efecto contrario, es decir la sensibilización o aumento de la reacción emocional, si el individuo continúa interpretando erróneamente sus procesos cognitivos y emocionales cuando se está exponiendo a la situación emocional (Gross, 1998; Rayburn & Otto, 2003; Starcevic & Berle, 2006), por lo que es necesario que la exposición se produzca dentro de un proceso de aprendizaje que siga el principio de aproximaciones sucesivas (exponerse poco a poco, según se vaya dominando la situación) y el de favorecer el progresivo aumento de las habilidades cognitivo-emocionales de autorregulación emocional (Allen & Barlow, 2009) y disminución de

los sesgos cognitivos que disparan la emoción (Craske & Pontillo, 2001; Eysenck & Eysenck, 2007).

El modelo conductual radical, que predominaba en la psicología hasta los años 80, antes de que tomasen fuerza los modelos cognitivos, tuvo muchos problemas para explicar por qué no siempre se producía la extinción de la respuesta emocional tras la exposición repetida a la situación emocional. Diferentes intentos de explicación recurrieron a variables de tipo cognitivo, pese a que esta orientación radical del conductismo rechazaba la posibilidad de estudiar científicamente las variables cognitivas. Así, durante años se estuvo defendiendo que si bien la exposición repetida a la situación emocional o los recuerdos espontáneos del trauma, normalmente sería suficiente para extinguir las asociaciones condicionadas, la extinción dejaría de ocurrir si la persona que se estaba exponiendo trataba de distraerse o bloquear los recuerdos durante la exposición, lo que haría una exposición incompleta, que fallaría en su objetivo. De acuerdo con esta explicación (Keane, Zimering, & Caddell, 1985), esta evitación cognitiva de los estímulos condicionados, ya sea a través de la distracción, el bloqueo de los recuerdos u otras conductas, se vería reforzada por una reducción en el miedo, lo que llevaría al mantenimiento del trastorno emocional (por ejemplo el trastorno de estrés postraumático, pese a exponerse a los recuerdos traumáticos). Esta explicación ha llevado a una práctica profesional contraria a los principios de la regulación emocional, o a los modelos de sesgos cognitivos actuales, como el modelo de los cuatro factores de Eysenck (Eysenck & Derakshan, 1997; Eysenck & Eysenck, 2007), al insistir en la necesidad de hacer exposición mientras el paciente imagina, en todo momento, consecuencias de tipo catastrofista, que pueden conducir a la sensibilización, así como a una alta tasa de abandono terapéutico (Dongil Collado &

Wood, 2009). En cambio, según los modelos de sesgos cognitivos y de la autorregulación emocional, esta práctica clínica sería inadecuada, pues se estaría forzando al paciente a activarse (a base de aumentar el sesgo atencional e interpretativo, o fomentando una regulación emocional centrada en la rumiación), esperando que funcione así mejor la exposición, cosa que no ocurre en muchas ocasiones (aunque siempre se puede echar la culpa de estos fallos al paciente por haberse distraído o producido una evitación cognitiva mientras se exponía, como hacen algunos clínicos). En realidad, según el modelo de los sesgos cognitivos la explicación de por qué no siempre funciona la extinción sería la contraria (Eysenck & Eysenck, 2007): el problema no estaría en que el paciente ha evitado cognitivamente durante la exposición y se ha distraído (en lugar de pensar continuamente en lo que le activa), sino que la extinción fallaría porque el paciente está centrando su atención en los estímulos amenazantes y los está magnificando, actividades cognitivas que provocarán una reacción emocional más intensa y menos controlable; mientras que, por el contrario, sería más fácil que funcione la exposición cuando el paciente sepa autorregular sus procesos cognitivos y emocionales, y efectivamente disminuya los sesgos cognitivos de tipo atencional e interpretativo que provocan la activación emocional.

2. Reestructuración cognitiva

La Terapia Cognitiva es una forma de psicoterapia que postula que la forma en que un individuo percibe e interpreta eventos influye fuertemente en cómo esa persona responde a nivel emocional y conductual, por lo que su principal eje de acción se centra en la modificación de los procesos cognitivos que operan en tales percepciones e interpretaciones. Desde hace tres décadas, combina técnicas cognitivas y también conductuales para enseñar a los pacientes a desafiar las percepciones ses-

gadas y los supuestos subyacentes que pueden llevar a interpretar una situación de manera problemática. Más recientemente, además de atender los procesos interpretativos, se centra también en procesos cognitivos más generales, como la atención o la memoria, así como en sus posibles sesgos (como la excesiva atención a algunos elementos del procesamiento emocional que potencian la amenaza y la respuesta de ansiedad) o selección de recuerdos dirigida casi exclusivamente a eventos relacionados con pérdida o fracaso, que provocan el afecto negativo, especialmente la tristeza, el estado de ánimo negativo y la depresión (Dongil Collado, 2008; Eysenck & Derakshan, 1997; Eysenck & Eysenck, 2007).

La reestructuración cognitiva tradicional se basaba en modelos de intervención clínica, como el de terapia racional emotiva de Ellis o la terapia cognitiva de Beck (Cano-Vindel, 2002). Hoy en día permite también llevar a cabo una terapia basada en modelos más básicos sobre las relaciones entre cognición y emoción, siempre que haya obtenido apoyo empírico, como por ejemplo el modelo de la valoración (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1999; Lazarus & Folkman, 1986) o el modelo de los sesgos cognitivos (Bar-Haim et al., 2007; Eysenck & Derakshan, 1997). En la práctica, se trata de identificar y modificar los contenidos de la experiencia consciente (pensamientos, imágenes, sensaciones, etc.), o los procesos cognitivos (atención, interpretación, memoria, atribución, etc.) que supuestamente están implicados en la reacción emocional o en su regulación. Este procedimiento de reestructuración cognitiva (Cano-Vindel et al., en prensa) puede utilizarse para ayudar a los pacientes a conseguir los objetivos que se detallan en la Tabla 1.

Por ejemplo, en las situaciones que producen un grado excesivo de ansiedad (e.g., hablar en público para algunos individuos), es necesario informar (Cano-Vindel et al., en prensa) a la persona que sufre mucha

Tabla 1. Objetivos que se persiguen con la reestructuración cognitiva propuesta

-
- 1) adquirir la información necesaria que permita a los pacientes identificar las emociones específicas que les afectan, como la ansiedad, en todas sus manifestaciones;
 - 2) buscar los contenidos y procesos cognitivos que pueden estar en la base de estas emociones, como los pensamientos negativos, la valoración cognitiva o los sesgos cognitivos;
 - 3) identificar posibles sesgos cognitivos o alteraciones (atención, interpretación, memoria, atribución, solución de problemas, etc.), pensamientos automáticos negativos, pensamientos distorsionados, autoinstrucciones erróneas, creencias irracionales desadaptadas, esquemas disfuncionales, etc.;
 - 4) modificarlos mediante el uso de información adecuada, entrenamiento en autoobservación (para detectar y tener presente el papel de las cogniciones sobre la emoción y la conducta), fomento de habilidades de razonamiento, generalización, reinterpretación y modificación de pensamientos o autoinstrucciones (trabajando con muestras de sus problemas cotidianos recientes), aprendizaje de habilidades para contrastar posibles errores subjetivos con datos de la realidad social (i.e., probabilidad subjetiva versus real de que sucedan acontecimientos amenazantes), adquisición de destrezas para el manejo y redirección de la atención (mediante la repetición de ejercicios de focalización), reforma de estilos de procesamiento de información (entrenando repetidamente nuevos procedimientos de solución de problemas, nuevas formas de realizar atribuciones causales, habilidades para analizar la información o el fomento de la reflexividad frente a la impulsividad), etc
-

ansiedad ante esta situación (qué es la ansiedad, cómo se manifiesta en los tres sistemas, o sus relaciones con la valoración de la situación o los sesgos cognitivos), listar los posibles síntomas que debe observar, así como detectar si la valoración que hace de dicha situación puede ser clasificada como “muy amenazante” para esta persona (Lazarus & Folkman, 1986). Seguramente, habrá también que intentar modificar esta valoración de la situación (para que deje de ser amenazante y pase a ser un desafío, con lo que disminuiría la ansiedad). Para ello, será necesario discutir sobre la forma de ver o interpretar la situación, las consecuencias (reales vs. subjetivas) y la capacidad de afrontamiento del propio sujeto ante esta situación (que puede estar bloqueada por la ansiedad). Para ayudar a reducir la valoración de amenaza sobre la situación (Cano-Vindel et al., en prensa) es frecuente

utilizar la contrastación con la realidad, el razonamiento, la adopción de un estilo socrático, el uso de metáforas, la comparación de su conducta en esta situación frente a otras en las que se maneja bien, la persuasión, etc. Consiste en dedicar un tiempo al análisis del problema para hacer que el paciente se plantee que toda la dificultad que presenta esta situación reside en algo (e.g., la amenaza, como temor a hacer el ridículo), que aunque llegara a producirse en su forma más severa (ridículo, que la ansiedad sea observada por el público, etc.), en realidad no sucedería nada grave o lo que acontecería sería menos grave que lo que ya le está sucediendo por evitar esa situación (e.g., pérdida de oportunidades, sufrir, etc.). Suele ser útil analizar y modificar la interpretación subjetiva de cuatro aspectos básicos de la situación amenazante, señalados en la terapia cognitiva de Beck (Cano-

Vindel, 2002): (1) probabilidad de que suceda lo peor; (2) gravedad de las consecuencias si sucede lo peor; (3) posibilidades de afrontamiento personal de la situación; y (4) posibilidad de recibir apoyo social para afrontarla mejor. Las dos primeras cuestiones suelen estar magnificadas y en cambio sobre las dos últimas se tiende a minimizar. La reestructuración cognitiva consistiría en contrastar las valoraciones subjetivas con datos reales o datos estimados de la realidad (Cano-Vindel, 2002). Además, habría que trabajar la reducción del sesgo atencional, como la frecuencia de las anticipaciones que realiza o el tiempo que dedica a pensar en la amenaza, mediante técnicas de redirección o refocalización de la atención (Cano-Vindel et al., en prensa).

En el caso del trastorno de pánico, según el modelo de Eysenck, la atención se centra casi todo el tiempo en las sensaciones físicas de la ansiedad, cuando realmente no son peligrosas (Eysenck & Eysenck, 2007). Los sesgos cognitivos de atención e interpretación sobre estas sensaciones llevarían al desarrollo de miedo a estos síntomas de activación y niveles cada vez más altos de ansiedad, que podrían ser corregidos disminuyendo el sesgo atencional e interpretativo sobre estas señales físicas (Cano Vindel, 2007; Rayburn & Otto, 2003; Starcevic & Berle, 2006; Wood, 2008).

Una línea de investigación actual se centra en el desarrollo de modelos de vulnerabilidad cognitiva en los DE (Cano-Vindel, 2011; Leal-Carcedo, 2011), específicos para cada trastorno, así como en su contrastación empírica, el desarrollo de instrumentos de evaluación como el IACTA (Cano-Vindel, 2001), una terapia de reestructuración cognitiva basada en dichos modelos y la demostración de la eficacia de esta técnica de tratamiento (Leal-Carcedo, 2011), que se va enriqueciendo progresivamente y promete mejorar el tamaño del

efecto hasta ahora conseguido con las técnicas cognitivo-conductuales (Starcevic & Berle, 2006). Recordemos el modelo de Ehlers y Clark sobre el trastorno de estrés postraumático (Ehlers & Clark, 2000) y la terapia cognitiva que han desarrollado para este desorden (Ehlers et al., 2005), con la que han demostrado se puede obtener un gran tamaño del efecto. Otros ejemplos los encontramos en los esfuerzos por estudiar y reducir la sensibilidad a la ansiedad en pacientes con pánico (Pincus, May, Whitton, Mattis, & Barlow, 2010; Schneider & Schulte, 2008), así como en otra línea de investigación que se centra en el sesgo atencional dirigido a las sensaciones físicas de la ansiedad y el sesgo interpretativo que magnifica dichas sensaciones y las convierte en amenazas muy potentes para las personas con trastorno de pánico (Clark, 1986; Rayburn & Otto, 2003; Wood, 2008; Zvolensky, Schmidt, Bernstein, & Keough, 2006). Este enfoque de la vulnerabilidad cognitiva característica de un determinado trastorno de ansiedad está en pleno auge y puede ser una vía importante para la mejora de los tratamientos eficaces en los trastornos de ansiedad. Pero para poder demostrar la eficacia que pueda añadir al tratamiento este tipo de intervención deberían mejorarse los procedimientos de evaluación del tratamiento, de manera que no sólo se evalúe la disminución de la intensidad de la ansiedad (y de manera bastante general, con una escala de rasgo de ansiedad), sino que se enriquezca con evaluaciones más específicas, por ejemplo, de los constructos que se supone son relevantes para la vulnerabilidad (como la actividad cognitiva característica de cada trastorno), o una evaluación más exhaustiva de la emoción (tres sistemas de respuesta) y de los síntomas del trastorno de ansiedad (criterios diagnósticos).

Guías clínicas de tratamiento

Hoy en día, los tratamientos psicológicos más eficaces y eficientes para los DE

(i.e., trastornos de ansiedad) son incluidos en las guías clínicas nacionales como las del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2011a, 2011b), en el Reino Unido, que resumen la evidencia científica, se actualizan cada pocos años y dan pautas útiles a los clínicos para que apliquen este tipo de tratamientos. Estas guías suponen una importante herramienta de simplificación de la información para el clínico, así como para la diseminación de los tratamientos basados en la evidencia empírica, que se aplican a grandes capas de la población en los servicios de AP.

Estos tratamientos específicos para cada diagnóstico (i.e., trastorno de ansiedad generalizada) se han desarrollado a partir de programas de investigación que (1) han especificado un modelo cognitivo-conductual de los procesos que supuestamente mantienen un trastorno de ansiedad específico, y (2) han elaborado un tratamiento cognitivo-conductual capaz de revertir el supuesto mantenimiento de tales procesos. Estos planteamientos han sido rigurosamente evaluados en ensayos controlados aleatorizados y han informado de tamaños del efecto grandes y duraderos sobre la respuesta tomada como índice del trastorno de ansiedad (Butler et al., 2006). La Guía NICE señala que el tratamiento de los DE con técnicas cognitivo-conductuales se puede aplicar en grupo (i.e., psicoeducación), siendo un tratamiento breve, eficaz, eficiente y que puede ser incorporado a un procedimiento por pasos (escalonado o intensificado), que veremos a continuación. Sin embargo, a pesar de esta recomendación, la gran mayoría de pacientes con DE no reciben tratamiento psicológico (Cano-Vindel, 2011). Para tratar de reducir este hueco entre la investigación y la práctica, en el Reino Unido se ha puesto en marcha el programa de “Mejora del Acceso a las Terapias Psicológicas” con el fin de atender los DE en AP.

Atención escalonada o intensificada

En la atención pública de los trastornos mentales los recursos siempre son escasos frente a una alta demanda (que necesariamente ha de ser atendida inicialmente en AP), lo que obliga a dosificar los esfuerzos y economizar gastos, procurando que no se pierda la eficacia. Esto se traduce en la necesidad de poner en marcha tratamientos psicológicos grupales que sirvan para un cierto número de pacientes, los cuáles comparten algunas necesidades (e.g., información, entrenamiento en ciertas habilidades, etc.). Una primera intervención grupal puede beneficiar a muchas personas. Si la primera intervención no fuese suficiente para algún individuo, el proceso continuaría con una intervención más intensiva, o más especializada, o más adaptada al individuo, en el paso siguiente del programa. El modelo “stepped care” (atención escalonada o intensificada) recomienda una atención específica en cada una de las diferentes etapas del proceso que sigue el paciente. Cada nuevo paso representa una mayor complejidad de la intervención, asumiendo mayores medidas que en los pasos anteriores. El objetivo es satisfacer las necesidades de las personas con problemas de salud mental mediante los servicios más adecuados, dependiendo de las características de su enfermedad y sus circunstancias personales y sociales. Un tratamiento más intensivo se ofrece cuando la terapia cognitivo-conductual inicial recibida en formato grupal (i.e., autoayuda, grupos psicoeducativos) no es suficiente, proporcionando a los pacientes oportunidades adicionales para alcanzar el resultado deseado. Ver Tabla 2 para una descripción de estos pasos en diferentes DE.

Enfoque transdiagnóstico

El enfoque transdiagnóstico de la ansiedad resalta que existen escasas diferencias en la respuesta al tratamiento cognitivo-conductual estándar por parte de los dife-

Tabla 2. Atención escalonada, según la guía NICE, para el manejo de diferentes DE en AP

1. La ansiedad (NICE, 2011b):
(1) reconocimiento y diagnóstico;
(2) tratamiento en AP;
(3) examen y consideración de tratamientos alternativos;
(4) revisión y remisión a servicios especializados de salud mental; y
(5) cuidado de servicios especializados de salud mental.
2. La depresión (NICE, 2010):
(1) reconocimiento en la atención primaria y hospitales generales;
(2) tratamiento de la depresión leve en AP;
(3) tratamiento de la depresión moderada a severa en AP;
(4) tratamiento de la depresión por especialistas en salud mental; y
(5) tratamiento hospitalizado para la depresión.
3. El trastorno obsesivo-compulsivo (NICE, 2006):
(1) sensibilización y reconocimiento por parte de particulares, organismos públicos y el sistema nacional de salud;
(2) reconocimiento y valoración por los médicos de atención primaria y de salud en general (incluidos los hospitales);
(3) gestión y tratamiento inicial por los médicos, el equipo de atención primaria, personal de atención primaria de salud mental, los equipos de apoyo a la familia;
(4) atención multidisciplinar en AP o secundaria;
(5) asistencia multidisciplinar con experiencia en el trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno dismórfico corporal;
(6) atención hospitalaria o programas de tratamiento intensivo.

rentes trastornos de ansiedad (pánico, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada).

Además, también subraya una alta comorbilidad entre estos trastornos, mayor de la que cabría esperar, así como la reducción de estos trastornos comórbidos al tratar sólo el trastorno principal. Por todo ello, los distintos modelos que han surgido dentro de este enfoque concluyen que hay más similitud que diferencias entre los distintos trastornos de ansiedad, y que deberían buscarse tratamientos equivalentes para todos los desórdenes (Brown & Barlow, 2009).

Esto les lleva a formular la existencia de una patología nuclear que subyace a todos los trastornos de ansiedad considerados por el DSM-IV y la CIE-10. Aunque existen varios grupos de investigación que han

adoptado el modelo transdiagnóstico de los trastornos de ansiedad, en general desde este modelo se defiende que esta patología nuclear estaría fundamentada, por un lado, en un factor específico de hiperactivación fisiológica y, en segundo lugar, por un factor general de afectividad negativa. La afectividad negativa sería un rasgo o tendencia estable y heredable a experimentar una amplia gama de sentimientos o emociones negativas tales como preocupación, ansiedad, miedo, alteración, enfado, tristeza y culpabilidad.

Los programas cognitivo-conductuales para los distintos trastornos de ansiedad comparten ya de por sí muchos contenidos, pero si se adopta el modelo transdiagnóstico, debería hacerse un esfuerzo por delinear un protocolo de tratamiento para todos ellos, que permitiría tratar en el mismo

grupo a pacientes con diversos trastornos de ansiedad y diferentes comorbilidades. Desde hace sólo unos años, varios grupos de investigación se han lanzado a desarrollar cada uno de ellos su propio protocolo dirigido a tratar múltiples trastornos de ansiedad (sobre todo, pánico, agorafobia, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada; con menor frecuencia, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés post-traumático).

Estos protocolos transdiagnósticos de tratamiento incluyen elementos comunes a los distintos trastornos de ansiedad (Bados López, 2009), como son: (1) la información y educación sobre el papel de las emociones (psicoeducación); (2) el incremento de la motivación para tomar un papel activo en el tratamiento (buscar información, leer, practicar ejercicios, tareas para casa, etc.); (3) el entrenamiento en observación, clarificación y control emocional (autorregulación emocional); (3) el entrenamiento en ejercicios de relajación; (4) la reestructuración cognitiva o entrenamiento en autoobservación y modificación de contenidos y procesos cognitivos; (4) la exposición, en sus distintas formas, pero especialmente "en vivo"; y (5) la prevención de recaídas. Además, añaden otros elementos específicos para algunos trastornos, como la exposición interoceptiva para el pánico o el entrenamiento en asertividad para la fobia social. Véase la Tabla 3 en la que se describe un protocolo de este tipo (Barlow et al., 2011).

En el meta-análisis de Norton y Philipp (2008) se encontró que estos programas habían logrado un alto tamaño del efecto pre-post ($d = 1,29$; IC 95%: 0,66 a 1,93), que había sido significativamente mayor que el de los grupos control ($d = 0,14$; IC 95%: -0,21 a 0,49); además, las mejoras se habían mantenido en seguimientos de hasta 6 meses. Así pues, los enfoques transdiagnósticos para tratar los trastornos de ansiedad, que incorporan a individuos con

diferentes diagnósticos de ansiedad en el mismo grupo de tratamiento, pueden tener una buena utilidad para la práctica clínica. El tamaño del efecto encontrado es comparable, según los propios autores, al mostrado por técnicas cognitivo-conductuales aplicadas a grupos con diagnóstico específico ($d = 1,58$, IC 95%: 0,97 a 2,19) en otro metanálisis del mismo grupo (Norton & Price, 2007).

Pero otros autores ponen en duda si el tratamiento en grupo con trastornos de ansiedad diferentes es igual de eficaz que el tratamiento con grupos homogéneos; de ser así, se facilitaría la aplicación y propagación de las técnicas psicológicas de tipo cognitivo-conductual (Bados López, 2009). La investigación sobre este nuevo enfoque o modelo lleva poco tiempo, aunque camina a buen ritmo, pero otros datos señalan en meta-análisis de gran calidad (Hofmann & Smits, 2008) que existen diferencias en el tamaño del efecto entre diferentes trastornos de ansiedad, cuando se analizan los ensayos clínicos controlados aleatorizados realizados comparando las técnicas cognitivo-conductuales frente a placebo, habiéndose encontrado mayor eficacia en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (g de Hedges = 1,37, 95% IC: 0,64–2,20; $z = 3,23$; $p < ,001$) y del trastorno por estrés agudo (g de Hedges = 1,31, 95% IC: 0,93–1,69; $z = 6,71$; $p < ,001$), que en otros trastornos como el de pánico (g de Hedges = 0,35; 95% IC: 0,04–0,65 $z = 2,24$; $p = .03$). También se encontraron diferencias para el tamaño del efecto entre la reducción de las medidas de ansiedad y las de depresión para el conjunto de trastornos de ansiedad revisados: el tamaño del efecto (g de Hedges) fue 0,73 (95% IC: 0,88–1,65) para medidas continuas de severidad de la ansiedad y 0,45 (90% IC: 0,25–0,65) para medidas de severidad sobre síntomas depresivos. Ambos tipos de diferencias no apoyan los postulados del enfoque transdiagnóstico.

Tabla 3. Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (Barlow et al., 2011). Incluye 8 módulos.

-
- (1) aumento de la motivación y el compromiso con el tratamiento;
 - (2) comprensión de las emociones, reconocimiento y observación de las respuestas emocionales;
 - (3) entrenamiento en conciencia emocional, el aprendizaje para observar experiencias;
 - (4) valoración cognitiva y revaloración;
 - (5) evitación de la emoción y comportamiento impulsado por la emoción;
 - (6) conciencia y tolerancia de las sensaciones físicas;
 - (7) exposiciones emocionales interoceptivas y situacionales; y
 - (8) logros, mantenimiento y prevención de recaídas.
-

Así pues, una de las líneas de investigación reciente sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad persigue la idea del fenómeno transdiagnóstico: aunque los trastornos son diferentes, existe una fuerte conjunción de procesos psicológicos. Se pueden encontrar ya cerca de un centenar de artículos sobre este tema, algunos de los cuales intentan encontrar cuáles son los procesos psicológicos comunes a los trastornos de ansiedad: como la rumiación (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Watkins, 2009), los déficits en la regulación emocional, incluyendo rumiación, parada de pensamiento, solución de problemas y revaloración (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010), el perfeccionismo (Egan, Wade, & Shafran, 2011), procesamiento inadecuado de la información en la memoria (Hagenaars et al., 2009), etc. Algunos trabajos incluyen también los procesos comunes a la depresión y los trastornos de ansiedad (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011); mientras que otros se van centrando en otros trastornos, como los de la alimentación (Fairburn et al., 2009; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003), el sueño (Harvey, Murray, Chandler, & Soehner, 2011), e incluso en las bases cogni-

tivo-emocionales de la esquizofrenia, entendida desde el enfoque transdiagnóstico, tratando de encontrar procesos psicológicos comunes con otros trastornos como la depresión (Bentall et al., 2009).

Otra línea de investigación, dentro el enfoque transdiagnóstico, consiste en estudiar si la comorbilidad afecta a los resultados del tratamiento (Allen et al., 2010), demostrándose que aunque haya o no comorbilidad (trastornos comórbidos de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor) los resultados del tratamiento del pánico no se vieron afectados en una medida de la gravedad del trastorno de pánico, aunque las tasas de comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada sólo fueron significativamente menores en el postratamiento. Quienes respondieron al tratamiento mostraron una mayor reducción en las medidas de los síntomas de ansiedad y depresivos. Estos datos sugieren que los trastornos de ansiedad y depresión comórbidos no son un impedimento para la respuesta al tratamiento conjunto y el éxito del tratamiento del trastorno de pánico se asocia con una reducción de la ansiedad y los síntomas depresivos comórbidos.

Por otro lado, existen muchas revisiones que inciden en distintos aspectos que pueden apoyar el enfoque transdiagnóstico, por ejemplo, resaltando la existencia de manifestaciones clínicas comunes entre diferentes trastornos, que estarían mantenidas por procesos psicológicos comunes (McManus, Shafran, & Cooper, 2010). Así, por ejemplo, los ataques de pánico pueden darse en los diferentes trastornos de ansiedad, y los ataques de pánico están asociados a mayores puntuaciones en sensibilidad a la ansiedad (Gonzalez, Zvolensky, Hogan, McLeish, & Weibust, 2011), por lo que el entrenamiento en reducción del temor a las sensaciones físicas podría ayudar no sólo a los pacientes con trastorno de pánico, sino también a pacientes que presentan otro trastorno de ansiedad diferente con ataques de pánico o con una alta sintomatología subclínica de pánico. Ahora bien, no todos los pacientes con trastornos de ansiedad tienen pánico, o pánico subclínico, por lo que no tendría sentido entrenar en reducción de sensibilidad a la ansiedad a pacientes que probablemente no lo necesitan. Por ello, quizás sea más apropiado comenzar simplemente por dar información sobre pánico, síntomas de pánico y sensibilidad a la ansiedad, ofreciendo después una atención escalonada o intensificada ("stepped care") como la que recomienda la guía NICE (NICE, 2011b).

Aunque la investigación no ha hecho sino comenzar, sin duda el empuje de este nuevo enfoque transdiagnóstico servirá para diseminar más rápidamente los tratamientos psicológicos basados en la evidencia científica, especialmente en ámbitos como la AP, donde la necesidad de realizar el tratamiento en grupo o abreviar los procesos diagnósticos son evidentes, aunque el tratamiento psicológico individual resulte más eficaz que el tratamiento en grupo (Cabedo et al., 2010).

Programas cognitivo-conductuales en AP

En los servicios de AP de algunos países, como EEUU, Reino Unido, Canadá o Australia, se han puesto en marcha diferentes programas de atención a los DE, mediante técnicas cognitivo-conductuales, frente al tratamiento convencional. Un ejemplo de este tipo de programas nos lo ofrecen Roy-Byrne y su equipo (Roy-Byrne et al., 2010), quienes quisieron comprobar la eficacia de un modelo flexible de tratamiento, conocido como Aprendizaje y Manejo Coordinados de la Ansiedad (CALM, Coordinated Anxiety Learning and Management), frente a la terapia estándar. El CALM facilita al enfermo la elección del tratamiento: terapia cognitivo-conductual, medicación o bien ambas terapias. Se trata de un programa basado en el modelo colaborativo, en el que participan profesionales de distintas especialidades, pero que se refuerza con aplicaciones informáticas que hacen más accesibles las técnicas cognitivo-conductuales.

Se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado en 17 centros de AP de cuatro ciudades estadounidenses entre junio de 2006 y abril de 2008, a partir de un total de 1.004 pacientes con los trastornos de ansiedad más comunes: trastorno de pánico, ansiedad generalizada, fobia social y síndrome de estrés postraumático, con o sin depresión). Todos ellos tenían entre 18 y 75 años y recibieron tratamiento de 3 a 12 meses. Además, fueron evaluados a los 6, 12 y 18 meses.

Los resultados mostraron que los síntomas de ansiedad fueron más bajos para los pacientes en el grupo de intervención del CALM a los 6, 12 y 18 meses en comparación con los que siguieron el tratamiento tradicional. Así, al año, las tasas de remisión de la enfermedad en el grupo de intervención fueron del 63,7% en comparación con el 44,7% del grupo de los 'cuidados

tradicionales'. A los 18 meses, se seguían manteniendo en 51,5% y 33,3%, respectivamente. Además, se encontró que este tratamiento fue más eficaz que el convencional para cada uno de los trastornos de ansiedad considerados, incluso con presencia de comorbilidad de otros desórdenes, si bien en este caso la eficacia fue algo menor (Craske et al., 2011).

Como puede verse en este caso, este tipo de programas está obteniendo mejores resultados que el tratamiento convencional y no sólo en términos de eficacia, sino de eficiencia y costes (McHugh et al., 2007). Algunos programas de este tipo están apoyados por la atención a través de Internet o programas de ordenador, un soporte que permite incluir las pruebas de cribado iniciales, la evaluación con instrumentos de autoinforme antes y después del tratamiento, información sobre el trastorno emocional que se está trabajando en la aplicación Web o en el programa, administración de tareas interactivas automatizadas sobre autoobservación, autorregistro, reestructuración de contenidos y procesos cognitivos, técnicas de relajación o diversas formas de exposición y otras tareas para casa. Todo ello libera a los profesionales de muchas horas de trabajo, aunque se produce lógicamente una cierta merma en la comunicación con el terapeuta, pero que no afecta de una manera importante a la eficacia y reduce los costes (Kiriopoulos et al., 2008). En general se consiguen tamaños del efecto medios o grandes (.49 – 1.14) frente a la lista de espera; si bien se precisa más estudios de investigación que incluyan comparación con placebo (Reger & Gahm, 2009). Para una mejor comprensión de cómo funcionan estos programas a través de Internet, véase, por ejemplo el programa “Panic Center” (Evolution Health, 2011b), una aplicación en línea que desarrolla una intervención cognitivo-conductual, o la revisión sobre pánico en AP que hemos llevado a cabo recientemente (Cano-Vindel, Wood,

Dongil, & Latorre, 2011b). Otro programa similar, desarrollado por la misma empresa es “Depression Center” (Evolution Health, 2011a). Se trata de programas educativos autoguiados, totalmente personalizados y de fácil acceso a través de la gran red, con una duración de 12 semanas, accesible las 24 horas del día, para todas aquellas personas que están sufriendo TP con o sin agorafobia, o depresión. Los datos se recogen anónimamente a través del Web-Based Depression and Anxiety Test (WB-DAT), un test de screening (cribado) diseñado para detectar trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor, compatible con los criterios DSM-IV y el ICD-10. Como test de cribado es altamente sensible y razonablemente específico.

Existen otros programas de intervención similares al CALM, como el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (UP) del grupo de Barlow (Barlow et al., 2011), que ha demostrado ser también más eficaz que el tratamiento convencional (Wilamowska et al., 2010). Igualmente, existen otros tratamientos psicológicos más simples y breves (entre 2 y 10 sesiones) que han sido aplicados a pacientes con DE en AP y han mejorado así mismo la eficacia del tratamiento tradicional. En un metaanálisis (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace, & Underwood, 2010) de 33 ensayos clínicos controlados aleatorizados se encontró que las terapias psicológicas breves aplicadas en AP a pacientes adultos con DE son eficaces, frente al tratamiento convencional, especialmente las terapias de tipo cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad, que alcanzan un tamaño del efecto comparable al que se obtienen en otros contextos (en torno a 1.0). Las terapias breves que están basadas en consejo psicológico y solución de problemas, aplicadas a pacientes con trastornos depresivos o trastornos mixtos de ansiedad y depresión, son también eficaces pero tienen un

tamaño del efecto pequeño (entorno a .30) en comparación con el tratamiento convencional.

Discusión y conclusiones

En un trabajo previo revisamos abundantes datos sobre los DE en AP (Cano-Vindel, 2011) que incluían un claro apoyo al enfoque psicológico (que señala una fuerte influencia de factores psicosociales como el estrés o la ansiedad sobre este tipo de desórdenes), así como los problemas que presenta el tratarlos exclusivamente desde una orientación biológica, olvidando su origen cognitivo-emocional. Además, se argumentaba y se aportaban datos sobre las debilidades de nuestro sistema público sanitario en la atención de estos desórdenes y las costosas consecuencias económicas, psicológicas y sociales que ello acarrea.

En este artículo hemos revisado las bases teóricas del tratamiento psicológico con enfoque cognitivo-conductual, que se vienen desarrollando en occidente desde hace casi cien años, la evidencia científica acumulada a favor de algunas técnicas que se están mostrando altamente eficaces, con tamaños del efecto grandes y perdurables a lo largo del tiempo, los avances conseguidos por el enfoque de la autorregulación emocional (que integra las bases teóricas sobre procesamiento cognitivo-emocional, aprendizaje emocional, y las técnicas de intervención), los cambios que se han producido ya en algunos países como el Reino Unido, al adoptar un sistema de atención a los DE basado en esta evidencia (NICE, 2011b) o los enfoques experimentales más recientes (transdiagnóstico, tratamiento escalonado, reestructuración cognitiva, autorregulación emocional, etc.), que intentan llevar estos tratamientos al máximo número posible de individuos de la población que acuden a AP, a través de programas de grupo, transdiagnósticos, con tratamiento escalonado y con apoyo en las nuevas tecnologías de la información. Estos progra-

mas psicológicos con técnicas cognitivo-conductuales pueden formar parte de programas colaborativos de tipo multidisciplinar en los se integran otros tratamientos, especialmente el farmacológico y la intervención social. Esta revisión arroja resultados que van de excelentes a buenos, disminuyendo ligeramente la valoración a medida que ahorramos más costes (e.g., al reducir horas de atención directa cara a cara del terapeuta); pero siempre los resultados encontrados suelen ser mejores que los obtenidos hasta ahora con el tratamiento convencional, como se demuestra en las guías clínicas (NICE, 2006, 2009, 2010, 2011b) y programas que hemos revisado (Craske et al., 2011).

Las limitaciones de este estudio tienen que ver sobre todo con la amplitud del objetivo, pues un propósito tan amplio como dibujar las principales bases teóricas y el apoyo empírico que ha obtenido el enfoque cognitivo-conductual en la aplicación práctica de técnicas y programas es una tarea que sobrepasa las restricciones de espacio que impone un simple artículo. Además, dentro del enfoque cognitivo-conductual existe una gran diversidad de modelos, orientaciones y técnicas que, en general, han mostrado su utilidad y eficacia. Pero nosotros hemos elegido los que han mostrado mayor grado de eficacia, con tamaños del efecto mayores, y permiten una reducción de costes, frente al tratamiento convencional, basándonos en los estudios que reunían las mejores condiciones o garantías posibles de calidad metodológica (i.e., ensayos clínicos controlados aleatorizados) obtenidos en una revisión exhaustiva y crítica. Sin embargo, no hemos llevado a cabo una revisión sistemática, dada la amplitud de tópicos revisados, aunque nos hemos apoyado en las publicaciones de mayor calidad, como revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos controlados aleatorizados, siempre que los había. Para un enfoque más práctico de la inter-

vención cognitivo-conductual en DE, cuyas bases hemos analizado aquí, remitimos a otro trabajo con una orientación más clínica-aplicada (Cano-Vindel et al., en prensa), en el que recomendamos que la intervención individual en DE se lleve a cabo utilizando reestructuración cognitiva, relajación y exposición.

En el presente trabajo no hemos abordado la intervención dirigida específicamente a reducir la hiperactivación fisiológica con técnicas de relajación o farmacológicas, algo que se suele incluir con frecuencia en el tratamiento de los DE (Cano-Vindel et al., en prensa). Aunque las técnicas revisadas en este artículo (reestructuración cognitiva y exposición) reducen la activación fisiológica, tanto la relajación como los fármacos antidepresivos son eficaces en la disminución a largo plazo de la hiperactivación. Las técnicas de relajación (muscular, respiración, imaginación y sugestión) no tienen efectos secundarios y presentan un tamaño del efecto medio, que sirve de apoyo a las técnicas cognitivo-conductuales en las que nos hemos centrado (reestructuración cognitiva y exposición), que presentan un tamaño del efecto grande. Las guías clínicas NICE (NICE, 2011a) recomiendan, de acuerdo con la evidencia científica, que se usen indistintamente (dado su nivel de eficacia similar) antidepresivos tipo ISRS (inhibidores de la recaptación de la serotonina) o bien técnicas cognitivo-conductuales, en el tratamiento de algunos trastornos de ansiedad, según las preferencias del paciente a quien habría que explicarle: efectos secundarios de los antidepresivos (i.e., inhibición del deseo sexual, contaimdicación en embarazo, retraso de varias semanas en hacer efecto, durante las cuales pueden aparecer síntomas de malestar físico y psicológico, probabilidad de abandono en las primeras semanas), datos de eficacia y mantenimiento a medio y largo plazo de ambas opciones (mejor mantenimiento a largo plazo con

técnicas cognitivo-conductuales), tiempo aproximado del tratamiento (se recomienda un año de tratamiento con antidepresivos para evitar recaídas, si no se sigue tratamiento psicológico), esfuerzo que debe hacer el paciente para practicar y aprender las técnicas psicológicas, dificultades de algunas personas para lograr aprender a relajarse, etc. En cambio, dichas guías desaconsejan explícitamente el uso de ansiolíticos tipo benzodiazepinas, aunque puedan reducir la activación fisiológica a corto plazo, ya que dicho efecto es muy temporal, no han mostrando una buena eficacia a largo plazo y si problemas de adicción o accidentes (Cano-Vindel, 2011). Por supuesto, los antidepresivos se usan también en el tratamiento de la depresión; y en este punto pueden ser imprescindibles en casos de depresión grave o persistente, pero sólo opcionales como segunda opción para pacientes con depresión leve o moderada, casos en los que la terapia de elección es la cognitivo-conductual. Véanse las recomendaciones de las guías NICE para depresión (NICE, 2009, 2010).

Las conclusiones a las que hemos llegado, coinciden con las de la gran mayoría de estudios revisados: estos programas aplicados en AP obtienen mejores resultados que el tratamiento usual. Así pues, hay un cierto consenso que se va extendiendo poco a poco a la práctica en algunos países. Todo ello debería ayudar a nuestra sociedad a tomar las decisiones oportunas sobre los cambios que necesita el sistema público de salud de nuestro país en la intervención en AP de los DE, tanto para los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo de tipo leve o moderado, como las somatizaciones y trastornos físicos crónicos que cursan frecuentemente con trastornos de ansiedad y depresión.

Agradecimientos

Este artículo ha sido apoyado parcialmente por el proyecto de investigación "Crisis de ansiedad: prevalencia y factores de vulnerabilidad", financiado por el Mi-

nisterio de Ciencia e Innovación, MICINN (ref. PSI 2008-05332). Gracias también a las críticas de los revisores que me han ayudado a orientar mejor el artículo y a mejorarlo.

Artículo recibido: 18-06-2010
aceptado: 20-07-2011

Referencias

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 974-983.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217-237.
- Allen, L. B., & Barlow, D. H. (2009). Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification, 33*, 743-762.
- Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M., & Woods, S. W. (2010). Cognitive-Behavior Therapy (CBT) for Panic Disorder: Relationship of Anxiety and Depression Comorbidity with Treatment Outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*, 185-192.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 211-221.
- Amstadter, A. B., & Vernon, L. L. (2008). A Preliminary Examination of Thought Suppression, Emotion Regulation, and Coping in a Trauma Exposed Sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 17*, 279-295.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1849-1858.
- Bados López, A. (2009, 27-01-2009). Agorafobia y pánico: naturaleza, evaluación y tratamiento (2009). Universitat de Barcelona. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic: <http://hdl.handle.net/2445/6261>
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van, I. M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological Bulletin, 133*, 1-24.
- Barlow, D. H., Farchione, T., J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., et al. (2011). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. Therapist Guide*. New York: Oxford University Press.
- Bentall, R. P., Rowse, G., Shryane, N., Kinderman, P., Howard, R., Blackwood, N., et al. (2009). The cognitive and affective structure of paranoid delusions: a transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Archives of General Psychiatry, 66*, 236-247.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1230-1237.
- Brewin, C. R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review, 96*, 379-394.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*, 670-686.
- Brosnan, L., Hoppitt, L., Shelfer, L., Sillence, A., & Mackintosh, B. (2010). Cognitive bias modification for attention and interpretation reduces trait and state anxiety in anxious patients referred to an out-patient service: Results from a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*, 258-264.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*, 256-271.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31.
- Cabedo, E., Belloch, A., Carrio, C., Larsson, C., Fernandez-Alvarez, H., & Garcia, F. (2010). Group versus individual cognitive treatment for ob-

- sessive-compulsive disorder: Changes in severity at post-treatment and one-year follow-up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 227-232.
- Cannon, M. F., & Weems, C. F. (2010). Cognitive biases in childhood anxiety disorders: do interpretive and judgment biases distinguish anxious youth from their non-anxious peers? *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 751-758.
- Cano Vindel, A. (2007). La naturaleza y el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia. *Boletín de la SEAS*, 27, 11-23. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/seas/Boletine/boseas27.pdf>.
- Cano-Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense.
- Cano-Vindel, A. (1995). Orientaciones en el estudio de la emoción. In E. G. Fernández-Abascal (Ed.), *Manual de Motivación y Emoción* (pp. 337-383). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Cano-Vindel, A. (2001). *Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad (IACTA)*. Unpublished manuscript, Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Cano-Vindel, A. (2002). Técnicas cognitivas en el control del estrés. In E. G. Fernández-Abascal & M. P. Jiménez Sánchez (Eds.), *Control del Estrés* (pp. 247-271). Madrid: UNED Ediciones.
- Cano-Vindel, A. (2003). Desarrollos actuales en el estudio del control emocional. *Ansiedad y Estrés*, 9, 203-229.
- Cano-Vindel, A. (2004). *La ansiedad. Claves para vencerla*. Málaga: Arguval.
- Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17, 73-95.
- Cano-Vindel, A., Dongil Collado, E., & Wood, C. (2011a). *El Estrés*. Barcelona: Océano-Ámbar.
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., & Wood, C. M. (en prensa). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Infomació Psicològica*.
- Cano-Vindel, A., & Fernández-Castro, J. (1999). Procesos Cognitivos y Emoción. Presentación del Monográfico. *Ansiedad y Estrés*, 5, 127-128.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 5, 129-143.
- Cano-Vindel, A., & Serrano Beltrán, M. (2006). *Para no enfermar de estrés. Cómo combatir la ansiedad laboral*. Madrid: Recoletos Grupo de Comunicación.
- Cano-Vindel, A., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2011b). El trastorno de pánico en Atención Primaria. *Papeles del Psicólogo*, 32, 3-13.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8, 38.
- Carey, T. A. (2011). Exposure and reorganization: the what and how of effective psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 31, 236-248.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 68-82.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Craske, M. G., & Pontillo, D. C. (2001). Cognitive biases in anxiety disorders and their effect on cognitive-behavioral treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 58-77.
- Craske, M. G., Stein, M. B., Sullivan, G., Sherbourne, C., Bystritsky, A., Rose, R. D., et al. (2011). Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 68, 378-388.
- Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., et al. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 455-462.
- Delgado, M. R., Olsson, A., & Phelps, E. A. (2006). Extending animal models of fear conditioning to humans. *Biological Psychology*, 73, 39-48.
- Dongil Collado, E. (2008). Reestructuración cognitiva: Un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 14, 265-288.
- Dongil Collado, E., & Wood, C. (2009). El tratamiento de la fobia a volar. *Boletín de la SEAS*, 30, 10-24. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/seas/Boletine/boseas30.pdf>.
- Dunsmoor, J. E., Ahs, F., & Labar, K. S. (2011). Neurocognitive mechanisms of fear conditioning and vulnerability to anxiety. *Frontiers in Human Neuroscience*, 5, 35.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Re-*

- search and Therapy, 43, 413-431.
- Evolution Health. (2011a). Depression Center. Retrieved, March 7, 2011, from <http://www.depressioncenter.net/>
- Evolution Health. (2011b). Panic Center. Retrieved, March 7, 2011, from <http://www.paniccenter.net>
- Eysenck, M. W., & Derakshan, N. (1997). Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 3, 121-134.
- Eysenck, M. W., & Eysenck, W. (2007). Four-factor theory and the anxiety disorders. *Ansiedad y Estrés*, 13, 283-289.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavioural therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Gilliam, W., Burns, J. W., Quartana, P., Matsuura, J., Nappi, C., & Wolff, B. (2010). Interactive effects of catastrophizing and suppression on responses to acute pain: a test of an appraisal x emotion regulation model. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 191-199.
- Gonzalez, A., Zvolensky, M. J., Hogan, J., McLeish, A. C., & Weibust, K. S. (2011). Anxiety sensitivity and pain-related anxiety in the prediction of fear responding to bodily sensations: A laboratory test. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 258-266.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., Hoogduin, C. A., & Verbraak, M. (2009). A transdiagnostic comparison of trauma and panic memories in PTSD, panic disorder, and healthy controls. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 412-422.
- Hannesdottir, D. K., & Ollendick, T. H. (2007). The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 275-293.
- Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A., & Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 31, 225-235.
- Herrero-Gómez, V., & Cano Vindel, A. (2010). Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 53-59.
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19, 139-156.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- Keane, T. M., Zimering, R. T., & Caddell, R. T. (1985). A behavioral formulation of PTSD in Vietnam veterans. *Behavior Therapist*, 8, 9-12.
- Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., et al. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1273-1284.
- Lang, P. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. In J. Shlien (Ed.), *Research in Psychotherapy* (Vol. 3). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leal-Carcedo, L. (2011). *Actividad cognitiva en el trastorno obsesivo compulsivo*. Universidad Complutense, Madrid. Tesis doctoral.
- Leal-Carcedo, L., & Cano-Vindel, A. (2008). Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo desde las nuevas perspectivas cognitivas. Estudio de un caso. *Ansiedad y Estrés*, 14, 321-339.
- Marks, I., & Dar, R. (2000). Fear reduction by psychotherapies. Recent findings, future directions. *British Journal of Psychiatry*, 176, 507-511.
- McHugh, R. K., Otto, M. W., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2007). Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1038-1044.
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 186-193.
- McManus, F., Shafran, R., & Cooper, Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 491-505.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- NICE. (2006). Core interventions in the treatment of obsessive-

- compulsive disorder and body dysmorphic disorder. National Clinical Practice Guideline Number 31. Retrieved, April 22, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG/31>
- NICE. (2009). The treatment and management of depression in adults with chronic physical health problems (partial update of CG23). Retrieved, April 22, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG/91>
- NICE. (2010). Depression: the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (update). Retrieved, April 22, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG/90>
- NICE. (2011a). Common mental health disorders: identification and pathways to care. Retrieved, July 22, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG/123>
- NICE. (2011b). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care. Retrieved, March 7, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG/113>
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 521-531.
- Olivares, J., Rosa-Alcázar, A. I., & Olivares-Olivares, P. J. (2009). Transmisión de información cualificada frente a tratamiento psicológico estructurado de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal Of Clinical And Health Psychology, 9*, 241-258.
- Paquet, C., Kergoat, M. J., & Dube, L. (2005). The role of everyday emotion regulation on pain in hospitalized elderly: insights from a prospective within-day assessment. *Pain, 115*, 355-363.
- Pincus, D. B., May, J. E., Whitton, S. W., Mattis, S. G., & Barlow, D. H. (2010). Cognitive-behavioral treatment of panic disorder in adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 39*, 638-649.
- Ramos-Cejudo, J., & Cano-Vindel, A. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: el componente meta-cognitivo. *Ansiedad y Estrés, 14*, 305-319.
- Rayburn, N. R., & Otto, M. W. (2003). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: a review of treatment elements, strategies, and outcomes. *CNS Spectrums, 8*, 356-362.
- Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2009). A meta-analysis of the effects of internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 53-75.
- Resick, P. A., Galovski, T. E., O'Brien Uhlmansiek, M., Scher, C. D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 243-258.
- Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M., García Campayo, J., et al. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders, 119*, 52-58.
- Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., et al. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA, 303*, 1921-1928.
- Schienze, A., Schafer, A., Hermann, A., Rohrmann, S., & Vaitl, D. (2007). Symptom provocation and reduction in patients suffering from spider phobia: an fMRI study on exposure therapy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 257*, 486-493.
- Schneider, R., & Schulte, D. (2008). Catastrophic associations predict level of change in anxiety sensitivity in response to cognitive-behavioural treatment for panic. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 557-572.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., et al. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders, 103*, 113-120.
- Sirgo, A., Díaz Ovejero, M. B., Cano-Vindel, A., & Pérez Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés, 7*, 259-271.
- Starcevic, V., & Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. *Depression and Anxiety, 23*, 51-61.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*, 25-52.
- Tull, M. T., Rodman, S. A., & Roemer, L. (2008). An examination of the fear of bodily sensations and body hypervigilance as predictors of emotion regulation difficulties among individuals with a recent history of uncued panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 750-760.
- van der Windt, D. A., Dunn, K. M., Spies-Dorgelo, M. N., Mallen, C. D., Blankenstein, A. H., & Stalman, W. A. (2008). Impact of physical symptoms on per-

- ceived health in the community. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 265-274.
- van Middendorp, H., Geenen, R., Sorbi, M. J., van Doornen, L. J., & Bijlsma, J. W. (2005). Emotion regulation predicts change of perceived health in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64, 1071-1074.
- Vidal-Fernández, J., Ramos-Cejudo, J., & Cano-Vindel, A. (2008). Perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social: estudio de un caso clínico. *Ansiedad y Estrés*, 14, 289-303.
- Watkins, E. R. (2009). Depressive Rumination and Co-Morbidity: Evidence for Brooding as a Transdiagnostic Process. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 27, 160-175.
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27, 882-890.
- Wood, C. (2006). La hiperventilación como método de exposición interoceptiva en el tratamiento del trastorno de pánico. *Boletín de la SEAS*, 25, 10-19.
- Recuperado de <http://www.ucm.es/info/seas/Boletine/boseas25.pdf>.
- Wood, C. M. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 14, 239-251.
- Zvolensky, M. J., Schmidt, N. B., Bernstein, A., & Keough, M. E. (2006). Risk-factor research and prevention programs for anxiety disorders: a translational research framework. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1219-1239.