DAVID A. CLARK
AARON T. BECK

TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Ciencia y práctica

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER

Índice

Sobre los autores 11

Prefacio 13

PARTE I
Teoría cognitiva e investigación sobre la ansiedad

1. Ansiedad: una condición común pero multifacética 19
2. El modelo cognitivo de ansiedad 67
3. Estado empírico del modelo cognitivo de la ansiedad. 109
4. Vulnerabilidad a la ansiedad 185

PARTE II
Terapia cognitiva de la ansiedad. Estrategias de evaluación e intervención

5. Evaluación cognitiva y formulación del caso 229
6. Intervenciones cognitivas para la ansiedad 305
7. Intervenciones conductuales: una perspectiva cognitiva. . . . 391

PARTE III
Teoría cognitiva y tratamiento de trastornos de ansiedad específicos

8. Terapia cognitiva del trastorno de angustia 455

9. Terapia cognitiva de la fobia social 551

10. Terapia cognitiva del trastorno de ansiedad generalizada. . . 641

11. Terapia cognitiva del trastorno obsesivo-compulsivo 739

12. Terapia cognitiva del trastorno por estrés postraumático. . . 813

Siglas 919

Índice de Materias 923

Bibliografía 929

Sobre los autores

Dr. David A. Clark es profesor de Psicología en la Universidad de New Brunswick, Canadá. Ha publicado siete libros y más de 100 artículos y capítulos monográficos sobre varios aspectos de la teoría cognitiva y la terapia de la depresión y de los trastornos de ansiedad. El Dr. Clark es miembro de la Asociación Canadiense de Psicología, miembro fundador de la Academia de la Terapia Cognitiva y ha sido galardonado con el premio Aaron T. Beck que la Academia le ha concedido por sus constantes e importantes contribuciones a la terapia cognitiva. Es editor asociado de la revista *International Journal of Cognitive Therapy* y además sigue practicando la psicología clínica en su consulta privada.

Dr. Aaron T. Beck es profesor emérito de Psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensilvania y fundador de la terapia cognitiva. Ha publicado 21 libros y más de 540 artículos en revistas profesionales y científicas. El Dr. Beck ha sido galardonado con numerosos premios entre los que se incluyen el Premio Albert Lasker a la investigación médica clínica en 2006, el premio al recorrido profesional a lo largo de la vida de la Asociación Americana de Psicología en 2007, el premio a los servicios prestados de la Asociación Americana de Psiquiatría en 2008 y el premio de la Fundación Robert J. y

Claire Pasarow por la Investigación en Neuropsiquiatría en 2008. Es presidente del Instituto Beck de Terapia e Investigación Cognitiva y presidente honorario de la Academia de Terapia Cognitiva.

Prefacio

La complejidad de la ansiedad sigue captando la atención de algunos de los científicos, estudiosos y pensadores críticos más importantes de nuestros tiempos. En 1953 Rollo May afirmaba en su obra *El hombre en busca de sí mismo* que "la segunda mitad del siglo XX estaría más influenciada por la ansiedad que ningún otro período histórico desde finales de la Edad Media" (p. 30). Si esta afirmación es útil para el siglo pasado, ¿no es aún más apropiada para los inicios del siglo XXI, dadas las amenazas sociales, políticas y económicas que nos persiguen? A pesar de que la guerra fría haya concluido, de vivir una etapa de relativa estabilidad y cooperación global y de disfrutar de prosperidad económica y avances tecnológicos sin precedentes, una parte importante del mundo Occidental vive en un estado de perpetua amenaza e incertidumbre. Según el Instituto Nacional de Salud Mental (2003) unos 40 millones (18%) de americanos adultos aproximadamente padecen algún trastorno de ansiedad, con enfermedades mentales graves entre las que se incluyen los trastornos de ansiedad, que equivalen a unas pérdidas de ganancias personales de 193 billones de dólares (Kessler et al., 2008). En consecuencia, no es de sorprender que la búsqueda de tratamientos accesibles y efectivos para los trastornos de ansiedad se haya convertido en una de las principales iniciativas sanitarias de la mayoría de los países desarrollados.

Hace ya un cuarto de siglo que el coautor Aaron T. Beck publicó junto con Gary Emery y Ruth Greenberg el libro *Trastornos de Ansiedad y Fobias: una Perspectiva Cognitiva*. En la primera parte del libro, Beck presentaba un modelo cognitivo de los trastornos de ansiedad y de las fobias que conllevaba una reconceptualización significativa de la etiología, naturaleza y tratamiento de la ansiedad (Beck, Emery & Greenberg, 1985). En aquel momento, la investigación relativa a los rasgos cognitivos de la ansiedad era escasa y gran parte del desarrollo teórico se basaba, necesariamente, en la observación y experiencia clínica. Como muchos de los aspectos claves del modelo de terapia cognitiva de la ansiedad no habían sido aún investigados, algunas de las recomendaciones de tratamiento descritas en la segunda parte de aquel libro no han aguantado la prueba del tiempo. Sin embargo, durante los últimos 20 años se ha atestiguado una explosión virtual en la investigación relativa al procesamiento de información básica sobre el modelo cognitivo de ansiedad, en el desarrollo de modelos cognitivos y específicos para cada trastorno y los protocolos de tratamiento para los principales trastornos de ansiedad, así como docenas de estudios sobre resultados de tratamientos que demuestran la eficacia de la terapia cognitiva de la ansiedad. A la luz de los avances sin precedentes de nuestro conocimiento y tratamiento de las bases cognitivas de la ansiedad, necesitábamos una presentación completa, actualizada y reformulada del modelo cognitivo de la ansiedad, a fin de que el modelo pudiera entenderse dentro del contexto de los hallazgos científicos contemporáneos. Este libro, por consiguiente, ha surgido de dicha necesidad. Además, creemos que un único volumen que incluya un manual de tratamiento completo y detallado de la terapia cognitiva, es apropiado para fomentar un mayor uso de la psicoterapia basada en pruebas para los trastornos de ansiedad, por parte de los profesionales de la salud mental.

El libro se divide en tres partes. La Primera parte consiste en cuatro capítulos relativos al modelo cognitivo reformulado de la ansiedad y a sus bases empíricas. En el Capítulo 1 se comentan las diferencias entre el miedo y la ansiedad y se explican las razones para recurrir a una perspectiva cognitiva de la ansiedad. En el Capítulo 2 se presenta una reformulación del modelo cognitivo genérico de la ansiedad basado en el modelo original (Beck et al., 1985) que poste-

riormente fue perfeccionado por Beck y Clark (1997). En el Capítulo 2 se presentan doce hipótesis claves del modelo y la amplia investigación empírica sobre la que se sostienen dichas hipótesis se revisa en los Capítulos 3 y 4. La revisión literaria incluye cientos de estudios dirigidos en centros prestigiosos de Europa Occidental y América del Norte, confirmando nuestra percepción de que los principios fundamentales del modelo cognitivo de la ansiedad disponen de una confirmación empírica firme.

El enfoque de terapia cognitiva ha sido aplicado a diversas condiciones psiquiátricas y de personalidad. Por ello, en la Segunda parte se incluyen tres capítulos que explican el modo en que se emplean los elementos básicos de la terapia cognitiva para aliviar la ansiedad. En el Capítulo 5 se revisan múltiples medidas estandarizadas de síntomas de ansiedad y cognición que sirven para la evaluación y para el tratamiento, y se ofrece una explicación detallada para la elaboración de una formulación cognitiva del caso de ansiedad. En los Capítulos 6 y 7 se presenta la descripción paso a paso de cómo implementar varias estrategias cognitivas y conductuales para la reducción de los síntomas de ansiedad. Se ofrecen también casos ilustrativos, sugerencias sobre narrativas de terapia y recursos materiales clínicos a lo largo de los tres capítulos como instrumentos de entrenamiento en terapia cognitiva.

El último apartado, la Tercera parte, incluye cinco capítulos que presentan adaptaciones específicas para cada trastorno de la terapia cognitiva, el trastorno de angustia, la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático. Hemos excluido las fobias específicas porque desde su presentación en Beck et al. (1985) no se ha progresado considerablemente en los aspectos cognitivos de la fobia, y el tratamiento basado en la exposición sigue siendo considerado como el principal enfoque de tratamiento para la reducción de respuestas fóbicas. Cada uno de los capítulos destinados a los trastornos específicos constituye un modelo cognitivo adaptado a dicho trastorno y una revisión de las investigaciones empíricas que contempla las hipótesis claves de cada modelo. Además, los capítulos ofrecen también conceptualizaciones de caso, específicas del trastorno así como

estrategias de terapia cognitiva destinadas a los rasgos sintomáticos únicos de cada trastorno. En esencia, la Tercera parte es una acumulación de minimanuales de tratamiento para los trastornos de ansiedad complejos.

A fin de asistir a los terapeutas en la explicación de los conceptos y estrategias cognitivas a sus clientes, estamos elaborando un libro de tareas para el cliente que coincida con la organización y temas del presente libro y que ofrecerá explicaciones relativas a los aspectos claves de la terapia, tareas para casa y formularios de registro.

Desearíamos agradecer la incalculable ayuda para la elaboración de este libro que ha supuesto disponer de un gran contingente de expertos renombrados en trastornos de ansiedad cuyas contribuciones teóricas, investigaciones innovadoras y rigurosas e ideas clínicamente astutas para el tratamiento son responsables de los avances significativos que hemos presentado en este volumen. En particular deseamos reconocer las contribuciones notables a la teoría cognitiva y terapia de la ansiedad de los Drs. Martin Anthony, Jonathan Abramowitz, David Barlow, Thomas Borcovec, Brendan Bradley, Michelle Craske, David M. Clark, Meredith Coles, Michel Dugas, Edna Foa, Mark Freeston, Randy Frost, Richard Heimberg, Stefan Hofmann, Robert Leahy, Colin MacLeod, Andrew Mathews, Richard McNally, Karen Mogg, Christine Purdon, Stanley Rachman, Ronald Rapee, John Riskind, Paul Salkovskis, Norman Schmnidt, Robert Steer, Gail Steketee, Steven Taylor y Adrian Wells. Además deseamos agradecer también la tenacidad y meticulosidad de Michelle Valley, que ha revisado y validado todas las referencias, y a los estudiantes Mujgan Altin, Anna Campbell, Gemma García-Soriano, Brendan Guyitt, Incola McHale, Adriana del Palacio González y Adrienne Wang por sus estudios y comentarios sobre los aspectos cognitivos de la ansiedad. Valoramos también el apoyo financiero parcial para los costes de la publicación de la beca para publicaciones de la Universidad de New Brunswick. Por último, estamos muy agradecidos por los ánimos, pautas, consejos y apoyo del personal de Guilford Press, especialmente de Jim Nageotte, editor, y de Jane Keislar, editora asistente.

I Teoría cognitiva e investigación sobre la ansiedad

La terapia cognitiva es una modalidad de psicoterapia basada en la teoría con un fuerte compromiso hacia el empirismo científico. Las características que la definen no deben encontrarse en una serie de estrategias de intervención únicas sino en su conceptuación cognitiva de la psicopatología y del proceso terapéutico de cambio. De este modo, la articulación del modelo cognitivo así como la derivación de hipótesis demostrables y su evaluación empírica son básicos para determinar su validez de constructo. De un modo similar a como se estructuraron inicialmente los principales manuales de tratamiento de la terapia cognitiva, este libro comienza centrando su atención en las bases teóricas y empíricas de la terapia cognitiva para la ansiedad. En el Capítulo 1 se comentan la fenomenología, los rasgos diagnósticos y la perspectiva cognitiva sobre el miedo y la ansiedad. En el Capítulo 2 se presenta el modelo cognitivo genérico reformulado o transdiagnóstico de la ansiedad y sus hipótesis y en el Capítulo 3 se ofrece una evaluación crítica de la prodigiosa literatura experimental relevante a los aspectos centrales del modelo cognitivo. Esta parte concluye con el Capítulo 4 que se destina, fundamentalmente, a las pruebas empíricas sobre la vulnerabilidad cognitiva a experimentar estados de ansiedad intensa y persistente.

1 Ansiedad: una condición común pero multifacética

> El amor mira hacia el futuro, el odio hacia el pasado, la ansiedad tiene ojos en todas las direcciones.
>
> *Mignon McLaughlin (Periodista, 1915–)*

La ansiedad es ubicua a la condición humana. Desde los inicios de la historia registrada, filósofos, líderes religiosos, eruditos y, más recientemente, los médicos así como los científicos médicos y sociales han tratado de revelar los misterios de la ansiedad y el desarrollo de intervenciones que pudieran resolver con efectividad esta condición generalizada y problemática de la humanidad. En la actualidad, como nunca antes, los sucesos graves provocados por desastres naturales o por crueles actos delictivos, de violencia o terrorismo han creado un clima social de miedo y ansiedad en muchos países alrededor del planeta. Los desastres naturales como los terremotos, huracanes, tsunamis y similares tienen un importante impacto negativo sobre la salud mental de las poblaciones afectadas, tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, generando síntomas de ansiedad y estrés postraumático, y, sobre todo, durante las semanas inmediatamente posteriores al desastre (Norris, 2005).

Los niveles elevados de ansiedad y otros síntomas postraumáticos se presentan en su máximo esplendor durante las primeras semanas posteriores al acto terrorista, a la guerra o a otros actos de violencia comunitaria a gran escala. Durante las 5-8 semanas siguientes al 11 de Septiembre de 2001, tras los actos terroristas perpetrados contra las torres del World Trade Center de la ciudad Nueva York, se duplicaron los síntomas por trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Galea et al., 2002). En un estudio digital (N = 2.729) se halló que el 17% de los individuos no residentes en la ciudad de Nueva York manifestaban síntomas TEPT 2 meses después del 11/9 (Sirver, Colman, McIntosh, Poulin & Gil-Rivas, 2002). El estudio sobre la Tragedia Nacional, un estudio telefónico de 2.126 americanos, comprobó que 5 meses después de los actos terroristas del 11/9, el 30% de los americanos manifestaba dificultades para conciliar el sueño, el 27% se sentía nervioso o tenso y el 17% manifestaba preocuparse mucho por futuros ataques terroristas (Rasinski, Berktold, Smith & Albertson, 2002). El estudio Gallup Youth de adolescentes americanos, realizado 2 años y medio después del 11/9, comprobó que el 39% de los adolescentes estaban "muy" o "bastante" preocupados de que ellos mismos o alguno de sus familiares fueran víctimas de terrorismo (Lyons, 2004).

Aunque las amenazas a gran escala tengan su mayor impacto sobre la morbidez psicológica de los individuos directamente afectados por el desastre durante las semanas inmediatamente siguientes al suceso traumático, sus efectos extendidos suelen seguir evidenciándose meses e incluso años más tarde, a modo de preocupaciones aumentadas en una proporción significativa de la población general.

El miedo, la ansiedad y la preocupación, sin embargo, no son dominio exclusivo del desastre y de otras experiencias que conlleven riesgo vital. En la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estreses fluctuantes de la vida cotidiana. De hecho, los trastornos de ansiedad son el principal problema de salud mental de los Estados Unidos (Barlow, 2002), padeciendo más de 19 millones de americanos adultos un trastorno de ansiedad por año (Instituto Nacional de Salud Mental, 2001). Entre el 12 y el 19% de los pacientes de atención primaria satisfacen los criterios de un trastorno de ansiedad (Ansseau et al., 2004; Olfson et al., 1997).

Además, los antidepresivos y los estabilizantes del estado anímico son el tercer tipo de farmacoterapia más prescrita, con ventas globales durante el año 2003 de 19.5 billones de dólares (IMS, 2004). De igual modo son millones las personas del mundo entero que luchan diariamente contra la ansiedad clínica y sus síntomas. Estos trastornos son origen de un esfuerzo económico, social y sanitario de todos los países, especialmente de los desarrollados, que se enfrentan a frecuentes convulsiones políticas y a altos índices de desastres naturales.

En este capítulo se presenta una revisión del diagnóstico, características clínicas y perspectivas teóricas de los trastornos de ansiedad. Comenzamos por examinar los rasgos propios de su definición y la distinción entre miedo y ansiedad. A continuación se considera el diagnóstico de los trastornos de ansiedad prestando atención particular al problema de la comorbilidad, especialmente con la depresión y los trastornos por abuso de sustancias. Se presenta una breve revisión de la epidemiología, curso y consecuencias de la ansiedad, y se consideran las explicaciones biológicas y conductuales contemporáneas de la misma. El capítulo concluye con los argumentos sobre la validez de la perspectiva cognitiva para entender los trastornos de ansiedad y para establecer el tratamiento.

Ansiedad y miedo

La psicología relativa a la emoción es rica en perspectivas diversas e incluso opuestas sobre la naturaleza y función de las emociones humanas. Todos los teóricos de la emoción que aceptan la existencia de emociones básicas coinciden en considerar el miedo como una de ellas (Öhman & Wiens, 2004). Como parte de nuestra naturaleza emocional, el miedo se produce como respuesta adaptativa sana a una amenaza percibida o peligro para la propia seguridad física o psíquica. Advierte a los individuos de una amenaza inminente y de la necesidad de una acción defensiva (Beck & Greenberg, 1988; Craske, 2003). Sin embargo el miedo también puede ser maladaptativo cuando se produce en una situación neutral o no amenazante que sea malinterpretada como representativa de un peligro o amenaza potencial. En consecuencia, dos son las cuestiones fundamentales para

cualquier teoría de la ansiedad: cómo distinguir la ansiedad del miedo y cómo determinar cuál es la reacción normal frente a la anormal.

Definición de miedo y de ansiedad

Muchas expresiones lingüísticas diferentes se refieren a la experiencia subjetiva de la ansiedad, palabras tales como "miedo", "susto", "pánico", "aprensión", "nervios", "preocupación", "horror" o "terror" (Barlow, 2002). Esto ha generado cierta confusión e inexactitudes en el uso habitual del término "ansioso". Sin embargo, cualquier teoría de la ansiedad que espere ser útil para la investigación o tratamiento de la misma debe distinguir claramente el "miedo" de la "ansiedad".

Barlow (2002), en su influyente volumen sobre los trastornos de ansiedad, afirmaba que "el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción" (p. 104). La ansiedad, por el contrario, se definía como "una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredictibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos" (p. 104).

Beck, Emery y Greenberg (1985) propusieron un punto de vista levemente distinto sobre las diferencias entre miedo y ansiedad. Estos autores definían el miedo como el proceso cognitivo que conllevaba "la *valoración* de que existe un peligro real o potencial en una situación determinada" (1985, p. 8, énfasis del original). La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo. En consecuencia, el miedo "es la valoración del peligro; la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo" (Beck et al., 1985, p. 9). Barlow y Beck coinciden en que el miedo es un constructo fundamental y discreto mientras que la ansiedad es una respuesta subjetiva más general. Beck et al. (1985) subrayan la naturaleza cognitiva del miedo y Barlow (2002) se centra en los rasgos neurobiológicos y conductuales más automáticos del constructo. Sobre la base de estas consideraciones, se presentan las siguientes definiciones de miedo y ansiedad como pauta para la terapia cognitiva.