

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE UN TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Isabel Caro

*Departamento de Personalida y Anormalidad
Universidad de Valencia*

RESUMEN

Se expone en este artículo un caso clínico diagnosticado como trastorno de ansiedad generalizada. La paciente, de 24 años, recibió varios tratamientos entre los que destacan: la terapia cognitiva de Beck y de Ellis, y entrenamiento en asertividad. Las sesiones de terapia fueron un total de 35, a lo largo de 8 meses. Una vez dada de alta, se realizó un seguimiento de 1 año, y en dos ocasiones: Mayo del 84 y Noviembre del 84. El seguimiento indicó una total remisión de los síntomas y una vuelta a los niveles de funcionamiento que presentaba la paciente antes de desarrollar sus problemas de ansiedad.

SUMMARY

We can see in this article a case of a generalized anxiety disorder. The patient, 24, received some treatments, outstanding: cognitive therapy of Beck and Ellis, and assertive training. Therapy sessions were 35 along 8 months. A follow-up was made: firstly on May (1984) and secondly on November (1984). The follow-up showed a total remission of symptoms and normal levels of functioning in relation to those the patient had before developing her anxiety problems.

INTRODUCCION

El motivo de este artículo no es sólo la mera presentación de un caso clínico, sino más bien la de defender un enfoque multivariado en el tratamiento de los problemas emocionales, así como una correcta evaluación de ellos. Es impensable, hoy en día, al menos desde mi punto de vista, pretender con una única técnica, no importa de que tipo, ayudar psicológicamente a una persona.

El caso que aquí recogemos se puede considerar como un éxito terapéutico, no sólo por su relativa brevedad (35 sesiones) sino porque el seguimiento realizado, a los dos años de empezar el tratamiento, ha dejado bien patente el mantenimiento *total* de esta mejoría.

La metodología principal empleada, fue fundamentalmente de tipo cognitivo, pero sin desechar técnicas conductuales como la asertividad, la relajación, la programación de actividades, etc. Si el organismo funciona como un todo (A. KORZYBSKI, 1933) cualquier técnica psicológica que empleemos afectará a la persona a varios niveles, pudiendo producir mejorias psicológicas y físicas.

DESCRIPCION DE LA PACIENTE

La paciente, una mujer de 24 años, vino por primera vez a consulta en Noviembre de 1982. Está casada, sin hijos y trabaja como secretaria. Acude a consulta aconsejada por su médico, ya que la medicación que toma (un ansiolítico y un antidepresivo) no le causa efecto. Presenta un estado constante de ansiedad y algunos síntomas depresivos.

DESCRIPCION DE LOS SINTOMAS

Siguiendo la DSM-III (1981), sus síntomas pueden agruparse en las siguientes categorías:

A.- La ansiedad, generalizada y persistente se manifiesta por

tres de las cuatro categorías siguientes:

1) *Tensión motora*: presenta dolores musculares y cefaleas, que aparecen después de una crisis de ansiedad.

2) *Hiperactividad autonómica*: tiene taquicardias; pinchazos en el corazón; ahogos; mareos; opresión en el pecho; crisis de llanto después de una crisis de ansiedad; problemas estomacales.

3) *Expectativas aprehensivas*: tiene ansiedad; miedo a que le de una crisis; a las enfermedades: se observa constantemente y ante cualquier pequeño dolor o problema acude al médico; y miedo a la muerte: se niega en redondo a ir al cementerio, de entierro, o ver un muerto. Y en relación a este punto, tiene miedo a coger el avión y a ir en coche por si tiene un accidente y se mata. Además está durante todo el día dando vueltas a esas ideas.

4) *Vigilancia y scanning* : suele tardar en conciliar el sueño entre media y una hora; presenta problemas de memoria y de concentración.

Como vemos la paciente tiene síntomas no sólo en tres, sino en cuatro de las categorías anteriores.

B.- Este estado de ansiedad es continuo desde hace más de 6 meses.

C.- No presenta ningún otro trastorno mental como una depresión o esquizofrenia.

D.- Tiene más de 18 años.

La DSM-III (1981), afirma que como características asociadas, pueden aparecer síntomas depresivos ligeros, y que en este caso son:

- Pérdida de peso: ha perdido 5 kilos en 6 meses.
- Indecisión.
- Nivel de actividad: no hace nada en casa porque no le apetece.

Comen y cenan en casa de sus padres. Acude a danza 3 días por semana. Va muy a gusto, pues allí, según ella, se olvida de todo. Empieza a ausentarse del trabajo y se queda en casa sin hacer nada. Sale algunos fines de semana, pero va forzada, porque tiene miedo a lo que le pueda ocurrir (p. ej. un accidente), especialmente a que le de una de sus crisis.

Ante el cuadro de síntomas que presentaba la paciente, se le dio el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (DSM-III 1981).

PROCESO TERAPEUTICO

1. Programa terapéutico

A) *Recogida de información*

La recogida de información se hizo en primer lugar a través de 2 entrevistas diagnósticas, que constituyeron las sesiones primera y segunda. La primera entrevista tuvo una duración aproximada de 2 horas. En ella se obtuvo la lista de síntomas que afectaban en mayor medida a la paciente (ver el punto anterior). En esta sesión se le motivó para la terapia así como se nivelaron las expectativas que pudiera tener respecto a ella.

B) *Evaluación*

Al terminar la primera sesión de le entregó a la paciente, y para que los contestara en su casa, el Inventario de Depresión de Beck, y el Cuestionario para Desensibilización de F. Silva y M.C. López, para hacer un listado de sus miedos. En la segunda sesión se completó la entrevista inicial y se recogieron los cuestionarios. El Inventario de Beck, dio una puntuación de 26, que se consideró como no indicativa de depresión. Señaló como sus miedos más importantes:

- Miedo a desmayarse; a sentir náuseas; a la muerte; al olor de hospital; a los cementerios; a observar operaciones; a sentir palpitaciones; a tener que someterse a una operación; a un paro cardíaco; a sentir el pulso irregular; a sentir dolor en el pecho; a sentir dolor de cabeza; a los dentistas; los cadáveres; enfermar; las inyecciones; el cáncer; a volar en avión; a perder el control.

La información recogida se comparó con la obtenida en la primera entrevista y con el informe del marido y los padres de la paciente. Se mantuvo el diagnóstico inicial.

Como tarea para casa se le pidió que recogiera los pensamientos que tenía al encontrarse mal y que intentara detectar las ideas negativas que causaban ese mismo malestar. Se le entregó además, el Inventario de Refuerzos de Cautela y Kastenbaum.

C) *Terapia a aplicar*

Echando un vistazo a la lista de miedos que la paciente presentaba, apareció claramente que sus temores principales eran el miedo a la muerte, y al daño. La ansiedad se considera (BECK, A. y EMERY, G., 1979), como una reacción ante un daño, ya sea físico o "intelectual". Se consideró que era imposible empezar a tratar directamente el miedo de la paciente a la muerte, ya que en ese

momento presentaba un cuadro de ansiedad bastante agudo, y que debía ser controlado cuanto antes. Además, lo primero que debía aprender era a darse cuenta que no tenía ninguna enfermedad grave. Dado el buen nivel verbál y de comprensión de la paciente, se empezó directamente con la técnica de la comprobación de hipótesis de A. BECK (BECK, A., 1979; en ELLIS, A., 1980).

Se decidió, igualmente, aplicar algunas técnicas que podríamos considerar más "conductuales", como la relajación, o el entrenamiento en tareas graduadas, como complemento al tratamiento cognitivo de su trastorno de ansiedad.

2. Sesiones terapéuticas

Para mayor claridad, podemos agrupar las sesiones según los problemas que se trataron. No obstante, debe tenerse en cuenta, que coincidían muchas veces, varias terapias, simultáneamente en el tiempo.

a) *Pensamientos negativos*

En la tercera sesión se le explicó la terapia cognitiva de Beck. En concreto el por qué de sus síntomas, lo que los mantenía y los métodos cognitivos (en especial la comprobación de hipótesis) para combatirlos. Dado el estado de la paciente, se la animó a ponerla en práctica desde el primer día. Finalmente, se recogió su lista de pensamientos negativos que giraron la mayoría alrededor de su miedo a las crisis: "nunca voy a superarlas"; "me va a dar un mareo", etc.

Entre la cuarta y la quinta sesión, y hasta la undécima seguimos con la detección de ideas negativas y el entrenamiento en comprobación de hipótesis. Sobre la octava sesión, comenzó a tener experiencias de éxito, sobre todo en relación a las ideas negativas que le causaban las crisis. Por ejemplo, logró estar en el hospital, sin ninguna ansiedad, acompañando a su hermana que la iban a operar de apendicitis.

b) *Nivel de actividad*

En la quinta sesión y dado el bajo nivel de actividad, comenzamos programación de actividades y técnicas de realización y placer ("M&P", A. BECK, 1976).

c) *Intervención en las crisis*

En la sexta sesión, se le aconsejó que pusiera en práctica técnicas de distracción en situaciones específicas (p. ej., hacer punto, hablar con el marido, etc.).

d) Ideas relacionadas con muerte, quirófano, operaciones

Dada que ya tenía la base necesaria de control cognitivo, pudimos empezar a enfrentarnos más directamente con sus miedos principales. Tratamos sus ideas relacionadas con la muerte, el quirófano, las operaciones, etc. El tratamiento se realizó entre las sesiones duodécima y vigesimocuarta.

e) Falta de asertividad

Simultáneamente (es decir de la sesión 12 a la 24), se la instruyó en algunas técnicas asertivas, como el "disco rayado", "asertividad negativa" etc., para hacer frente a algunos comentarios de su jefe. A lo largo de este tiempo, volvió su nivel de actividad a su punto anterior, aunque siguió teniendo cierto grado de ansiedad.

f) Miedo a la muerte

En la 25 sesión tratamos el tema de la muerte directamente. Dada la repugnancia de la paciente y el bloqueo que tenía para hablar sobre ella, se le hizo leer la muerte de Madame Bovary, y mientras tanto se le dijo que comentara cualquier idea o visión que se le pasara por su cabeza. Extraímos así, una serie de cogniciones, de las cuales las principales eran aquellas que se relacionaban con el "no llegar a tiempo para salvar una vida". Es decir, la muerte como algo que llega de repente, y para protegerse de ello debía de estar constantemente preocupada, observándose y previniendo cualquier posible enfermedad. Esto evidentemente, representa el típico pensamiento mágico, propio de la ansiedad (BECK, A. y EMERY, G., 1979). Seguimos con las mismas técnicas (comprobación de hipótesis, análisis de respuestas lógicas, prevención de respuesta, detención de pensamiento) hasta la sesión 28. A partir de esta sesión, comenzamos la terapia racional-emotiva de A. ELLIS (1975, 1980) para combatir su miedo a la muerte. Se le entregó la "Lista de Pensamientos que causan Problemas" (McMULLIN y GILLES, 1981).

Seguimos así, hasta la última sesión, la 35, en la que la paciente afirma que ya está bien del todo, que sabe lo que tiene que hacer para seguir igual y se marca, además, una serie de principios que seguir en su vida, impensables unos meses antes. Baste con estos ejemplos: "No he de renunciar a nada por miedo, al revés, a partir de ahora tengo el propósito de enfrentarme a todo lo que me de miedo y hacerlo"; "Cuando me toque no me voy a escapar, por lo tanto, debo vivir y hacer de todo sin preocuparme"; "No hacer las cosas me produce malestar, ansiedad frustración. Si las hago además de no sentir todo eso, saldré muy fortalecida".

La última visita es a los dos meses (después del verano) donde se ve que está muy bien, sin ninguno de los síntomas que la habían llevado a consulta (ha logrado, incluso, ir en avión sin presentar ningún síntoma de ansiedad). Por consiguiente, se le da el alta definitiva.

DISCUSION

Para terminar, creo que es interesante centrarnos en dos puntos:

- a) Explicación del diagnóstico.
- b) Eficacia de las terapias empleadas.

a) Explicación del diagnóstico

Aunque en principio la paciente me fue remitida con la etiqueta de depresión, a la vista de sus síntomas, el diagnóstico fue como ya he dicho de Trastorno de Ansiedad Generalizada (DSM-III, 1981), ya que se ajustaba a los criterios que el manual diagnóstico de la A.P.A. adscribe a la ansiedad. La pérdida de interés por hacer cosas era consecuencia directa del grado de preocupación que la paciente tenía al ver como estaba y lo que esto limitaba su vida.

b) Eficacia de las terapias empleadas

1) La técnica de la comprobación de hipótesis, se eligió por tres motivos:

- (1) La paciente necesitaba un método que lograra controlar sus pensamientos de ansiedad. Lograr, en definitiva, que se parara y pensara.
- (2) Era la forma ideal para detectar, al enseñárselo, sus formas de pensar, es decir, sus premisas y sus conclusiones. El problema al hablar de ansiedad y depresión, como bien dice A. BECK (1964), se encuentra en el primer pensamiento, que es el que inicia la cadena, y no en la lógica que sigue su razonamiento.
- (3) Se iba preparando cognitivamente, para tocar el tema que más ansiedad le causaba: la muerte.

La justificación de la elección de esta técnica cognitiva, se vio validada y refrendada posteriormente, no sólo por el éxito terapéutico, sino por la propia opinión de la paciente, que llegó a comprender totalmente la base cognitiva de sus problemas. Esta técnica fue muy eficaz para que la paciente lograra un cierto control de su pensamiento, para que controlara, en concreto,

sus pensamientos negativos sobre daño y muerte. Los ejemplos con los cuales trabajabamos en la consulta eran los pensamientos que ella traía anotados cada semana. Dada la importancia de la "tarea para casa" (BECK, A., 1979), utilizabamos lo que ella traía como fuente de datos y como empuje para elevar su motivación hacia la terapia. Hay que destacar, que la paciente hizo en todo momento lo que se le pidió. Su colaboración fue de un cien por cien.

2) Aducen los terapeutas cognitivos, y más en concreto, BECK (1979), que se pueden y se deben emplear por igual, terapias conductuales y cognitivas. Las primeras se pueden utilizar para extraer ideas negativas y para ayudar al implantamiento de las técnicas cognitivas. De esta manera, se puede, si se me permite la expresión, matar dos pájaros de un tiro. Por ejemplo, elevar el nivel de actividad de una persona, supone implementar técnicas conductuales que le permitan dejar ese estado de inactividad, pero a su vez se puede trabajar cognitivamente con aquellos pensamientos que la persona tiene, y que interactúan entre si potenciando y manteniendo esa inactividad. Con nuestra paciente, nos dejamos guiar por estas hipótesis, comprobando una vez más la importancia que tiene la visión de uno mismo y de los demás -el significado de nuestras acciones-, como procesos que están a la base de muchas manifestaciones comportamentales. La planificación de actividades fue realmente sencilla, y se limitó, de forma gradual, a ir poco a poco aumentando la complejidad y cantidad de tareas a realizar. Se tuvo buen cuidado de remarcar el carácter meramente "experimental", limitado, de lo que hacía. Debía compararlo con sus niveles anteriores, y encontrar beneficios por haberlo hecho (técnica de M&P de A. BECK, 1979). Se elicitaban las ideas negativas en relación al resultado y a la posibilidad de hacer algo y se las combatió con la prueba directa (e.g. la "comprobación de hipótesis" de lo que era capaz de hacer.

3) La paciente presentaba, como ya hemos dicho, problemas de concentración y memoria. Se le explicó que estos eran la causa del gran flujo de ideas obsesivas, que tenía todo el día (BECK, A., 1964), en relación a temas clave para ella, y que en teoría, deberían desaparecer cuando fuera capaz de controlar mejor su pensamiento. El curso de la terapia demostró esta hipótesis inicial, por lo que no fue necesario, llevar a cabo ninguna técnica específica para tratar estos problemas. Se demostró de esta manera lo eficaz que puede ser una técnica como la comprobación de hipótesis, para que la persona consiga cierto grado de autocontrol sobre sus propios pensamientos.

4) BECK y EMERY (1979), suponen que la ansiedad está mantenida por cogniciones negativas. Por tanto es prácticamente imposible combatirla si no es por procedimientos cognitivos. No obstante, se pueden emplear algunas técnicas, que yo llamaría de "sentido común", que si no "atacan" directamente la fuente de la ansiedad,

si al menos, ayudan a aliviarla. Las técnicas de distracción y la relajación, fueron empleadas como "parche" (y así se le explicó a la paciente), pero se las utilizó como apoyo rápido y relativamente sencillo para controlar en lo posible sus crisis de ansiedad. Incluían, desde hablar con el marido, a hacer punto, ir a ver tiendas, oír música, etc. Estas técnicas, se mostraron eficaces. Sin embargo, la explicación de su funcionamiento se puede hacer sólo a niveles hipotéticos. Podría ser que la ayudaran a "desconectar" la serie de pensamientos negativos con lo cual aliviarían su ansiedad. Podría "desconectarlos" bien, substituyéndolos por aquellos pensamientos positivos que la tarea distractora le ofrecía, o bien, deteniéndolos en un punto ajeno a cualquier manifestación extrema de ansiedad.

5) El breve entrenamiento en asertividad, según las técnicas de M. SMITH (1980), tuvo como meta principal enseñarla a dominar situaciones que se presentaban a menudo en el trabajo, que la molestaban especialmente, ya que le causaban ansiedad por su rendimiento, y por la imagen que de ella daban sus superiores. Se eligió la asertividad, y no se la trató igualmente con terapias cognitivas, por que se pensó que se iba a obtener resultados más rápidos mediante esta técnica que con procedimientos cognitivos, como así fue.

6) Cuando llegó la hora de hablar de su tema clave: la muerte, la paciente ya estaba preparada, como se esperó desde un principio, pues dominaba las técnicas cognitivas, para valorar correctamente sus afirmaciones sobre la muerte. Además, había dejado de preocuparse por las enfermedades y por los síntomas físicos que pudiera presentar. La terapia racional emotiva (TRE) de A. ELLIS (1975), se empleó como método adecuado que le hiciera aceptar lo inevitable de la muerte, y nuestro desconocimiento del momento en que ésta puede producirse. Esta aceptación de lo inevitable, y la muerte lo es, forma una buena parte de la filosofía de los principios que rigen la TRE. En relación a la muerte, no podemos comprobar si ésta va o no va a venir, ni cuando. La muerte no es una hipótesis, sino una certeza. Cuando un paciente se niega a aceptar una situación ante la cual no tiene escapatoria, lo único que se puede hacer es, en mi opinión, hacer que se enfrente a ella y la asuma. La TRE demostró totalmente su eficacia, ofreciendo a la paciente una "nueva filosofía", en relación a su vida actual y a sus posibilidades futuras. La lista de planteamientos que ella se hizo, y que ya hemos visto, son un buen reflejo y constatación del resultado alcanzado.

SEGUIMIENTO

El seguimiento propiamente dicho (no el que se realizó tras el verano), fue, a) 8 meses después de haber recibido el alta definitiva, y b) 6 meses después del último seguimiento. La mejoría se

mantuvo, y según la paciente informó en Noviembre de 1984, este último año había sido el mejor de su vida.

COMENTARIO FINAL

Aunque "a priori", pueda parecer que hemos demostrado, al menos en relación a un único caso, la eficacia de ciertas terapias, ésto no es una demostración de nada, aunque pueda parecerlo por el tono, a veces "definitivo" con que está redactado la mayor parte del artículo. La paciente recibió un tratamiento multimodal, que si lo situamos cronológicamente en el tiempo (1º problemas de ansiedad, 2º tratamiento psicológico, 3º remisión de los síntomas), nos permite inferencias bien claras a su favor. No pretendo, ni mucho menos, negar la posibilidad de intervención, ni de los métodos que en ella empleemos. Lo que se busca, simplemente, es evaluarlos con propiedad y no inferir más allá de lo que nuestro contacto con los datos nos permite (CARO, I., 1984).

Finalmente, hay que tener en cuenta que es difícil sistematizar el juicio clínico, y que además unas cuantas hojas escritas no reflejan adecuadamente, ni pueden sustituir, la riqueza y complejidad de un proceso terapéutico. Pero creo, y espero, haber logrado informar al lector de como se pueden compaginar distintos tipos de terapias. Los libros, la teoría, están ahí, es labor del clínico, adecuarlos y ajustarlos a la persona que acude en busca de ayuda. Su elección viene corroborada por sus resultados.

BIBLIOGRAFIA

- BECK, A. (1964): "Thinking and depression. II. Theory and therapy". Arch. of Gen. Psychiatry.
- BECK, A. (1979): "Cognitive therapy of depression". Wiley and Sons.
- BECK, A. y EMERY, G. (1979): "Cognitive therapy of anxiety and phobic disorders". Center for Cognitive Therapy.
- CARO, I. (1984): "La teoría de la Semántica General de A. Korzybski". Boletín de Psicología. Nº 5, 35-60.
- DSM-III (1981): "Diagnostic and statistical manual of mental disorders". 3ª ed. A.P.A.
- ELLIS, A. (1975): "A new guide for rational living". Wilshire Books.
- ELLIS, A. (1981): "Manual de terapia racional-emotiva". DDB.
- KORZYBSKI, A. (1933): "Science and sanity". International non-aristotelian library. Ed. de 1958.
- SMITH, M. (1980): "When I say no, I feel guilty". Bantam Books.