



## Cognición y creencias metacognitivas en el trastorno de ansiedad generalizada a la luz de un caso clínico



Cristina Carro-de-Francisco\* y Rubén Sanz-Blasco

Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 18 de julio de 2015

Aceptado el 21 de septiembre de 2015

#### Palabras clave:

Trastorno de ansiedad generalizada

Cognición

Metacognición

Tratamiento cognitivo conductual

Caso clínico

### RESUMEN

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva (anticipación aprensiva) e incontrolable que provoca niveles elevados de ansiedad y de malestar emocional. En los últimos años, el modelo metacognitivo (Wells, 1999) cuenta con fuerte apoyo empírico y estudia dicho trastorno focalizando su atención en el procesamiento cognitivo subyacente implicado. Se presenta a continuación el caso clínico de un varón de 33 años de edad con diagnóstico de F41.1, trastorno de ansiedad generalizada [300.02], según criterios DSM-V (APA, 2013). Basándonos en la terapia cognitivo conductual y haciendo especial hincapié en el modelo antes citado, se detalla el proceso de intervención terapéutica llevado a cabo así como los resultados de la evaluación pre y posttratamiento que muestran la eficiencia y eficacia del mismo.

© 2015 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Cognition and metacognitive beliefs in generalized anxiety disorder in the light of a clinical case

#### ABSTRACT

Generalized anxiety disorder (GAD) is characterized by excessive and irrepressible worry (apprehensive anticipation) that causes high anxiety levels and emotional distress. In the last few years, the metacognitive model (Wells, 1999) has had a strong empirical support and studied said disorder focusing its attention on the underlying cognitive processing involved. Next, the clinical case of a 33-year-old male with a diagnosis of F41.1, Generalized Anxiety Disorder [300.02], according to DSM-V criteria (APA, 2013), will be presented. Based on the cognitive behavioral therapy and with particular emphasis on the model cited above, the therapeutic intervention process conducted is detailed as well as the results of the pre- and post-treatment evaluation that show its efficiency and effectiveness.

© 2015 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### Keywords:

Generalized anxiety disorder

Cognition

Metacognition

Cognitive behavioral treatment

Clinical case

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se ha descrito como uno de los trastornos de ansiedad más relevantes debido a su elevada prevalencia y comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y otros trastornos de ansiedad (Roemer, Orsillo y Barlow, 2002). Según Barlow (2002), se trata del trastorno de ansiedad más frecuente y sus características centrales representan las comunes a todos los trastornos de ansiedad. Los resultados en el caso del TAG

muestran un aumento de su prevalencia, pasando de un 8.4% anterior a 2006, a un 11.7% en 2006-2007, y a un 19.7% en el periodo 2010-2011 (Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2012).

El TAG se caracteriza, según el DSM-V (APA, 2013), por la presencia de ansiedad y preocupación excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades. Asimismo, se le añaden síntomas como temblores, dificultades para concentrarse, inquietud persistente, tensión muscular excesiva, dolores musculares frecuentes, fatiga, irritabilidad, o trastornos del sueño (Bados y Sanz, 2005). Uno de los aspectos fundamentales del trastorno es la percepción, por

\* Autor para correspondencia. Facultad de Psicología, Campus de Somosaguas, s/n. 28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid, España.

Correo electrónico: [criscarro@cop.es](mailto:criscarro@cop.es) (C. Carro-de-Francisco).

parte de los individuos, de preocupaciones excesivas e incontrolables, entendiendo éstas como cierta actividad cognitiva negativa, repetitiva y predominantemente verbal (Borkovec, Robinson, Pruzinsky y DePree, 1983). Se considera que no existen diferencias acerca del contenido de las preocupaciones de individuos con TAG respecto al resto de individuos. Sin embargo, Dugas y Ladouceur (1997) señalan que éstos últimos se preocupan por una mayor variedad de situaciones con relevancia menor, las preocupaciones tienen mayor frecuencia, duración e intensidad y son más difíciles de controlar. Además, dichas preocupaciones se asocian a una hipervigilancia hacia los estímulos amenazantes y a una sensación de incontrolabilidad acerca de los mismos.

La eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para este trastorno muestra unos resultados moderados, situándose cerca del 50% (Fisher y Durham, 1999). Por ello han surgido en los últimos años nuevas propuestas basadas en variaciones en la TCC (Wells, 1999) que estudian el trastorno desde los procesos cognitivos subyacentes implicados y la función que cumple la preocupación en el mantenimiento del mismo. En esta línea, la terapia metacognitiva se basa en un modelo de procesamiento de la información sobre los factores que operan en la génesis y mantenimiento del trastorno psicológico (Wells, 2000). Concretamente, el modelo metacognitivo del TAG propuesto por Wells (1999), que cuenta con fuerte apoyo empírico (Cartwright-Hatton et al., 2004; Cartwright-Hatton y Wells, 1997; Wells y Carter, 1999; Wells y Papageorgiou, 1998), se centra en el componente metacognitivo, es decir, en el procesamiento de la propia actividad cognitiva y no en su contenido proposicional. Según el modelo, los pacientes con TAG emplean la preocupación como estilo de afrontamiento de los problemas. De este modo, un estímulo disparador activa las “creencias metacognitivas positivas” (p. ej., “preocuparme me ayuda a afrontar”) que activan a su vez aquellas “preocupaciones tipo 1” en relación a acontecimientos externos y/o síntomas físicos (p. ej., “¿y si me echan del trabajo?”). Éstas activan las “creencias metacognitivas negativas” (p. ej., “no voy a poder controlar mi preocupación”), que ponen en marcha las “preocupaciones tipo 2 o meta-preocupaciones” que fundamentalmente tratan acerca de la preocupación y el temor por la propia preocupación (p. ej., “me preocupa preocuparme”, “me preocupa mi estado de falta de control”).

Según Wells (1999), las personas se ven atrapadas en una perturbación emocional debido a que sus metacogniciones activan un patrón de respuesta hacia sus experiencias internas que mantiene las ideas negativas. El patrón es denominado por Wells como CAS (síndrome cognitivo atencional), que consiste en una preocupación, rumiación, fijación de la atención y estrategias autorregulatorias o conductas de afrontamiento poco útiles (Wells, 2009). Así, los pacientes con TAG, presentan preocupaciones variadas y una intolerancia a la incertidumbre que les genera elevados niveles de ansiedad ante acontecimientos de poca importancia. Esto origina a su vez, siguiendo la Teoría de los Cuatro Factores de Eysenck (1997), más sesgos cognitivos atencionales (siendo éstos la tendencia a atender de un modo preferente una determinada estimulación potencialmente amenazante en contraposición a información neutra) e interpretativos (o la tendencia a interpretar situaciones neutras o ambiguas como peligrosas o amenazantes), lo que hará que presten más atención a nuevos sucesos que no pueden predecir y a interpretarlos de manera catastrófica.

Por tanto, de este modelo se desprende que el éxito del tratamiento del TAG debería centrarse en la modificación de aquellos componentes metacognitivos tales como la atención, las creencias erróneas acerca de la incontrolabilidad de preocuparse y aquellas creencias metacognitivas negativas y positivas, entre otros, que median en el origen y mantenimiento del trastorno (Wells, 2006).

A continuación se presenta el proceso de evaluación e intervención terapéutica de un paciente con diagnóstico de TAG, según

las directrices de los tratamientos bien establecidos adaptados a la idiosincrasia del caso clínico.

## Método

### Identificación del paciente

En el presente artículo analizaremos el caso de un varón de 33 años de edad, soltero, jardinero de profesión, sin hijos y de nivel sociocultural medio. La familia nuclear se compone de un hermano mayor que él y sus padres. Refiere una buena relación con su padre y hermano y una relación de codependencia con su progenitora. Mantiene una relación de pareja estable desde hace diez años, con la que comparte domicilio particular.

### Motivo de consulta e historia del problema

El paciente acude a consulta en septiembre de 2013 refiriendo encontrarse desde hace aproximadamente un año “con muchas preocupaciones, muy nervioso y con mucho miedo” ante situaciones de la vida cotidiana tales como mantener el puesto de trabajo, cumplir con el pago de la hipoteca, etc. En el momento de la primera exploración presenta un estado generalizado de ansiedad así como emocionalidad negativa, refiriendo, a su vez, haber realizado dos intentos autolíticos en el último año mediante la ingesta de un producto de limpieza, por los que recibió asistencia médica. Cree que dicha sintomatología se origina cuando la empresa para la que trabaja sufre cierta inestabilidad y entra en un expediente de regulación de empleo temporal (ERTE). Se produce un empeoramiento de la sintomatología ansiosa y depresiva en agosto de 2013, por lo que el paciente decide trasladarse al domicilio parental junto a su pareja.

En la actualidad el paciente presenta preocupaciones excesivas, sensación de incontrolabilidad ante dichas preocupaciones, rumiaciones y ansiedad anticipatoria asociados a sentimientos de tristeza y apatía.

Su apariencia física y comportamiento general son adecuados. Se muestra colaborador, motivado y con expectativas positivas ante la intervención psicológica.

### Evaluación

La evaluación psicológica, dirigida fundamentalmente a las conductas problema que presentaba el paciente, permitió la elaboración de un modelo explicativo así como la programación de un tratamiento compuesto por diferentes objetivos terapéuticos. La principal técnica utilizada durante dicho proceso fue una entrevista individual semiestructurada, así como la auto-administración de un cuestionario biográfico. Con la primera se exploraron las principales áreas y se determinó la topografía de las principales conductas problema así como aquellos factores personales y ambientales que pudiesen estar mediando en su mantenimiento. El cuestionario biográfico se utilizó para ahondar en los primeros datos obtenidos a través de la entrevista clínica y para precisar el relato de algunas situaciones problemáticas concretas.

Con el propósito de contar con medidas pre y postratamiento se administraron las siguientes medidas de autoinforme:

1. *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Abreviado - ISRA-B* (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002). Medida de autoinforme basado en el modelo multidimensional de la ansiedad (Endler, 1975) y en el modelo del triple sistema de respuesta (Lang, 1968), evalúa el nivel de ansiedad general (rasgo), el triple sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), así como cuatro áreas situacionales o rasgos específicos de ansiedad,

siendo éstos FI (ansiedad de evaluación), FII (ansiedad interpersonal), FIII (ansiedad fóbica) y FIV (ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana). Consta de 24 respuestas y 22 situaciones, que suman un total de 46 ítems. Presenta unas adecuadas propiedades psicométricas, siendo sensible al cambio terapéutico.

Las puntuación directa obtenida por el paciente en el total o nivel rasgo de ansiedad fue de 97 lo que corresponde a un centil 95. Tanto en las respuestas cognitivas como motoras presenta un nivel de ansiedad severo, según los criterios del instrumento, con puntuaciones directas de 25 para la subescala cognitiva y 12 para la motora (centiles 99 y 85 respectivamente). Las puntuaciones descienden a una puntuación directa de 6 correspondiente al centil 50 en el sistema fisiológico. Respecto a las áreas situacionales o rasgos específicos, las puntuaciones obtenidas son las siguientes: en F-I (ansiedad de evaluación) se obtiene un centil 99 (puntuación directa de 26), lo que corresponde a un nivel de ansiedad extrema, en F-II (ansiedad interpersonal) el nivel de ansiedad es moderado con una puntuación directa de 4 (centil 40), en F-III (ansiedad fóbica) con una puntuación directa de 6 (centil 63) indica ansiedad moderada a marcada y, por último, en F-IV (ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana) obtiene una puntuación directa de 10 correspondiente al centil de 97, es decir, presenta un nivel de ansiedad severo.

2. *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad - IPDE* (López-Ibor, Pérez-Urdáñez y Rubio-Larrosa, 1996). Dirigido a población adulta y compuesto por 77 ítems con preguntas verdadero/falso, esta entrevista clínica semiestructurada tiene como objetivo evaluar los trastornos de personalidad según criterios DSM-IV. El paciente marca puntuaciones con una tendencia leve hacia rasgos evitativos y obsesivos.
3. *Cuestionario Tridimensional de Depresión - CTD* (Jiménez-García, Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2003). Inventario que ofrece una puntuación total del nivel general de tristeza así como medidas en las subescalas cognitiva, fisiológica, motora e ideación suicida a través de 34 ítems que el sujeto debe evaluar en una escala de 0 a 4, donde 0 es *casi nunca* y 4 es *casi siempre*. En cuanto a su validez, los estudios realizados muestran una correlación entre el total del CTD y el Instrumento de Depresión de Beck - BDI. de  $r = .89$ , así como una alta capacidad de discriminación entre grupos de población general y pacientes depresivos, obteniéndose para todas las subescalas y el total una  $p < .000$ . Respecto a su fiabilidad test-retest, calculada con un periodo temporal de seis semanas, los valores oscilan entre .63 para la escala motora y .85 para el total de la prueba. La consistencia interna medida mediante el coeficiente alfa arroja valores que van de .88 para la escala motora a .96 para el total de la prueba (Jiménez-García et al., 2003).

Atendiendo a los baremos de la población general del cuestionario, el paciente obtiene una puntuación directa de 67 en el nivel general de tristeza que corresponde a un centil 99. En la subescala cognitiva su puntuación directa es 29, es decir, se sitúa en un centil 99. En la subescala fisiológica obtiene una puntuación directa de 11 (centil 84) ascendiendo sus puntuaciones a un centil 99 (puntuación directa de 24) en la subescala motora. Por lo que respecta a la escala que indica la ideación suicida, obtiene una puntuación directa de 3, correspondiente a un centil de 90.

#### *Análisis y descripción de conductas problema*

Se delimitan las siguientes conductas problema: (1) preocupaciones excesivas, (2) dificultad en el control de las preocupaciones, (3) ansiedad anticipatoria, (4) pensamientos rumiativos desadaptativos, (5) tensión y dolor muscular, (6) insomnio, (7) pensamientos automáticos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro (tríada cognitiva), (8) estado de ánimo negativo, (9) pérdida progresiva

de las actividades placenteras, (10) déficit en solución problemas y toma de decisiones, (11) disminución de la concentración (que provoca a su vez una bajada del rendimiento laboral) y (12) baja autoestima.

#### *Modelo explicativo*

La problemática del paciente se desencadena cuando la empresa para la que trabaja sufre un proceso de regulación de empleo (ERTE) (variable desencadenante), lo que, unido a los rasgos de personalidad (rasgos evitativo, obsesivo y de ansiedad elevado) así como un estilo cognitivo desadaptativo, da lugar al inicio de la problemática emocional. Puestos en marcha los mecanismos cognitivos desadaptativos, se produce un aumento de la actividad fisiológica. De manera secundaria, debido a la reducción de actividades gratificantes provocadas por la sintomatología ansiosa, se originan respuestas emocionales negativas, tales como tristeza y apatía. Además, se produce una disminución en el rendimiento laboral y un déficit en solución de problemas y en toma de decisiones que, a su vez, desencadena una retroalimentación de las variables cognitivas desadaptativas que median en el inicio y mantenimiento de la problemática presente (ver figura 1).

#### *Diagnóstico diferencial*

De acuerdo a la información recogida en la entrevista clínica, el cuestionario autobiográfico y las medidas de autoinforme administradas se determina la presencia de un diagnóstico, según criterios DSM-V (APA, 2013), de F41.1: trastorno de ansiedad generalizada [300.02]. Junto a este trastorno, el paciente presenta síntomas de emocionalidad negativa, siendo dicha sintomatología secundaria al TAG, según la evaluación e hipótesis explicativa.

Los niveles de adaptación actuales del paciente, así como su ajuste en las diferentes áreas de su vida (familiar, de pareja y social), hace que no se pueda determinar la presencia de ningún otro trastorno mental en el eje I ni en el resto de los ejes de la evaluación multiaxial.

#### *Objetivos terapéuticos de la intervención*

Se establece como objetivo prioritario de la intervención mejorar el control emocional y disminuir los niveles de ansiedad excesiva así como reducir el estado de ánimo negativo con el fin de conseguir una óptima calidad de vida. Para alcanzar dicho objetivo, se establecen como objetivos específicos:

1. Obtener información acerca de la naturaleza y funcionamiento del problema desde un punto de vista científico.
2. Reducir los niveles de activación fisiológica.
3. Mejora del sueño.
4. Aprender pautas de reducción del estrés.
5. Incremento gradual del nivel de actividades reforzantes (activación conductual).
6. Identificar y modificar pensamientos desadaptativos por otros más adaptativos para producir un cambio en el estado emocional.
7. Desarrollo de cogniciones adecuadas (modificación de creencias, sesgos y estilo atribucional desadaptativo).
8. Disminuir la intensidad, frecuencia y duración de las preocupaciones excesivas.
9. Disminuir el sesgo atencional e interpretativo implicados en la génesis y el mantenimiento de la ansiedad patológica.
10. Identificar y modificar las creencias metacognitivas presentes en el TAG (p. ej., "preocuparme me ayuda a afrontar", "no puedo controlar mi preocupación", etc.).

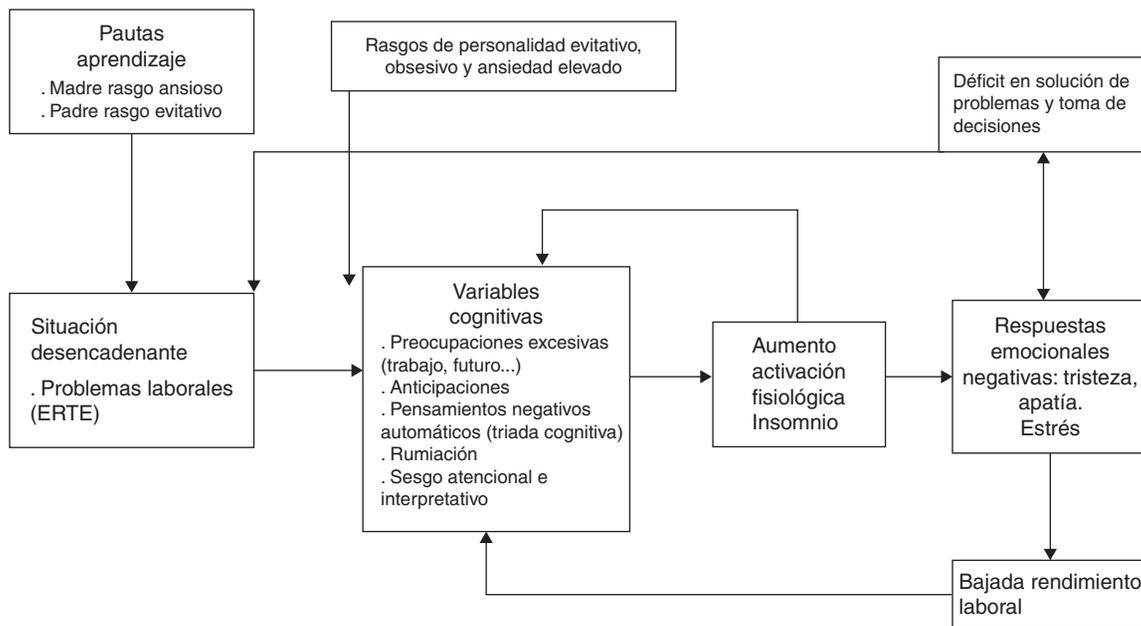


Figura 1. Modelo explicativo del caso.

11. Mejora del proceso de control atencional ejecutivo.
12. Aprendizaje de toma de decisiones y solución de problemas.
13. Mejora del autoconcepto.

#### Plan de tratamiento

El tratamiento realizado constó de 27 sesiones, incluido el proceso de evaluación pre y postratamiento, de una hora de duración y con una periodicidad inicial semanal. Conforme el paciente lograba mantener resultados, se distanciaron las sesiones quincenalmente.

Las técnicas utilizadas, siguiendo el orden temporal de aplicación, fueron las siguientes: psicoeducación, entrenamiento en respiración abdominal (Labrador, de la Puente y Crespo, 1999), programa gradual de incremento de actividades agradables (activación conductual), reestructuración cognitiva y metacognitiva (Wells, 1999), técnicas de distracción/reconducción y entrenamiento atencional (Papageorgiou y Wells, 1998), entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971) y toma de decisiones y técnicas de autoestima.

Tras realizar la evaluación psicológica pre-tratamiento y la correspondiente sesión de devolución de información (explicando al paciente el modelo explicativo y el plan de tratamiento), se dedicaron las primeras sesiones a la facilitación de una explicación desde un punto de vista científico de la naturaleza y el funcionamiento del problema, es decir, de los modelos teóricos del TAG.

Dados los niveles de alta activación fisiológica que producen insomnio al paciente, se le enseñan pautas de higiene del sueño. Asimismo, se le proporcionan pautas de reducción del estrés con el objetivo de enseñar a la paciente aquellas variables sobre las que las personas podemos incidir, como son mantener una dieta equilibrada, descansar lo suficiente, realizar ejercicio físico moderado, planificar y organizar el tiempo, entre otras, para conseguir prevenir o reducir los niveles de ansiedad y estrés.

Con el objetivo de alcanzar una disminución en el control de la activación fisiológica, se inició un entrenamiento en respiración abdominal (Labrador et al., 1999) junto a las primeras sesiones de reestructuración cognitiva, de modo que la mayor parte de la sesión se dedicaba a ésta última y los últimos minutos a la técnica de desactivación fisiológica. Asimismo, trabajando de modo transver-

sal, se inició progresivamente el programa gradual de incremento de actividades (activación conductual).

En las primeras sesiones de reestructuración cognitiva se llevaron a cabo las propuestas de Ellis y Beck (Beck, Rusch, Shaw y Emery, 1979; Ellis y Grieger, 1977). Se persigue enseñar la relación pensamiento-emoción-conducta para que, a continuación, la persona logre identificar los contenidos cognitivos desajustados, es decir, los errores cognitivos más frecuentes (creencias irracionales y pensamientos automáticos cometidos e implicados en la respuesta emocional) para sustituirlos por pensamientos más adaptativos. Dicho proceso se completó con el empleo de autorregistros de pensamientos cuyo objetivo prioritario es ayudar al paciente a modificar sus creencias o pensamientos irracionales, sustituyéndolas por pensamientos alternativos adaptativos que conducen finalmente a reevaluar el pensamiento y conseguir así reducir el malestar emocional.

Una vez trabajado con el paciente el contenido de sus pensamientos, se pasa al entrenamiento del procesamiento de la información, es decir, cómo el paciente conceptualiza y procesa su actividad cognitiva. En este momento se pasa a trabajar con el modelo de Wells para el TAG (Wells, 1999). Se hace un trabajo sobre las creencias metacognitivas y el papel que ejercen en el origen y mantenimiento de la ansiedad. Se enseña al paciente a diferenciar entre cogniciones simples y las creencias o valoraciones sobre su actividad cognitiva (metacognición). Se explica al paciente de un modo didáctico y adaptado el modelo teórico que propone el autor con ejemplos particulares de su funcionamiento cognitivo.

Con el objetivo de fortalecer el control ejecutivo y reorientar la atención en situaciones ansiógenas, se enseñó al paciente técnicas de distracción/reconducción y entrenamiento atencional (para una revisión ver Papageorgiou y Wells, 1998). De manera consecutiva, se le enseñó la técnica de detención del pensamiento y el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum (1977). Se le explicó que en los problemas emocionales, de manera espontánea, aparecen pensamientos automáticos y negativos que disparan una posible reacción de ansiedad. Se trata de aprender a parar cadenas de pensamientos negativos que pueden desencadenar un episodio de ansiedad no deseado.

Además, para desarrollar en el paciente un estilo de afrontamiento basado en la solución de los problemas y no en la

preocupación, se trabajó el entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971). Se le explicó la relación existente entre las manifestaciones de ansiedad y un estilo cognitivo basado en la evitación y preocupación y no en la toma de decisiones y la solución de problemas. Se le explicó de manera didáctica las cinco fases de la técnica (orientación hacia el problema, definición del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión, ejecución y verificación). Seguidamente, tomando en consideración un ejemplo concreto de su vida cotidiana, se llegó entre terapeuta y paciente a una solución razonable siguiendo los pasos establecidos.

También se establece como objetivo específico la mejora de la autoestima. Persigue enseñar al paciente qué es la autoestima y la importancia de la autovaloración así como que el paciente entienda que la baja autoestima está relacionada, en gran medida, con una distorsión del pensamiento. Se trabajó en los siguientes aspectos: convertir lo negativo en adaptativo, no generalizar, centrarnos en lo positivo, hacerse consciente de los logros o éxitos, no compararse, confiar en nosotros mismos, aceptarnos, esforzarnos para mejorar y tener una visión equitativa entre las cosas positivas y negativas. Además, se trabajó con los estilos atribucionales (Weiner, 1974), explicando al paciente de modo adaptado cómo las personas podemos atribuir la ocurrencia de un hecho a distintas causas siendo éstas externas/internas, estables/inestables y globales/específicas. La tendencia relativamente estable a explicar las situaciones negativas o fracasos mediante causas internas, estables y globales y al contrario para los eventos positivos, se relaciona con una baja autoestima. El paciente, aprendió a detectar cómo atribuí la ocurrencia de los hechos en su vida diaria mediante el empleo de autorregistros, hasta aprender y automatizar la práctica.

A lo largo de las 3 últimas sesiones se llevó a cabo las mediciones de la evaluación post-tratamiento con los mismos instrumentos administrados al principio del mismo y la correspondiente devolución de información. A su vez, se dedican a consolidar los logros obtenidos y prevenir posibles recaídas resumiendo los aspectos abordados en la psicoeducación, así como las variables que afectaron al inicio, desarrollo y mantenimiento del problema, y las estrategias y habilidades adquiridas durante la intervención.

Se ha logrado el mantenimiento de los cambios terapéuticos alcanzados, durante seguimientos a los 3, 6 y 12 meses, tras la finalización del tratamiento tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

En la tabla 1, se muestra un cuadro resumen del plan de tratamiento establecido, incluyendo las técnicas seleccionadas y su orden de aplicación.

## Resultados

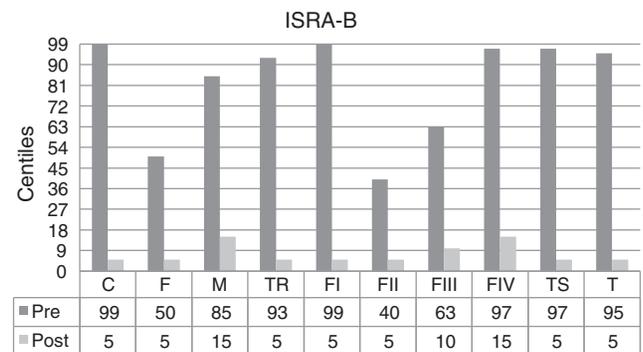
Finalizado el proceso de intervención terapéutico y atendiendo a la evidencia científica actual, los resultados reflejan la idoneidad acerca de la inclusión de las variables metacognitivas en el abordaje cognitivo clásico de la ansiedad generalizada.

Analizando los resultados a nivel cuantitativo del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Abreviado - ISRA-B (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002), se puede observar una reducción sincrónica en la totalidad de las escalas del instrumento, tanto en las que conforman el triple sistema de respuestas como en las áreas situacionales o rasgos específicos que evalúa dicho instrumento, siendo el cambio más importante a nivel cognitivo, en línea con el énfasis del tratamiento en este componente y en el área situacional de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana (ver figura 2).

Respecto al nivel de preocupación que presentaba el paciente al inicio del tratamiento, en la actualidad refiere no tener apenas preocupaciones incapacitantes. Desde una perspectiva metacognitiva y teniendo como referencia el modelo metacognitivo de Wells (1999), el paciente ha eliminado sus creencias metacognitivas positivas ("preocuparme me ayuda a afrontar"), sus preocupaciones

**Tabla 1**  
Plan de tratamiento

Técnicas de tratamiento	Sesiones
Evaluación clínica	1 y 2
Devolución de información	3
Psico-educación	3 y 4
Entrenamiento en respiración abdominal	4 y 5
Pautas de higiene del sueño	6
Pautas reducción del estrés	7
Reestructuración cognitiva y metacognitiva	6-22
Técnicas de distracción/reconducción y entrenamiento atencional.	
Detención del pensamiento y entrenamiento en auto-instrucciones.	
Entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones.	
Programa gradual de incremento de actividades agradables (activación conductual).	6-22
Técnicas de autoestima	23-24
Prevención de recaídas (repaso de las estrategias aprendidas) y evaluación post-tratamiento.	25-26
Devolución de información	27
Seguimientos	3, 6 y 12 meses

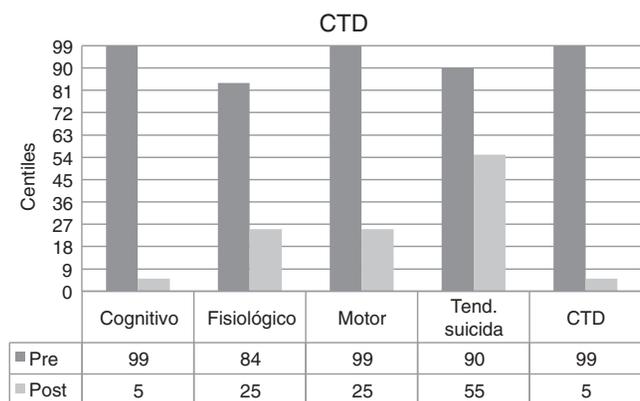


**Figura 2.** Resultados del ISRA. C = cognitivo; F = fisiológico; M = motor; TR = total respuestas; FI = ansiedad de evaluación; FII = ansiedad interpersonal, FIII = ansiedad fóbica; FIV = ansiedad cotidiana; TS = total Situaciones; T = total.

tipo 1 ("¿y si me echan del trabajo?"), sus creencias metacognitivas negativas de incontrolabilidad ("no voy a poder controlar mi preocupación") y las preocupaciones tipo 2 o meta-preocupaciones ("me preocupa mi falta de control sobre las cosas", "me preocupa preocuparme").

Atendiendo a la sintomatología depresiva que presentaba el paciente al inicio del tratamiento, que suele ser comórbida con los trastornos de ansiedad, el paciente muestra una importante reducción de dicha sintomatología en el Cuestionario Tridimensional de Depresión - CTD (Jiménez-García et al., 2003). Se produce una disminución sincrónica de los niveles de tristeza en la totalidad de las escalas, situándose el nivel general de tristeza-depresión en un centil 5 tras la intervención (ver figura 3).

En la actualidad, el paciente no presenta sintomatología ansiosa ni depresiva y refiere presentar un elevado grado de satisfacción con los resultados obtenidos. Sus estrategias de afrontamiento son adecuadas, pasando de un estilo de afrontamiento basado en la preocupación y rumiación a la ocupación y solución de problemas. Asimismo, no refiere tener preocupaciones en relación a aspectos de su vida cotidiana y no manifiesta emocionalidad negativa desde un punto de vista psicopatológico. El paciente presenta un óptimo funcionamiento global en las áreas personal, familiar, social y laboral.



**Figura 3.** Resultados del Cuestionario Tridimensional de Depresión (CTD).

## Conclusiones y discusión

A lo largo del presente artículo se pone de manifiesto, en un caso clínico real, la importancia del trabajo de los componentes metacognitivos en el abordaje cognitivo clásico para el trastorno de ansiedad generalizada.

En este caso en particular, el tratamiento además de abordar el estilo de afrontamiento del paciente basado en la preocupación y la rumiación, las conductas observables y la respuesta fisiológica mediante el uso de estrategias clásicas de modificación de conducta, se centró principalmente en el componente metacognitivo que mantenía las conductas problema, como proponen Wells y Papageorgiou (1998), otorgando un papel esencial al componente preocupación y a las creencias metacognitivas que mantienen la respuesta excesiva de ansiedad.

Como en cualquier proceso terapéutico, un aspecto que ha influido en el éxito de la intervención ha sido la gran adhesión del paciente a las recomendaciones pautadas, realizando un trabajo activo y comprometido durante todo el tratamiento.

Consideramos importante, a la luz de los resultados expuestos y de la literatura científica existente, el trabajo en el cambio de las estrategias metacognitivas contraproducentes en el control del pensamiento, las creencias erróneas acerca de la incontabilidad y daño acerca de la preocupación y las creencias positivas que apoyan la excesiva dependencia de preocuparse como una estrategia eficaz de afrontamiento para el tratamiento del TAG (Wells, 2006).

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, podemos mencionar las propias de los estudios de caso único, es decir, debemos ser prudentes en la interpretación de los resultados obtenidos, permitiéndonos un escaso poder de generalización hacia otros casos que compartan el mismo diagnóstico pero con diferencias en ciertas variables definitorias tales como la edad, el sexo, cronicidad, topografía del problema, etc.

A modo de conclusión, consideramos importante destacar el uso, por parte de los profesionales de la salud, de aquellos tratamientos bien establecidos y empíricamente validados que demuestren su eficacia terapéutica, con el objetivo de ofrecer a la población las soluciones más eficientes y efectivas para sus problemas psicológicos, y en este caso en particular para el trastorno de ansiedad generalizada.

## Extended Summary

GAD is characterized, according to DSM-V (APA, 2013), by the presence of anxiety and excessive worry (apprehensive anticipation) that occurs for more days than it has been absent for a minimum of six months, in relation to various events or activities. One of the fundamental aspects of this disorder is the perception of

excessive and uncontrollable concerns by individuals, understanding these as some type of negative, repetitive, and predominantly verbal cognitive activity (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983).

The metacognitive model proposed by Wells (1999), which has strong empirical support (Cartwright-Hatton et al., 2004; Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Wells & Carter, 1999; Wells & Papageorgiou, 1998), focuses on the metacognitive component, that is, the assessments of the cognitive activity of the subject itself. According to the model, patients with GAD employ their concerns as a way of coping with their problems. Thus, a trigger stimulus activates the 'positive metacognitive beliefs' (e.g., 'worrying helps me cope') which also activates those 'type 1 concerns' in relation to external events and / or physical symptoms (e.g., 'what if I lose my job?'). These activate the 'negative metacognitive beliefs' (e.g., 'I won't be able to control my worries'), which implement the 'type 2 concerns or metaconcerns' that are mainly about the fear and worry of concern of its own (e.g., 'I worry about worrying').

We present the evaluation process and therapeutic intervention of a diagnosed GAD patient, according to the well-established treatment guidelines adapted to the idiosyncrasy of the clinical case.

## Method

### Identification of a Patient

In this article we will analyze the case of a 33-year-old male, single, gardener by profession, with no kids and with an average sociocultural level of knowledge. His nuclear family is composed by an older brother and their parents. He refers a good relationship with his father and brother and a codependent relationship with his mother. He has maintained a stable relationship with a partner for ten years with whom he shares home address.

### Reason for Consultation and History of the Problem

The patient comes for consultation referring to be for about a year 'with many concerns, very nervous and very scared' about everyday life situations. At the time of the first exploration, he presents a generalized state of anxiety as well as negative emotionality, referring at the same time having made two autolytic attempts in the past year. According to him, said symptomatology is caused when the company he works for suffers some instability and enters a record regulation of temporary employment.

At this time, the patient shows excessive concerns, sense of uncontrollability to those concerns, ruminations, and anticipatory anxiety associated with feelings of sadness and apathy, so the patient decides to move to the parental home with his partner. He looks motivated and has positive expectations towards the psychological intervention.

### Evaluation

The psychological evaluation enabled the development of an explanatory model as well as a treatment plan composed of different therapeutic objectives. The main technique used was an individual semi-structured interview as well as the self-administration of a biographical questionnaire.

In order to have pre and post treatment measures, the following self-report measurements were administered:

1. *Abbreviated Inventory of Situations and Responses of Anxiety - ISRA-B* (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002). The score obtained by the patient in the total of the instrument corresponds to a 95 percentile. He presents a severe anxiety level both in motor

and cognitive responses (85 and 99 percentile respectively). The score descends to a 50 percentile on the physiological system.

Regarding situational areas, on F-I (evaluation anxiety) he scores a 99 percentile, which corresponds to an extreme level of anxiety, on F-II (interpersonal anxiety) the anxiety level is moderate with a percentile score 40, on F-III (phobic anxiety) with a percentile score 63 indicates moderate to marked anxiety, and on F-IV (anxiety in situations of everyday life) obtains a score corresponding to 97 percentile, that is, he presents a severe level of anxiety.

2. *The International Personality Disorder Examination- IPDE* (López-Ibor Aliño, Pérez Urdániz, & Rubio Larrosa, 1996). The patient presents rates with a slight tendency towards avoidant and obsessive traits.
3. *Three-dimensional Depression Questionnaire - CTD* (Jiménez-García, Miguel Tobal & Cano-Vindel, 2003). According to the scales of the general population of the questionnaire, the patient obtains a percentile score 99 on the general level of sadness, and on the cognitive subscale his score is a 99 percentile. On the physiological subscale he gets a percentile score of 84, raising his scores to 99 percentile in the motor subscale. On the suicidal ideation scale his percentile score is 90.

#### *Analysis and Description of Problem Behaviors*

The following problem behaviors are delimited: (1) excessive concerns, (2) difficulty in the control of said concerns, (3) anticipatory anxiety, (4) maladaptive ruminative thoughts, (5) strain and muscle pain, (6) insomnia, (7) automatic negative thoughts about himself, the world, and the future (cognitive triad), (8) negative mood, (9) progressive loss of pleasurable activities, (10) problem-solving and decision-making deficit, (11) decreased concentration (which in turn causes a decrease in work performances), and (12) low self-esteem.

#### *Explanatory Model*

The issue is triggered when the company he works for undergoes a process of employment regulation (variable trigger) which, in addition to personality traits and a maladaptive cognitive style, results in the onset of emotional problems. Once the maladaptive cognitive mechanisms are in motion, an increase in the physiology activity occurs. Secondarily, due to reduced rewarding activities caused by anxiety symptoms, negative emotional responses such as sadness and apathy arise. In addition, there is a decrease in work performance and also deficits in problem-solving and decision-making, which again triggers a feedback of maladaptive cognitive variables that mediate the initiation and maintenance of the present issue.

#### *Differential Diagnosis*

The diagnosis determines the presence, according to criteria DSM-V (APA, 2013) of F41.1, Generalized Anxiety Disorder [300.02]. Along with this disorder, the patient has symptoms of negative emotionality, a symptomatology secondary to the GAD, according to the evaluation and explanatory hypothesis.

#### *Therapeutic Intervention Targets*

The general objective is to improve the emotional control and reduce excessive anxiety levels as well as lessening the negative emotional state in order to achieve an optimum quality of life. Additionally, the specific objectives are:

1. To learn about the nature and functioning problems from a scientific point of view.
2. To reduce the physiological arousal levels.
3. To improve sleep patterns.
4. To learn stress reduction guidelines.
5. Gradual increase in the levels of reinforcing activities (behavioral activation).
6. To identify and adjust maladaptive thoughts by others more adaptive to produce a change in the emotional state.
7. Development of appropriate cognitions (changing beliefs, biases, and maladaptive attributional style).
8. To reduce the intensity, frequency and continuity of the excessive concerns.
9. To reduce the attentional and interpretive biases involved in the genesis and maintenance of pathological anxiety.
10. To identify and modify metacognitive beliefs present in GAD (e.g., 'worrying helps me cope', 'I won't be able to control my worries').
11. To improve the process of attentional executive control.
12. To learn decision-making and problem-solving skills.
13. To improve the self-concept.

#### *Treatment Plan*

The treatment consists of 27 sessions of an hour length and a weekly initial periodicity, including the pre and post treatment evaluation.

The techniques used, following the temporal order of application, were: psycho-education, abdominal breathing technique training (Labrador, de la Puente, & Crespo, 1999), gradual programming of enjoyable activities (behavioral activation), cognitive and metacognitive restructuring (Wells, 1999), distraction/renewal and attentional training techniques (Papageorgiou & Wells, 1998), problem-solving techniques training (D'Zurilla & Goldfried, 1971) and decision-making, and self-esteem techniques.

#### **Results**

Once the therapeutic intervention process is finished and according to current scientific evidence, the results reflect the appropriateness regarding the inclusion of metacognitive variables in the classical cognitive approach of generalized anxiety.

In analyzing the results on a quantitative level of the Abbreviated Inventory of Situations and Responses of Anxiety - ISRA-B (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002), we observe a synchronous reduction in all scales of the instrument, being this the most important change at a cognitive level, in line with the emphasis of the treatment in this component and in the situational anxiety area upon everyday life situations (see Figure 1).

Regarding the level of concern in the patient, at the present time, he refers not having almost any disabling concerns. Referencing the Metacognitive Model of Wells (1999), the patient has removed his positive metacognitive beliefs ('worrying helps me cope'), his type 1 concerns ('what if I lose my job?'), his negative metacognitive beliefs of uncontrollability ('I won't be able to control my worries') and his type 2 concerns or metaconcerns ('I worry about worrying').

Considering the depressive symptoms that are often comorbid with anxiety disorders, the patient shows a significant depletion in said symptomatology on the Three-dimensional Depression Questionnaire - CTD (Jiménez-García et al., 2003). A synchronous decreased level of sadness in all scales occurs reaching the overall level of sadness - depression at percentile 5 after the intervention (see Figure 2).

At the moment, the patient does not display anxious or depressive symptomatology and exhibits a high degree of satisfaction with

the obtained results. His coping strategies are suitable, coming from a style of coping based on concern and rumination, to the occupation and settlement of issues.

Additionally, he does not have concerns with regard to aspects of his daily life and does not exhibit negative emotionality from a psychopathologic point of view. The patient presents an optimum overall performance in personal, family, social, and work areas.

## Conclusions and Discussion

Throughout this article, in a real clinical case, the importance of the work of metacognitive components in the classical cognitive approach for Generalized Anxiety Disorder is shown.

In this particular case, the treatment not only addressed the patient's coping style based on concern and rumination, the observable behaviors, and physiological response using classical behavior modification strategies, but focused primarily on the metacognitive component problem behaviors maintained as proposed by Wells & Papageorgiou (1998), giving an essential role to the concern component and metacognitive beliefs that maintain the excessive response to anxiety.

We consider of great importance, in light of the results presented, the work in changing the counterproductive metacognitive strategies in the control of thoughts, the erroneous beliefs about uncontrollability and damage concerns, and the positive beliefs that support the excessive dependency of worrying as an effective coping strategy for the treatment of GAD (Wells, 2006).

Regarding the limitations of this work, we allude to the characteristics of single case studies, that is, we must be cautious in interpreting the results, allowing a scant generalizability to other cases that may share the same diagnosis but differ in defining variables such as age, sex, chronicity, etc.

In conclusion, we consider important to highlight the use of well-established and empirically validated treatments that prove therapeutic efficiency, by health professionals, in order to offer people the most efficient and effective solutions to their psychological problems, in this particular case Generalized Anxiety Disorder.

## Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bados, A. y Sanz, P. (2005). Validation of the Revised Test Anxiety Scale and the FRIEDBEN Test Anxiety Scale in a Spanish sample. *Ansiedad y Estrés*, 11, 163–174.
- Barlow, D. M. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rusch, A. J., Shaw, B. R. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. y DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research Therapy*, 21, 9–16.
- Cartwright-Hatton, S., Mather, A., Illingworth, V., Brocki, J., Harrington, R. y Wells, A. (2004). Development and preliminary validation of the Metacognitions Questionnaire Adolescent Version. *Journal of Anxiety Disorder*, 18, 411–422.
- Cartwright-Hatton, S. y Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the Metacognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279–296.
- Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1, pp. 211–240). Madrid: Siglo XXI.
- D'Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78, 107–126.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1977). *Handbook of Rational Emotive Therapy*. New York: Springer.
- Endler, N. S. (1975). A person-situation interaction model for anxiety. En C. A. Spielberger y I. G. Sarason (Eds.), *Stress and Anxiety* (1) (pp. 145–164). Washington, DC: Hemisphere Publishing.
- Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and Cognition: A Unified Theory*. London: Psychology Press.
- Fisher, P. L. y Durham, R. C. (1999). Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*, 29, 1425–1434.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2011. *The European Journal of Public Health*, 23, 103–108.
- Jiménez-García, G. I., Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (2003). Cuestionario Tridimensional de la Depresión (CTD). *Ansiedad y estrés*, 9, 17–34.
- Labrador, F., de la Puente, M. y Crespo, M. (1999). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 367–395). Madrid: Pirámide.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (3) (pp. 90–103). Washington, DC: American Psychological Association.
- López-Ibor, J. J., Pérez-Urdániz, A. y Rubio-Larrosa, V. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Módulo DSM-IV y CIE-10*. Madrid: Meditor.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behaviour modification: an integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Abreviado (ISRA-B): Manual*. Madrid: TEA.
- Papageorgiou, C. y Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: a brief case series. *Psychological Medicine*, 28, 193–200.
- Roemer, L., Orsillo, S. M. y Barlow, D. H. B. (2002). Generalized anxiety disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 477–515). New York: Guilford Press.
- Weiner, B. (1974). An attributional interpretation of expectanc. value theory. En B. Weiner (Ed.), *Cognitive views of human motivation*. New York, USA: Academic Press.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23, 526–555.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders & Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. London: Wiley.
- Wells, A. (2006). Cognitive processes, reasoning biases and persecutory delusions: A comparative study. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 34, 421–435.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. y Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585–594.
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899–913.