



Antonio Cano-Vindel. Universidad Complutense de Madrid.

Juan Antonio Moriana. Universidad de Córdoba.

Tratamiento de los problemas emocionales en jóvenes: un enfoque transdiagnóstico

Los desórdenes emocionales son unos de los principales problemas que presentan los jóvenes en la actualidad. Las emociones son reacciones que nos conmueven, nos activan y nos preparan para la acción frente a ciertas situaciones relevantes, como el peligro físico, la amenaza de un resultado negativo, el perjuicio que nos pueden hacer otras personas o el éxito por el que nos hemos esforzado. Estas reacciones que pueden darse en muchos ámbitos de la vida de un individuo son especialmente importantes en la edad infantil, adolescencia y jóvenes adultos, por el componente evolutivo y adaptativo que supone para nuestro desarrollo como seres humanos. En el presente capítulo introducimos conceptualmente los problemas emocionales desde una perspectiva transdiagnóstica centrando el interés en el abordaje y tratamiento de este tipo de problemáticas, y muy especialmente en la importancia que la educación tendría en la prevención y en su carácter adaptativo.

Introducción

Cuando somos niños nuestras reacciones emocionales se relacionan no solo con aspectos genético-hereditarios fijados en nuestro temperamento y personalidad sino también con aspectos sociales y contextuales mediados por el aprendizaje y por la educación. Así si un niño tropieza en el parque y se cae al suelo es habitual que busque con la mirada a su madre, y si percibe un rostro de preocupación excesiva o pánico es muy probable que el niño comience a llorar, y si la madre actúa con normalidad puede que se levante y siga jugando. Este y otros muchos comportamientos humanos están modulados por múltiples y diversas variables personales y situacionales.

Las diferencias entre emociones entre niños, jóvenes y adultos están mediatizadas por el nivel de madurez, experiencia y desarrollo sociocognitivo que hace que problemas similares puedan ser interpretados y vivenciados de forma diferente según la edad y las características anteriores.

Los niños pequeños pueden experimentar la ansiedad a la separación, a la muerte de su mascota o de su abuelo, a un conflicto o una pelea en el colegio, *bullying* o a otras circunstancias de la vida diaria de forma muy diferente a como la viva un adolescente o un joven adulto. Cuando popularmente hablamos de depresión infantil o ansiedad en la primera etapa de la vida, frecuentemente asumimos esquemas de adultos aplicados a los menores y sin embargo cometemos un tremendo error en pensar que son iguales. La vivencia de una depresión infantil tiene una etiología, variables de mantenimiento y resolución muy diferentes a las que normalmente se presentan en población adulta.

Cuando estamos sometidos a un nivel de estrés mayor de lo habitual; es decir, cuando las demandas del ambiente superan nuestra capacidad

de respuesta, también nos activamos y surgen con mayor probabilidad reacciones emocionales; por ejemplo, nos encontramos más nerviosos e irritables y es más probable que nos enfademos por pequeñas cosas.

Otro ejemplo de emoción negativa o desagradable es la tristeza, que se produce por una pérdida significativa. Por ejemplo, con la muerte de un ser querido o por otras pérdidas significativas, como una ruptura de pareja o separación no deseada. En este caso se produce también malestar psicológico y alta activación fisiológica, pero la conducta se desactiva en ese estado, debido a una actividad cognitiva muy reflexiva y centrada en eventos negativos.

En cambio, las emociones positivas producen experiencias agradables o positivas, como es el caso de la alegría, que se desarrolla cuando obtenemos un resultado positivo y lo compartimos con otros.

Por lo general, las reacciones emocionales surgen ante ciertas situaciones relevantes para el individuo. Se supone que dichas reacciones mejoran nuestra capacidad de adaptación a dichas situaciones, permitiéndonos atender mejor las demandas de las mismas, promoviendo un pensamiento más dinámico, así como conductas y respuestas más adecuadas a las necesidades del momento. Así, la ansiedad ante los exámenes, por lo general, nos pone en alerta y nos ayuda a centrar la atención y a prepararnos para no suspender y no obtener un resultado negativo. Si bien, un exceso de ansiedad puede bloquearnos y perjudicar nuestro rendimiento. De manera que la ansiedad es, en general, una reacción emocional adaptativa, facilitando una conducta más motivada y ágil, pero si no sabemos manejarla, el exceso de activación y de malestar, podría perjudicarnos, llegando a bloquear nuestra capacidad de respuesta.

Las respuestas del organismo que se producen en dichas reacciones emocionales, como el aumento de la tasa cardiaca, respiratoria, de la tensión muscular o de la motilidad gástrica, nos producen una mayor o menor sensación de la intensidad emocional. De manera que vivimos estados emocionales como más intensos cuando percibimos más cambios en nuestro organismo o más sensaciones, en general. Así, sentiremos que estamos más nerviosos, enfadados, alegres o enamorados al percibir más sensaciones o cambios fisiológicos.

Las emociones nos ayudan a comunicarnos mejor con los demás, tienden a reforzar el orden social, nos mueven a la acción, constituyen todo un sistema de recompensas y castigos, están muy relacionadas con el bienestar, nos ayudan a entender mejor la realidad, a decidir entre distintas opciones, a recordar los acontecimientos más relevantes, a responder de manera más enérgica, a desarrollar conductas acordes con la situación y a adaptarnos mejor a las demandas del medio. Todo ello hace que la conducta emocional nos ayude por lo general a responder mejor a la situación que la provoca, por lo que decimos que se trata de reacciones adaptativas.

Sin embargo, algunas circunstancias como la falta de información y de aprendizaje en el manejo de las emociones pueden acarrear consecuencias negativas con cierta frecuencia. En tal caso, las emociones pueden llegar a ser un problema, en lugar de una ayuda para adaptarnos mejor a las situaciones en las que se producen. Así, por ejemplo, mientras que la ansiedad normalmente ayuda a afrontar mejor la situación de hablar en público, en algunos casos, puede llegar a bloquearnos o generar mucho

malestar, pudiendo llegar a constituir incluso un trastorno de ansiedad social. Las pérdidas nos producen tristeza, que nos ayuda a reflexionar, elaborar el duelo por la pérdida, así como a obtener el apoyo social de las personas más cercanas; sin embargo, cuando nos invade la tristeza demasiado tiempo, el bajón de estado de ánimo, la desactivación conductual y la atención centrada en sucesos negativos pueden llevarnos a tener más problemas y a sentir que nos estamos deprimiendo.

La educación emocional es sumamente importante en la primera infancia. Un esquema de aprendizaje infantil machista centrado en “los niños no lloran” y las niñas “sí pueden mostrar sus emociones” aderezado con múltiples clichés sobre lo que es la felicidad, como evitan los padres el sufrimiento de sus hijos, la sobreprotección y la ausencia de gestión adecuada de las emociones conlleva que muchos menores tengan desajustes más relacionados con una incapacidad de autorregulación y gestión de sus emociones que de problemas graves desde el punto de vista adaptativo.

Los problemas emocionales

Cuando el estrés, el exceso de preocupaciones y las sensaciones emocionales resultan desagradables, experimentamos las llamadas emociones negativas, como la ansiedad. A pesar del malestar psicológico que acarrearán, las mal llamadas emociones negativas resultan ser muy adaptativas, pues nos llevan a afrontar mejor las situaciones difíciles que las provocan, siempre que las manejemos correctamente. Si no nos preocupase un examen, hablar en público o un acontecimiento importante, nos resultaría más difícil prepararnos para dicho evento. No es agradable, por lo general, estar nervioso, triste o enfadado, pero estos estados emocionales son temporales, se circunscriben a ciertas situaciones y nos ayudan a afrontar mejor los eventos que provocan dichas reacciones.

Sin embargo, cuando la ansiedad y las emociones negativas son muy intensas o duran demasiado tiempo o no están en sintonía con la situación, pueden afectar de manera importante y duradera al bienestar psicológico, así como a nuestra conducta y a nuestra capacidad de adaptación al medio. En este caso hablamos de problemas emocionales.

Las emociones negativas no sólo pueden afectar en algunos casos al bienestar psicológico, sino que pueden favorecer la aparición de problemas de salud, a través de la alteración de algunas funciones vitales, como el sueño, el apetito, la alimentación o ingesta, la digestión, la eliminación o evacuación, o las funciones cognitivas, entre otras. Es decir, las reacciones emocionales pueden alterar funciones vitales y en algunos casos pueden aparecer disfunciones y síntomas relacionados con estos procesos vitales. Así, una persona que viene sufriendo mucho estrés y emociones negativas intensas desde hace ya un cierto tiempo, con frecuencia, puede experimentar problemas de concentración, insomnio común, problemas de alimentación, algunos problemas digestivos, cardiovasculares, dermatológicos o bien problemas de dolor u otras somatizaciones, muchas veces sin que haya una base orgánica o médica.

El estrés cotidiano tiende a producir emociones, tanto positivas como negativas. Cuanto mayor es el nivel de estrés, es más probable que surjan reacciones emocionales. Cuando el estrés es intenso y se prolonga en el tiempo tiende a producir sobre todo emociones negativas. Cuanto más intenso y más crónico sea el estrés, es más probable que genere mayor

activación fisiológica, mayores reacciones emocionales negativas y que aparezcan somatizaciones o disfunciones.

En otras ocasiones, también aparecen problemas o disfunciones mentales, como por ejemplo distorsiones cognitivas de la atención (mantener la atención focalizada todo el tiempo en una posible amenaza) o de la interpretación (tendencia a la catastrofización y magnificación de situaciones ambiguas). Se pueden comenzar así a generar problemas psicológicos o mentales que producen un exceso de respuesta emocional, como la preocupación excesiva y la sobre atención de posibles resultados negativos, la magnificación de las sensaciones físicas de ansiedad y la focalización de la atención en ellas, el aprendizaje de nuevos temores, miedos o fobias que antes no existían, las postergaciones o evitaciones de situaciones temidas, el uso inapropiado de falsas señales y conductas de seguridad, como las evitaciones, postergaciones, compulsiones o rituales que suceden con algunas obsesiones, como lavado de manos, comprobaciones, etc., que pueden dar lugar a los llamados trastornos de ansiedad, del estrés o del espectro obsesivo.

Por ejemplo, en el trastorno de pánico se magnifican las sensaciones de ansiedad (taquicardia, dificultades respiratorias, mareo, sensación de pérdida de control, etc.) y se focaliza la atención en ellas (cada persona en sus propias sensaciones). En la agorafobia se aprende a temer de forma poco racional las situaciones que producen ansiedad y están asociadas con el pánico. En la fobia social o trastorno de ansiedad social se magnifica la valoración cognitiva de amenaza centrada en la propia conducta y se focaliza la atención en ella. En el trastorno de ansiedad generalizada se concede una importancia excesiva y se manejan mal las anticipaciones o preocupaciones de la vida cotidiana. En el trastorno obsesivo compulsivo se desarrolla un temor exagerado a ciertos pensamientos intrusos relacionados con el orden, la limpieza, el contagio, el control, la agresión, la violación de normas, etc., a base de distorsiones cognitivas y conductuales relacionadas con la supresión de estos pensamientos y la ansiedad que producen. En el trastorno de estrés postraumático se aprenden miedos asociados a situaciones similares al trauma original; por ejemplo, se aprende a temer situaciones y estímulos relacionados con el evento traumático. En muchos procesos de estrés con frecuencia se vive un infierno a nivel de nuestra experiencia emocional desagradable, la activación fisiológica desajustada y las conductas relacionadas poco adaptadas que podemos ir desarrollando.

En las somatizaciones, aparecen dolores y otras sensaciones o síntomas de malestar que pueden no tener una explicación médica y se ven incrementadas por el estrés. En algunas enfermedades crónicas, por ejemplo, de tipo digestivo, se exacerban los síntomas cuando estamos estresados. Y así podemos seguir describiendo diferentes problemas emocionales, como los que acabamos de listar, que pueden afectar a la salud física y a la salud mental.

Por lo general, se puede observar que muchas personas que sufren hoy en día estos problemas emocionales, previamente venían desarrollando reacciones emocionales normales, la mayoría en la adolescencia y juventud, hasta un momento dado, en el que hubo un suceso estresante que provocó reacciones emocionales poco habituales, que desencadenaron un proceso de aprendizaje emocional desadaptado. En este proceso suele haber un incremento progresivo de los síntomas emocionales y finalmente de nuevos

trastornos emocionales. Esta reacción puede permanecer activa durante tiempo por la persistencia de los factores que la provocan, por la alta actividad de respuestas emocionales cognitivas, fisiológicas y conductuales, que interaccionan entre sí e incrementan su tasa de respuesta, así como por el aprendizaje emocional y desarrollo de malos hábitos.

Los problemas emocionales no sólo comprenden los trastornos de ansiedad, del estrés o del espectro obsesivo, sino que suelen aparecer, asociados con estos, problemas del estado de ánimo, es decir, las depresiones.

En la depresión encontramos un estado de ánimo bajo, con sentimientos de tristeza profundos, una emoción en principio adaptativa, que nos ayuda a elaborar un duelo o pérdida y a aumentar el apoyo social por la pérdida sufrida. Pero si se alcanza la depresión, el estado emocional deja de ser adaptativo, ya que se prolonga excesivamente la tristeza, la reflexión, la inactividad, el abandono, el sufrimiento, etc., y se desarrollan hábitos que implican pasividad, falta de interés y motivación por todo, así como distorsiones cognitivas que llevan a esa persona a centrarse en lo más negativo de su vida (en el pasado, en el presente y en el futuro), lo que acrecienta el estado de tristeza y depresión, hasta llegar a un trastorno depresivo, que puede llegar a ser grave, en el que suelen aparecer disfunciones del sueño, de la alimentación, cognitivas, entre otras, así como discapacidad para el trabajo, las tareas domésticas o las relaciones sociales.

Con el paso del tiempo, si no se atienden correctamente estos problemas emocionales, suelen aumentar los síntomas o su intensidad (tendencia a la cronicidad), y pueden aparecer nuevos problemas emocionales (tendencia a la comorbilidad). Así, las personas que acuden a su médico de Atención Primaria, por cualquier motivo, en el 49,2% de los casos informan de síntomas compatibles con un diagnóstico de trastorno de ansiedad, o depresión, o somatizaciones. A su vez, las personas mayores con enfermedad crónica presentan más problemas emocionales que los pacientes sin cronicidad.

La falta de atención y sensibilización de estos problemas en niños es mucho más preocupante. La consideración de problemas emocionales en niños y adolescentes se ha minimizado y ha quedado en una situación de semi-abandono, pospuesto hasta la edad adulta en la que es más probable que reciba tratamiento.

En el contexto escolar, si un niño tiene autismo o TDAH recibe intervención psicoeducativa, se le deriva a salud mental especializada con la participación de su pediatra en acciones coordinadas que, si bien siguen siendo mejorables, atienden en mayor o menor medida este tipo de problemáticas. Pero si un menor tiene un problema emocional, ansiedad o depresión, difícilmente va a recibir atención en el ámbito educativo, es probable que su pediatra no tenga ni tiempo ni formación para atenderle adecuadamente sin recurrir al fármaco y será difícil que llegue a recursos especializados de salud mental porque no se trata de la población diana de servicios masificados y centrados en la población más grave y aunque la mayoría de este tipo de problemas no suelen ser muy graves en los inicios (no todos), si pueden llegar a serlo con el paso del tiempo.

La psicología clínica infantil y la psiquiatría infanto-juvenil son las grandes olvidadas de nuestro ámbito sanitario público, sistema en el que se minimizan los problemas emocionales de los niños que parecen invisibles

y que en numerosas ocasiones quedan abocados al olvido, o al menos su atención no se produce hasta que no llegan a la edad adulta. Obviamente cuando esto ocurre la sintomatología suele haber empeorado y el curso y evolución del trastorno (que podría haberse abordado antes de forma satisfactoria), puede tender a la cronificación y comorbilidad así como al desajuste del menor de su desarrollo normativo habitual.

Esta situación merece una especial consideración porque los problemas emocionales en menores están como silenciados, como si no existieran. No disponemos de estudios epidemiológicos serios como ocurre en población adulta y resulta complejo dimensionar con exactitud la magnitud del problema. Una de las evidencias más importante la encontramos en la psicopatología que nos indica como muchos de estos trastornos tiene su etiología, comienzo y primeras manifestaciones en la infancia y sobre todo en la adolescencia. En la base de los problemas emocionales se fraguan los intentos de suicidio (una de las causas de muerte más elevadas en jóvenes y adultos, que también están silenciadas) y los inicios de muchas de las patologías que llegarán a ser graves en la adolescencia o adultez. Por ejemplo, muchos de los ataques de pánicos iniciales se viven en la niñez o adolescencia, los primeros síntomas de trastornos obsesivos compulsivos también suelen ser de inicio temprano y muy ligados a la gestión de emociones como buena parte de trastornos del estado de ánimo, ansiedad y somatizaciones.

El enfoque categorial de la psicopatología considera que existen trastornos mentales específicos que están bien definidos por un conjunto de síntomas, concretos para cada trastorno. Sin embargo, la mayoría de las personas que cumplen los criterios de un trastorno mental, cumplen también los criterios de algún otro trastorno, con los que puede compartir algunos síntomas. Por otro lado, el tratamiento del trastorno primario mediante una técnica específica para él, mejora también los síntomas de otros trastornos comórbidos. De manera que los trastornos mentales así definidos no son tan específicos e independientes como se pretendía. Por el contrario, existe una amplia generalidad o comunalidad de factores que parecen favorecer la psicopatología, aunque se desarrolle de manera diversa en cada individuo. Hoy se sabe que el primer diagnóstico de un trastorno mental favorece el desarrollo de otros similares en los próximos años.

Algunos trastornos tienden a aparecer juntos (alta comorbilidad), y no sólo comparten síntomas y la posibilidad de remisión de síntomas en algunos de los trastornos todavía no tratados, al tratar a otro con una técnica específica para éste, sino que comparten probablemente una serie de procesos cognitivos, emocionales y conductuales propios del aprendizaje emocional. Quizás el mejor ejemplo son los trastornos mentales comunes, es decir, los trastornos de ansiedad y la depresión. Se trata de los trastornos emocionales más prevalentes, presentan entre ellos alta comorbilidad y comparten síntomas que tienden a remitir cuando se tratan otros trastornos.

¿Qué más comparten estos trastornos emocionales? En general, comparten aspectos importantes sobre su naturaleza (derivan de las emociones normales, por ejemplo), surgimiento (muchas veces, a partir de eventos estresantes), evolución (con frecuencia, aprendizaje progresivo) o mantenimiento (por ejemplo, malas estrategias de regulación emocional, como evitación, rumiación, supresión de pensamientos, etc.), lo que implica que comparten una serie procesos de aprendizaje emocional a nivel cognitivo, fisiológico y conductual.

Por ejemplo, comparten el desarrollo de procesos cognitivos en los que van aumentando progresivamente algunas distorsiones cognitivas, especialmente sobre la interpretación (valoración cognitiva, atribuciones causales, expectativas, metacogniciones) y sobre la atención (centrar la atención preferentemente en la amenaza o la pérdida, tiempo dedicado a procesar esa información emocional, anticipaciones negativas, autodiálogo interno catastrofista, etc.). En el caso de la depresión, también se observan distorsiones de la memoria, con tendencia marcada a recordar sólo sucesos negativos, además de distorsiones interpretativas y de la atención. Estas distorsiones cognitivas producen un incremento significativo de las respuestas emocionales (ansiedad, tristeza-depresión y otras) en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y conductual).

El Tratamiento transdiagnóstico

Los tratamientos psicológicos de trastornos emocionales en niños han estado supeditados y dependientes a los implementados en adultos. Esta consideración de “adultos en pequeño” y de que todo lo que funciona con población adulta también lo hará con infantil ha perjudicado la investigación y el desarrollo de ensayos clínicos aleatorizados en menores, también dificultados por los problemas de acceso a este tipo de población, consentimiento informado de los padres y otras dificultades éticas. Por todo esto contamos con mucha menos evidencia, desde un punto de vista científico, de la eficacia de tratamientos psicológicos en niños. Entre los más efectivos destacan los de corte cognitivo-conductual y psicoeducativo. Para una revisión de 137 tratamientos para 17 trastornos para niños y adolescentes (entre ellos los emocionales) pueden consultar Gálvez-Lara, Corpas, Moreno, Venceslá, Sánchez, & Moriana (2018).

El tratamiento transdiagnóstico de problemas emocionales es un enfoque relativamente novedoso que parte de una concepción integral de los síntomas que comparten en común varios trastornos. Esta consideración es especialmente relevante en los trastornos depresivos, de ansiedad y somatizaciones, donde muchos de los síntomas que aparecen en el curso de estos problemas son comunes entre sí.

El tratamiento, que puede aplicarse tanto en formato individual como en grupal, comienza por dar a los participantes de un grupo una buena psicoeducación sobre las emociones y los factores implicados en la regulación emocional, especialmente el papel de las distorsiones cognitivas (magnificación, sobreatención, rumiación) y el uso de evitaciones o conductas reductoras de ansiedad similares. Su efectividad ha sido ampliamente demostrada en adultos y en jóvenes, realizándose en la actualidad adaptaciones para población de niños.

Esta psicoeducación tiene un papel esencial en este tratamiento y debe cumplir dos premisas básicas: la primera es que el psicólogo debe ser un experto en emociones, regulación emocional y problemas emocionales; la segunda, es que los contenidos deben adaptarse a la comprensión de los participantes y adecuarse a los problemas emocionales que presenta cada uno. Veamos un ejemplo.

La psicoeducación suele incluir frecuentemente una explicación de: (1) modelos teóricos que sirvan para entender la intervención de varios casos concretos presentes en el grupo, por ejemplo, fobia social y pánico; (2) casos similares al suyo y casos parecidos con valor pedagógico, porque no

le sucede ese problema, sino que lo domina; (3) conductas y emociones que sí maneja el paciente vs. las que no; (4) metáforas que sirvan para explicar y motivar la participación; (5) problemas emocionales reales recientes que se analizan y comentan según los modelos de intervención.

Podríamos comenzar explicando qué son las emociones, cuál es su funcionamiento y para qué sirven. Además, conviene explicar qué es la ansiedad, las respuestas de ansiedad en los tres sistemas, el carácter adaptativo de la ansiedad y los factores de riesgo que incrementan la intensidad de estas respuestas y la probabilidad de desarrollar un problema ansioso. Es decir, podríamos usar los dos primeros apartados de este texto y adaptarlos a cada caso, explicando con palabras sencillas el papel de los procesos cognitivos y sus distorsiones sobre la ansiedad, el papel de las evitaciones, y el papel del exceso de ansiedad sobre las distorsiones cognitivas y la conducta en situaciones de amenaza.

Conviene poner ejemplos ilustrativos que ayuden a comprender nuestras palabras, como el siguiente.

Las sensaciones y las emociones influyen mucho en nuestros pensamientos, en nuestra percepción de la realidad, pero a veces nos engañan. Si tú intentas cruzar un abismo visual (ves el abismo, pero pisas sobre un cristal firme irrompible por efecto de tu peso), experimentarás miedo irracional, que te puede paralizar a pesar de que no estás en riesgo.

Ahora bien, tú puedes intentar reducir ese miedo irracional o puedes estar aumentándolo, tienes que saber cómo se haría en un caso y en otro.

Si tú le das mucha importancia al desnivel, a la altura que percibes a través de la transparencia del cristal, anticipas que te va a producir mucho temor, piensas que te puedes caer, te dejas llevar por tus sensaciones, evitas cruzar, o lo intentas pensando que te puedes hacer daño, etc., entonces aumentarás tu temor, tu ansiedad y será muy difícil o imposible andar sobre el cristal, aunque sea seguro.

Si, por el contrario, lo tomas con humor, piensas que es imposible hacerse daño (puesto que estás andando sobre una superficie firme y segura, un cristal resistente), no das importancia a tus sensaciones, no las temes, intentas disfrutarlas, te entrenas para hacer pequeños progresos en el afrontamiento, no evitas, no temes hacer el ridículo ante los demás, etc., estarás disminuyendo tu temor y podrás cruzar el abismo visual. Además, la repetición de estos ejercicios tenderá a producir el hábito que estás buscando para poder cruzar el abismo visual, manejando tus emociones.

Bien, pues con los trastornos de ansiedad, especialmente con el trastorno de pánico y las sensaciones de ansiedad, pasa algo similar. Cuando tenemos ansiedad, nos invaden las sensaciones físicas, el temor, el malestar, los pensamientos negativos, y nos entran ganas de evitar la situación o la amenaza que provoca la ansiedad. Podemos actuar, como en el caso del abismo visual, intentando bien aumentar aún más la ansiedad, el temor, o bien disminuirlos. A base de repetir muchas veces este proceso, se consiguen los hábitos. Así, podemos aprender a aumentar o a reducir nuestros temores y nuestra ansiedad.

La clave esencial para reducir la ansiedad excesiva está en reducir las distorsiones cognitivas, la magnificación, la sobreatención o focalización de la atención en la amenaza, y la rumiación o procesamiento repetitivo de

estimulación amenazante. Estas distorsiones cognitivas producen ansiedad, pero también aumentan con la ansiedad, pues cuanto más ansiedad tenemos, también habrá más distorsiones cognitivas. A su vez, conviene no usar las evitaciones u otras falsas conductas reductoras de ansiedad, que nos dan “pan para hoy y hambre para mañana”.

Para manejarnos mejor y reducir la ansiedad, la forma correcta de abordar las situaciones que nos producen un exceso de ansiedad, con los consiguientes problemas que ello acarrea, sería la siguiente.

En primer lugar, hay que reducir el error interpretativo, las magnificaciones, intentando quitar importancia a las amenazas engrandecidas (por ejemplo, a las sensaciones físicas inocuas, a los pensamientos intrusos, a la conducta propia inadecuada, a la situación que tememos, etc.), a las consecuencias catastrofistas, a las probabilidades exageradas de que suceda lo peor, etc., tratando de adaptarnos a la realidad y confiando en nuestros recursos de afrontamiento, así como en el apoyo social. Se trata de cambiar la valoración cognitiva de amenaza magnificada por una valoración cognitiva menos amenazante, o incluso la amenaza por un desafío.

En segundo lugar, hay que reducir el error o sesgo atencional, intentando ocupar nuestra atención en estímulos neutros o positivos, en lugar de centrarnos en la amenaza.

En tercer lugar, a su vez, es importante no hacer continuas anticipaciones negativas o recreaciones emocionales, no procesar cientos de veces la información amenazante (rumiación).

En cuarto lugar, no debemos evitar la situación amenazante que está produciendo la ansiedad; por el contrario, hay que afrontar progresivamente esa situación que produce la ansiedad, poniendo la atención en los aspectos centrales de la situación (por ejemplo, la charla que estamos dando) y no en la amenaza (haré el ridículo).

Desde la primera sesión hay que señalar la importancia de estas cuatro formas que tenemos de aprender a manejar de nuevo la ansiedad, que son contrarias al aprendizaje que llevó a la psicopatología o problema emocional.

Para entender mejor estos dos tipos de aprendizaje, hacia la psicopatología y hacia la normalidad, podemos hacer un análisis funcional del problema emocional. Para ello, distinguimos entre un antes y un después del inicio del problema. Se trataría de hacer notar cómo funcionaban antes los procesos cognitivos, las emociones y la conducta. Y cómo han cambiado después del suceso desencadenante o después del inicio del problema. Por ejemplo, analizar qué ha cambiado desde que se rieron de mí en clase cuando estaba leyendo y tuve mucha ansiedad, hasta llegar a bloquearme. ¿Qué ha sucedido tras aquel acontecimiento? ¿Se han desarrollado estrategias de regulación emocional equivocadas, como la evitación o la focalización de la atención en mi ansiedad?

Con frecuencia las estrategias de regulación emocional equivocadas, que surgen tras el inicio del problema emocional, consiguen el efecto contrario al deseado sobre las reacciones emocionales. Por ejemplo, al centrar mi atención sobre mi ansiedad, con el fin de controlarla, lo que conseguí fue aumentarla; además, al evitar hablar en público, he conseguido que esta situación resulte aún más amenazante y me produzca más ansiedad.

Otros ejemplos, al intentar suprimir pensamientos intrusos, desagradables, se vuelven más frecuentes. Al rumiar preocupaciones, éstas aumentan, en lugar de resolver el problema, se genera más ansiedad.

Conviene explicar el papel que juega el estrés en el desarrollo de un aprendizaje emocional patológico. Las personas cuando llevan tiempo sometidas a un fuerte estrés y mucha ansiedad, presentan mayor activación fisiológica; por lo tanto, aumenta la intensidad de las respuestas fisiológicas involuntarias, inervadas por el sistema nervioso autónomo. Con ello, se pueden desarrollar más problemas de aprendizaje cognitivo-emocional o dificultades en la autorregulación emocional. Así, por ejemplo, se puede observar con frecuencia que muchas personas:

- (1) Pueden experimentar una elevada activación fisiológica en una determinada respuesta, como el rubor, el sudor, el temblor muscular de extremidades, o el temblor de voz, porque temen que los demás observen esta respuesta en ellos, les evalúen muy negativamente por no poder controlarla y les rechacen o les despidan del trabajo.
- (2) Pueden aumentar los miedos irracionales o temores a algunas reacciones emocionales o a determinados aspectos de las mismas, por ejemplo, miedo a dar una respuesta asertiva por temor al enfado de otros, incapacidad de expresar ira por temor a perder el control, miedo a ciertas situaciones o a experimentar ansiedad por temor a las sensaciones físicas, etc.
- (3) O pueden aparecer evitaciones a situaciones emocionales, aunque no puedan permitirse evitarlas, por ejemplo, evitar hablar en público por culpa de la ansiedad, aunque sea una exigencia de su trabajo, o evitar viajar en avión, cuando sería lo más conveniente, etc.

Además de dar información, en la psicoeducación se debe resaltar siempre el papel activo que debe tomar el paciente o participante. Por ejemplo, debe adoptar un papel activo para incrementar sus conocimientos sobre las emociones y la regulación emocional. En la Web de Bienestar Emocional del Ministerio de Sanidad (<http://www.bemocion.msrebs.gob.es/>), desarrollada por los profesores Cano Vindel y Dongil Collado, se puede encontrar mucha información sobre estos temas.

Aunque es importante informar de qué es lo que hay que hacer y qué no, esto no significa que el paciente o participante pueda hacerlo. Una cosa es la información sobre qué hacer y otra cosa son las habilidades para hacerlo, que se adquieren más lentamente, a base de repetir ejercicios y desarrollar hábitos. Informar de estas cuatro herramientas terapéuticas se puede hacer en una sola sesión, en la primera; sin embargo, adquirir las habilidades para manejar las tres primeras exigirá desarrollar varias sesiones de reestructuración cognitiva, y a su vez, la cuarta conlleva la práctica diaria de la exposición bajo ciertas condiciones de control, es decir, manejando las distorsiones cognitivas.

El paciente o participante con frecuencia hace preguntas del tipo siguiente: “sí, ya sé que debo quitarle importancia a la amenaza, pero ¿cómo lo hago?”. La respuesta es clara, “aprenderás repitiendo el entrenamiento, una y otra vez, como se aprende a conducir”. La repetición, bajo ciertas condiciones, mejora el aprendizaje y crea hábitos. Por ejemplo, en las sesiones futuras de reestructuración cognitiva aprenderá a base de hacer diferentes ejercicios y repetirlos muchas veces. También aprenderá a dejar de evitar, entrenándose en lo contrario, es decir, en exponerse poco a poco a la situación temida. Hay que controlar el proceso. Se deben premiar los acercamientos a la respuesta

que se persigue, no se deben aplicar castigos, sino corrección de errores, y es bueno jerarquizar el aprendizaje, comenzando por lo más fácil.

Además de proporcionar esta psicoeducación, desde la primera sesión se puede dar una grabación de audio que contenga una sesión de relajación, para disminuir la activación fisiológica. Practicar la relajación regularmente servirá para disminuir nuestra activación fisiológica y nos puede ayudar a realizar mejor estas actividades de reestructuración cognitiva y exposición que recomendamos. Fomentar el papel activo en su tratamiento, supondrá que debe intentar disminuir su activación fisiológica, practicando diariamente la relajación, realizando actividad física y ejercicio físico. Encontrarás los ejercicios en la Web de Bienestar Emocional del Ministerio de Sanidad. Además, en su caso, debe colaborar con su médico para eliminar poco a poco el consumo de benzodiazepinas, tanto tranquilizantes como para dormir.

Si somos capaces de reducir los sesgos o errores cognitivos y la activación fisiológica, estaremos mejor preparados para afrontar progresivamente las situaciones que antes evitábamos o nos costaba mucho exponernos a ellas. Esta exposición progresiva, bajo estas condiciones de control, nos será de gran ayuda para superar nuestra ansiedad y nos ayudará también a disminuir aún más los sesgos o errores cognitivos en el futuro.

La información sobre la exposición, sobre el aprendizaje conductual, que en el futuro pondrá en práctica el paciente o participante resalta también cómo se hará dicha exposición, así como el papel activo que debe desempeñar en este proceso. Este papel activo implicará poner en marcha lo que se va aprendiendo, en definitiva, participar, aplicando lo aprendido, procurando no evitar las situaciones problema.

Las reglas del aprendizaje progresivo para este entrenamiento conductual serán: premiarse, reforzarse, por participar, por exponerse, por los logros alcanzados, por pequeños que sean, e incluso por intentarlo. Y, además, corregir los errores, sin castigos, sin culpa, sin abandonar, sin caer en la frustración, algo que resultará difícil al paciente, por lo que necesitará de las reinterpretaciones de su terapeuta.

Por lo tanto, el programa estaría compuesto por los siguientes elementos que se trabajan en las diferentes sesiones: psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento conductual y exposición. Se acabaría haciendo una prevención de recaídas.

Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva parte de modelos cognitivos de la emoción, en los cuales la conducta emocional es consecuencia de la actividad cognitiva que el sujeto realiza sobre la situación: elaboración, interpretación, valoración, atribución, etiquetado, expectativas, sesgos de procesamiento, etc. A su vez, los trastornos emocionales se producen por una serie de procesos cognitivos erróneos o sesgados. Así, se ha desarrollado tecnología para la práctica clínica: una serie de técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva que intenta modificar la actividad cognitiva para reducir la emoción.

Pero, la reestructuración cognitiva también se basa en los modelos de regulación emocional y el entrenamiento en manejo de emociones. En la conducta humana, no todo es racional, sino que hay una parte importante

de su actividad, de su conducta, que es emocional y a veces poco racional. Nuestro cerebro tiene una parte prefrontal, con funciones ejecutivas, basadas en la razón; pero también existe el cerebro antiguo, el emocional, que toma el control ante ciertas situaciones, como las de peligro. Por eso, no todas las estrategias de regulación emocional se basan en el empleo de estrategias racionales, que en determinados momentos no tienen prioridad. Los modelos evolucionistas diferencian entre estrategias racionales y emocionales. Las primeras son más típicas de la especie humana, como revaloración cognitiva; mientras que las segundas son más comunes con otras especies, como la evitación del peligro o la rumiación.

Resulta esencial para el proceso terapéutico cambiar la información que posee el paciente sobre el papel de sus pensamientos sobre sus problemas, así como el cambio de hábitos en el procesamiento cognitivo-emocional.

La reestructuración cognitiva implica un proceso de tres componentes:

(1) Conocer los procesos cognitivos que pueden generar ansiedad (valoración de amenaza, atribución errónea, sesgos de atención, interpretación, etc.).

(2) Identificar los errores cometidos en esos procesos (interpretación de amenaza por sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia, de la severidad, infraestimación de recursos...).

(3) Cambiar los errores cometidos por procesos más adaptativos y pensamientos más racionales, utilizando distintas herramientas, como lecturas, ejercicios, modelado, imaginación, reinterpretación, revaloración, razonamiento, contrastación, diálogo socrático, eliminación de sesgos y desarrollo de habilidades, reinterpretación, focalización, solución de problemas, autovaloración (eficacia percibida y autoestima).

En las situaciones que provocan ansiedad suele haber una percepción de amenaza que no siempre es realista, sino que cuando hay mucha ansiedad y ésta es poco adaptativa se suelen cometer los cuatro tipos de errores que señaló Aaron Beck: (1) sobrestimación de la probabilidad de ocurrencia de un suceso temido; (2) sobrestimación de la severidad de un suceso temido; (3) infraestimación de los recursos de afrontamiento; y (4) infraestimación de las posibilidades de ayuda por parte de otros (apoyo social). Estos errores llevan a magnificar la amenaza, lo que produce más ansiedad. Por lo tanto, para reducir la ansiedad tendremos que cambiar esta interpretación magnificada de la amenaza por una interpretación alternativa menos amenazante, e incluso cambiar la amenaza por un desafío.

Para intentar eliminar o reducir estos errores podemos llevar a cabo los siguientes ejercicios:

¿Cuál es la probabilidad de que suceda la amenaza? Se utiliza el razonamiento y la contrastación empírica. Se pide la valoración subjetiva de la probabilidad: valorar de 0 a 100. Se contrasta con la probabilidad real estimada: se usan datos estadísticos para calcular la probabilidad real. La diferencia es un sesgo interpretativo, que suele ser muy grande y hay que reducir razonadamente. Ejemplo: la probabilidad de tener una enfermedad grave no es del 40%, objetivamente el número de personas con enfermedad grave es mucho más reducido.

¿Cuáles son las consecuencias si sucede la amenaza? Se pide valorar consecuencias subjetivas (0-100). De nuevo se trata de comparar la

valoración subjetiva con datos reales. Por ejemplo, valoración subjetiva: “si tengo que hablar en público me muero”. Contratación con la realidad: temo hacer el ridículo. Se continúa la devaluación haciendo preguntas. ¿Cuánta importancia tiene para mí el ridículo? ¿Qué pierdo realmente si evito? ¿Por qué son tan terribles las sensaciones de ansiedad? Acaso, porque son molestas. ¿Es que no soy capaz de soportar otras molestias, cuando tengo que hacerlo? ¿No está resultando aún peor todo lo que hago por no experimentar malestar emocional, como las evitaciones que realizo?

¿Qué puedo hacer yo frente a la amenaza? Contrastar valoración subjetiva de recursos para afrontar la situación temida con los recursos que usa en otras situaciones. Por ejemplo: puedo prepararme la charla, tengo tiempo, puedo aprender, puedo soportarlo. ¿Qué hago yo para afrontar otros problemas similares, en lo que sí obtengo buenos resultados? En estos casos, ¿pongo en marcha recursos que no estoy utilizando para afrontar mi problema emocional?

¿A quién puedo pedir ayuda? El apoyo social es esencial para amortiguar los problemas, pero sin embargo a veces no pedimos ayuda por vergüenza, por no molestar, etc., cuando a nosotros nos gustaría ayudar a las personas de nuestro entorno.

En cuanto al papel de la atención, hay que trabajar el conocimiento sobre las relaciones entre este proceso cognitivo y la ansiedad. Focalizar la atención en una amenaza produce más ansiedad. La atención a una respuesta autonómica, como el rubor, cambia la tasa de respuesta, aumenta la preocupación e inicia el proceso en espiral de aumento de síntomas de ansiedad y focalización de la atención. La atención a pensamientos negativos, preocupaciones, etc., incrementa la activación fisiológica. La atención a pensamientos intrusos, los incrementa (es mejor devaluarlos que rechazarlos).

Cuando nos enfrentamos con una situación amenazante que produce ansiedad, como por ejemplo hablar en público, se debe centrar la atención en la tarea principal (la charla) y no en la amenaza (síntomas de ansiedad, conducta inapropiada). Por ejemplo, se debe centrar la atención en el examen y no en la ansiedad.

Para aprender a manejar mejor la atención se deben hacer ejercicios en los que se centra la atención en estímulos neutros, así como en autoinstrucciones positivas racionales, haciendo observar como en tan sólo unos minutos disminuye la ansiedad.

A su vez, cuando una persona tiene que afrontar una situación amenazante es muy útil centrar la atención en conversaciones y en otras actividades neutras o positivas que demanden alta atención, para que la atención focalizada en la amenaza no genere más ansiedad.

En definitiva, hay que insistir y hacer ejercicios para que no permanezca la atención centrada en la amenaza, en el repaso constante y en la rumiación de pensamientos negativos.

Entrenamiento conductual

El entrenamiento conductual utiliza los principios del aprendizaje como, por ejemplo, el condicionamiento operante o el aprendizaje asociativo de estímulos y respuestas fisiológicas.

Respecto al condicionamiento operante, la ley del refuerzo, dice que toda conducta que es reforzada o premiada aumenta la probabilidad de que vuelva a ser emitida. Funcionan mejor los premios (para aumentar la frecuencia de una conducta) que los castigos (para disminuirla). Los castigos consisten en suministrar una consecuencia aversiva, tras la realización de una conducta, con el fin de reducir la probabilidad de que vuelva a ponerse en marcha. Los castigos tienen efectos secundarios no deseados, y son menos eficaces que el refuerzo, especialmente si no se aplica adecuadamente (a su debido tiempo, de manera consistente, de forma inescapable, etc.).

Los objetivos clínicos se pueden conseguir tras un periodo de entrenamiento, pero se necesita tener claros dichos objetivos, que sean realizables, que se apliquen las técnicas adecuadas, que haya perseverancia, tras un cierto periodo de tiempo, aumentando poco a poco las habilidades, sabiendo premiar los logros y corregir los errores. Una vez conseguidos, es necesario planificar el mantenimiento de las conductas aprendidas.

Para conseguir los objetivos se debe tener paciencia y ser sistemático, haciendo las tareas para casa todos los días, aunque al principio no se observen mejoras o logros. En el inicio de los ejercicios suele ser más difícil observar logros, pero es bueno tener expectativas positivas de que se conseguirán, para seguir practicando, aprendiendo, a fin de desarrollar los hábitos necesarios y alcanzar los objetivos.

Las tareas para casa son esenciales para desarrollar los hábitos necesarios que permitirán alcanzar los objetivos. Deben explicarse bien, motivar para que se hagan, enseñar al paciente a desarrollar el hábito de hacer estas tareas todos los días, han de ser repasadas en cada sesión, se debe premiar por hacerlas y corregir cuando no se están haciendo. Cuando se consiga el hábito de hacer las tareas para casa, el paciente aprenderá más y más rápido, hasta conseguir los objetivos. Además, se estará desarrollando la autonomía del paciente y el mantenimiento y generalización de resultados.

Respecto al aprendizaje asociativo, señalar que a veces se producen nuevas asociaciones de respuestas fisiológicas automáticas con el entorno estimular en el que se producen las mismas. Por ejemplo, se puede asociar la cama con estar preocupado o nervioso, si hemos sufrido insomnio con frecuencia y no nos hemos levantado. A su vez, algunas de estas situaciones que han adquirido la capacidad de provocar reacciones de ansiedad, tendemos a evitarlas. El cajero automático puede provocarnos intensas reacciones de ansiedad, si una vez fuimos asaltados, al retirar dinero. Algunas personas no pueden entrar en un espacio cerrado, como los ascensores, o viajar en el metro o en avión, porque les produce intensas reacciones de ansiedad y han aprendido a evitar estas situaciones temidas.

Una parte esencial del entrenamiento psicológico de tipo conductual para resolver problemas emocionales consiste en realizar exposición a situaciones o tareas que cuesta afrontar o que se evitan. La exposición se apoya en buena medida en las tareas para casa y permite dejar de seguir aprendiendo a desarrollar más temor a la situación que se venía evitando. En su lugar, se trata de reaprender a afrontar mejor las situaciones emocionales de la vida cotidiana, de manera que se vayan generando habilidades para manejar las emociones.

Para que la exposición a situaciones temidas funcione correctamente deben tenerse en cuenta los siguientes principios en cada exposición: (1)

también sirven las exposiciones imaginarias y virtuales, cuando se hacen correctamente; (2) hacerlas siempre bajo condiciones de control; (3) por aproximaciones sucesivas; (4) reforzando hasta los pequeños logros e incluso los intentos poco exitosos; (5) corrigiendo errores, sin culpa y sin castigo; (6) poniendo en práctica todo lo aprendido; (7) en ocasiones, puede ser necesario aprender nuevas habilidades conductuales, como por ejemplo habilidades sociales; (8) la habituación se conseguirá poco a poco, a base de repetir; (9) incluso antes de conseguir la habituación deseada, se irá reduciendo poco a poco la ansiedad, y se irán aprendiendo otros aspectos positivos de la exposición, como la ruptura de expectativas catastrofistas que prevalecía cuando se practicaba la evitación.

La exposición es una técnica muy eficaz para reducir los temores, sin embargo, puede incrementarlos si no se lleva a cabo adecuadamente, teniendo en cuenta todos estos requisitos. En contra de lo que algunos creen, la exposición por sí misma no siempre produce los efectos deseados de habituación o extinción de las respuestas emocionales condicionadas, que han sido incrementadas por el aprendizaje asociativo y la evitación.

Sin embargo, la exposición permite nuevos aprendizajes que pueden ayudar a conseguir manejar mejor las reacciones emocionales que se quieren reducir. Por ejemplo, la exposición puede permitir aprender a comprobar que no se cumplen las expectativas catastrofistas que sostenían la evitación, como el rechazo social por mostrar ansiedad. También puede ayudar a eliminar las conductas de seguridad, falsas conductas reductoras de ansiedad o creencias erróneas acerca de cómo funciona la ansiedad, como el llevar tranquilizantes en el bolso, aunque no se usen, o utilizar el vómito o laxantes para perder peso.

Los factores que favorecen el aprendizaje emocional positivo durante los ensayos de exposición podemos analizarlos en diferentes momentos.

Antes de la exposición es bueno: (1) tener expectativas positivas, pero razonables: es un proceso a medio y largo plazo; (2) realizar anticipaciones gratificantes, en lugar de ansiosas; (3) no centrar la atención permanentemente en la amenaza futura; (4) no confundir reacciones emocionales normales, aunque sean desagradables, pero forman parte de la vida, con trastornos mentales; (5) intentar reducir el temor a las sensaciones de ansiedad, pues sólo producen malestar, y es bueno tener una cierta tolerancia al malestar, en lugar de evitarlo a toda costa; (6) intentar igualmente reducir el temor a otras amenazas, como la propia conducta, o ciertas situaciones temidas, etc.; (7) no desarrollar conductas de evitación o de seguridad, reductoras de ansiedad, pero que no favorecen el aprendizaje adecuado.

Durante la exposición es bueno: (1) desarrollar tareas centradas en los aspectos esenciales de la situación: hablar con otros, hacer examen, etc.; (2) si es posible, no estar ensimismados, no favorecer pensamientos centrados en la amenaza, no rumiar, sino participar activamente en la acción que estemos desarrollando.

Después de haber realizado un ensayo de exposición es bueno: (1) hacer un análisis objetivo de la actividad realizada; (2) premiarse por los logros alcanzados, aunque sólo impliquen haberse expuesto, aunque se piense que se actuó mal; (3) corregir los posibles errores, para mejorar en el futuro; (4) minimizar las amenazas futuras, en lugar de darles más importancia; (5)

tener alguna sensación de control, aunque no todo haya sido un éxito; (6) fijarse más en lo positivo que supone esta exposición, que en lo que falta por conseguir.

Prevención de recaídas

Las recaídas son episodios temporales que el paciente tiende a interpretar como un gran fracaso del tratamiento, cuando en realidad suponen una oportunidad para aprender mejor y conseguir una mayor generalización y mantenimiento de los logros.

¿Cómo interpretar la recaída?: (1) la recaída no debe entenderse como un fracaso; (2) sino como un reto; (3) lo que se había aprendido sí sirve, pero no es suficiente; (4) ahora hay que aprender más; (5) con las mismas técnicas y herramientas que ya se conocen; (6) un sobreaprendizaje ayudará a la prevención de recaídas.

¿Qué se debe hacer en caso de recaída?: (1) poner en práctica las habilidades de análisis del problema desde la perspectiva cognitivo-emocional; (2) volver a utilizar las herramientas y ejercicios prácticos que nos han ayudado hasta ahora a mejorar; (3) continuar practicando, hasta superarlo; (4) si esto no es suficiente, volver a recibir alguna consulta psicológica adicional; (5) no volver a los ansiolíticos (se deben retirar por completo, pues son un factor de recaída).

En el caso de los niños el componente más importante del enfoque transdiagnóstico está en la educación y en la prevención. Si partiéramos de un contexto en el que los menores tanto en la educación familiar como en la escolar fueran educados en una gestión adecuada de las emociones se reducirían enormemente los casos desadaptativos. Asimismo, algunos aspectos sociales como la competitividad, los valores asociados al éxito, a la felicidad, a las relaciones interpersonales sanas, etc., mejorarían en mayor medida la presión emocional que en ocasiones viven los menores en un contexto social donde cada vez es más difícil adaptarse.

El protocolo transdiagnóstico PsicAP

El protocolo de tratamiento del ensayo clínico PsicAP (Psicología en Atención Primaria) ha sido descrito en dos artículos en español (Cordero-Andrés et al., 2017; González-Blanch et al., 2018).

El objetivo del proyecto de Psicología en Atención Primaria (PsicAP) es demostrar la eficacia de una terapia de cognitivo-conductual grupal transdiagnóstica para tratar los trastornos emocionales más frecuentes en Atención Primaria. Esta terapia, de sólo 7 sesiones, es especialmente apropiada para el contexto de Atención Primaria. En estos trabajos se presentan los fundamentos y el manual de tratamiento, sesión a sesión, con extractos que ilustran contenidos clave de las sesiones. Finalmente, se discuten las implicaciones de un protocolo de estas características en un momento en el que el psicólogo clínico y el residente de Psicología Clínica empiezan a estar presentes en las consultas de Atención Primaria en España.

El cronograma de las 7 sesiones puede verse en la Tabla 1.

Los resultados obtenidos con el protocolo PsicAP sobre más de 700 pacientes derivados por su médico de Atención Primaria a este ensayo, que fueron asignados de forma aleatoria al grupo experimental o grupo control, indican que este tratamiento psicológico transdiagnóstico de siete

Tabla 1. Propuesta de cronograma de las actividades

Contenidos terapéuticos	Sesiones						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Psicoeducación	■	■					
2. Relajación							
3. Reestructuración cognitiva			■	■	■	■	■
4. Técnicas conductuales				■	■	■	■
5. Prevención de recaídas						■	■

sesiones consiguió tasas de recuperación entorno al 70% tanto para el trastorno de ansiedad generalizada como para la depresión, mientras que en el grupo control los pacientes que continuaron con el tratamiento habitual de Atención Primaria, esencialmente farmacológico, esas tasas rondaron el 20%. Aunque el ensayo actual ha sido realizado en población de adultos y podría aplicarse con un formato similar en jóvenes, en la actualidad se está trabajando en su adaptación a niños.

Agradecimientos: El trabajo ha sido financiado por el Proyecto PsicAP, financiado en la convocatoria de Proyectos de Investigación Fundamental no Orientada del Ministerio de Economía y Competitividad (ref. PSI2012-36589), dirigido por el Dr. Antonio Cano Vindel. Y, por otra parte, el Proyecto PsiBrief también financiado por la convocatoria RETOS (Ref. PSI2014-56368-R), que dirige el Dr. Juan Antonio Moriana. Además, ha sido apoyado por la Red PROEMA “Promoción de la salud mental emocional en adolescentes” otorgada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PSI2017-90650-REDT), así como los Fondos FEDER y la Agencia Estatal de Investigación.

Referencias bibliográficas

Cordero-Andrés, P.; González-Blanch, C.; Umaran-Alfageme, O.; Muñoz-Navarro, R.; Ruiz-Rodríguez, P.; Medrano, L. A., y Cano-Vindel, A. (2017). “Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP”, *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 91-98.

Gálvez-Lara, M.; Corpas, J.; Moreno, E.; Venceslá, J. F.; Sánchez, A., y Moriana, J. A. (2018). “Psychological treatments for mental disorders in children and adolescents: A review of the evidence of leading international organizations”, *Clinical Child and family Psychology Review*, 21, 366-387.

González-Blanch, C.; Umaran-Alfageme, O.; Cordero-Andrés, P.; Muñoz-Navarro, R.; Ruiz-Rodríguez, P.; Medrano, L. A., y Cano-Vindel, A. (2018). “Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP”, *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1-11.