



Evaluación e Intervención en un Caso de Ansiedad Generalizada con Sintomatología Depresiva

Máster de Psicología General Sanitaria

Alumna: Clara Díaz Gutiérrez

Tutor: Álvaro González Rodríguez

Curso 2021/2023

11988 palabras

Campus Villaviciosa de Odón

Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón

28670 Madrid

universidadeuropea.com

Resumen

Este estudio muestra el caso clínico de una paciente diagnosticada de trastorno de ansiedad generalizada con sintomatología depresiva. Presenta síntomas como perfeccionismo, bloqueos, evitación de situaciones, taquicardia y temblores, entre otros. Tiene prescrito un tratamiento farmacológico (diazepam), y comenzó su tratamiento psicológico en noviembre de 2022. Sobre todo, dicho tratamiento se ha llevado a cabo siguiendo la línea del modelo cognitivo-conductual, empleando técnicas como la reestructuración cognitiva. El plan terapéutico ha incorporado evaluación y tratamiento, pero a día de hoy continúa en el mismo, y se prevé realizar seguimiento del caso. Por ahora, los resultados de las pruebas inter-tratamiento muestran una mejora significativa en los síntomas de la paciente.

Palabras clave: análisis funcional, ansiedad, depresión, terapia cognitivo-conductual.

Abstract

This study shows the clinical case of a patient diagnosed with generalised anxiety disorder with depressive symptoms. She presents symptoms like perfectionism, blocking, avoidance of situations, tachycardia and tremors, among others. She has been prescribed a pharmacological treatment (diazepam) and began her psychological treatment in November 2022. Above all, this treatment has been carried out following the cognitive-behavioural model, making use of techniques such as cognitive restructuring. The therapeutic plan has incorporated assessment and treatment, but at the present time she is still in treatment, and it's expected to follow up the case. For the time being, the results of the inter-treatment tests show a significant improvement in the patient's symptoms.

Keywords: functional analysis, anxiety, depression, cognitive behaviour therapy.

Índice

1. Introducción.....	5
1.1. Conceptualización de la Ansiedad.....	5
1.2. Etiología y Modelos Teóricos.....	6
1.3. Epidemiología.....	10
1.4. Comorbilidad.....	11
1.5. Factores de Riesgo.....	12
1.6. Tratamientos Habituales.....	12
1.7. Técnicas de Evaluación.....	19
2. Identificación del Paciente y Motivo de Consulta.....	21
2.1. Datos Personales.....	22
2.2. Situación Familiar.....	22
2.3. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico.....	22
2.4. Descripción del Caso.....	23
2.5. Tratamientos Psicológicos Anteriores.....	24
3. Estrategias de Evaluación.....	24
4. Formulación Clínica del Caso.....	27
4.1. Hipótesis de Origen.....	27
4.2. Hipótesis de Mantenimiento.....	28
4.3. Análisis Funcional.....	30
4.4. Resultados de la Evaluación Inicial.....	33
4.5. Objetivos del Tratamiento.....	33
5. Tratamiento.....	36
6. Valoración del Tratamiento.....	41

6.1. Adherencia al Tratamiento.....	41
6.2. Consecución de los Objetivos.....	41
6.3. Evaluación Inter-tratamiento.....	42
6.4. Dificultades en el Tratamiento.....	44
7. Discusión y Conclusiones.....	45
8. Referencias Bibliográficas.....	48
9. Anexos.....	59

Índice de Figuras

Figura 1. Cadena Conductual del Mantenimiento del Problema.....	29
Figura 2. Puntuaciones Directas del BDI-II.....	43
Figura 3. Puntuaciones Directas de los Sistema de Respuesta del ISRA.....	43
Figura 4. Puntuaciones Directas de las Áreas Situacionales del ISRA.....	44

Índice de Tablas

Tabla 1. Análisis Funcional de la Conducta Problema.....	30
Tabla 2. Plan Terapéutico: Objetivos y Técnicas.....	34
Tabla 3. Autorregistro Modelo ABC de Albert Ellis.....	37

1. Introducción

1.1. Conceptualización de la Ansiedad

La ansiedad es definida como un sistema de alerta que se encarga de avisar al organismo ante una amenaza. Se la considera un sentimiento desagradable y desproporcionado a la naturaleza de la amenaza, ya que los síntomas patológicos manifestados en el organismo a nivel emocional y funcional se presentan si la ansiedad supera los parámetros de intensidad, duración y frecuencia establecidos dentro de la norma o si está relacionada con estímulos no amenazantes (Salín Pascual, 1997; Vila, 1984). Es considerada una respuesta adaptativa y una parte del ser humano, puesto que todos sentimos en cierta forma un grado moderado de ansiedad (Sierra et al., 2003).

Para establecer el diagnóstico de la ansiedad patológica es necesario someterse a un juicio clínico que varía dependiendo del umbral de respuesta que tenga el paciente a los estímulos ansiogénicos, tanto internos como externos (Crocq, 2015). Por lo común, en los trastornos de ansiedad aparece la angustia, el miedo excesivo, la evitación de situaciones ansiógenas y el ataque de pánico, y dependiendo de la sintomatología pueden lograr incapacitar al paciente (Craske y Stein, 2016).

Con respecto al diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada es necesaria una preocupación persistente y excesiva asociada a diversos acontecimientos la mayoría de días durante al menos 6 meses. Las personas que sufren este trastorno suelen presentar dificultades a la hora de controlar dichas preocupaciones y le acompañan síntomas de sobreactivación fisiológica, como taquicardia o tensión muscular, además de tener problemas para concentrarse y en la higiene del sueño (Patriquin y Mathew, 2017; Tortella-Feliu, 2014).

Diversos estudios de neuroimagen detectaron que los trastornos de ansiedad están vinculados a las áreas del cerebro asociadas a la presión arterial, la toma de decisiones, la

frecuencia cardíaca, el seguimiento de conducta y la emoción (Brown y McNiff, 2009).

Asimismo, cuando existe algún deterioro o anormalidad en el funcionamiento de núcleos cerebrales como el hipocampo, el hipotálamo, la corteza prefrontal, la amígdala y el tronco encefálico puede provocar la aparición de un trastorno de ansiedad (Craske et al., 2017).

1.2. Etiología y Modelos Teóricos

El surgimiento de la psicología como disciplina y el desarrollo de diversas teorías propiciaron la aparición de gran variedad de enfoques relacionados con el término de ansiedad, además de su delimitación y evolución (Sierra et al., 2003). Cabe destacar que algunos modelos se siguen utilizando a día de hoy y sus trabajos e investigaciones no cesan (Díaz Kuaik y de la Iglesia, 2019).

1.2.1. Enfoque Psicofisiológico.

A través del estudio de las respuestas fisiológicas surgió analizar los procesos psicológicos que subyacen al comportamiento. Al principio, los modelos desarrollados se llevaron a cabo teniendo en cuenta la emoción, convirtiéndose en el soporte para los posteriores estudios utilizando el concepto de ansiedad (Díaz Kuaik y de la Iglesia, 2019).

James (1884, 1890) postuló la teoría periférica de la emoción, puesto que mostró su interés en el análisis del sistema nervioso autónomo y somático. Este autor consideró a la emoción, más que un antecedente de cambios somáticos motores y fisiológicos, una consecuencia. A estos cambios los llamó reacción emocional y su percepción daría lugar a la experiencia afectiva. James clasificó los distintos conceptos de la emoción afirmando que la situación causa la reacción emocional y a esta le sigue la experiencia afectiva (Cano-Vindel, 1995).

Por otro lado, Cannon (1931) consideró a la emoción parte del sistema nervioso central y formuló la teoría central de las emociones. Teniendo en cuenta su investigación, a la respuesta emocional le sigue un estado fisiológico de activación generalmente elevado, con el

objetivo de poner al organismo en disposición de huida o lucha en situaciones de supervivencia. Esta respuesta defensiva se lleva a cabo por la combinación de la rama simpática, encargada de consumir la energía, y parasimpática, encargada de conservarla, del sistema nervioso autónomo. Los cambios de las distintas emociones eran similares, tan solo variaban teniendo en cuenta la intensidad de su expresión.

1.2.2. Enfoque Psicodinámico.

Freud (1894) estipuló que la ansiedad tenía un papel central en el progreso de la teoría psicoanalítica y postuló las denominadas tres teorías de la ansiedad. La primera consideraba a la ansiedad un proceso físico de exaltación que está acumulado y que pretende ser liberado a través de la vía somática. Seguidamente, expuso que dicha acumulación se lleva a cabo por la represión ante los intentos de un impulso inaceptable de obtener una representación consciente (Freud, 1917). Por último, planteó que el acto represivo no era la causa sino la consecuencia de la ansiedad, definiéndola como una reacción interna que advertía ante una amenaza y tenía su origen en experiencias pasadas consideradas traumáticas (Freud, 1926).

Los estudios post-freudianos hicieron hincapié en el papel que desempeña la ansiedad en el origen de cuadros psicopatológicos (Díaz Kuaik y de la Iglesia, 2019). Klein (1946) indicó que la ansiedad era una manifestación humana y una respuesta del yo cuando aparecía el miedo ante la muerte, padeciéndose desde el nacimiento. Conceptualizó las posiciones de la ansiedad en base a las predominantes, las cuales se establecían como respuesta según el tipo de ansiedad, pudiendo ser paranoide o depresiva. La paranoide se refiere a la proyección de la muerte sobre objetos externos persecutores, y la ansiedad se relaciona con el miedo de que estos perseguidores aniquilen al objeto ideal y al yo. El surgimiento de la ansiedad depresiva tiene que ver con la creencia de que la misma agresión aniquile, o lo haya hecho, al

objeto bueno y al yo, el cual se siente amenazado. Dichas ansiedades las presentaban tanto adultos como niños (Segal, 1965).

1.2.3. Enfoque Experimental Motivacional

Tuvo su origen como alternativa al método psicodinámico y al método instrospectivo, y trabaja con la conducta observable y las relaciones que tiene con el entorno a través del aprendizaje. Se encarga de predecir, explicar y modificar el repertorio de conductas que sostiene el ser humano por medio del método experimental (Watson, 1976).

Skinner (1977) estudió la conducta humana en términos adaptativos y cómo esta permanecía en su repertorio a lo largo del tiempo teniendo en cuenta sus consecuencias, lo que se conoce como condicionamiento instrumental. Defendía que el comportamiento dependía de sus consecuencias inmediatas que actuaban como reforzadores positivos o negativos. El positivo es un resultado que aumentaba la probabilidad de ocurrencia de la conducta y el negativo suprimía un suceso aversivo. Sin embargo, el reforzamiento negativo no eliminaba las respuestas emocionales, como la ansiedad, sino que producía nuevas conductas que tenían como objetivo prevenir y controlar el suceso considerado aversivo.

Mowrer (1939) en su teoría bifactorial, reconocía un componente clásico, el cual explicaba el origen de la ansiedad y la motivación para evitar el estímulo aversivo, y un componente instrumental, que explicaba el mantenimiento de la respuesta emocional a través del reforzamiento de las conductas de evitación.

Bandura y Walters (1974), en otra línea de investigación, postularon los principios del aprendizaje imitativo u observacional de las conductas de ansiedad analizando el aprendizaje del comportamiento hostil y ansiógeno en padres y niños, y establecieron el procedimiento de modelado, a través del cual el comportamiento de una persona, la conocida como modelo,

ejerce como estímulo para producir otras conductas o pensamientos similares en otros individuos que observan a dicho modelo.

1.2.4. Enfoque Cognitivo Conductual

Bandura (1982) inició el modelo cognitivo dentro del enfoque conductual indicando en la teoría del aprendizaje social que las respuestas del sujeto dependían de sus expectativas, y señaló dos tipos. Las expectativas de autoeficacia eran las creencias sobre la capacidad de uno mismo para producir ciertos comportamientos de manera efectiva, y las expectativas de resultado se relacionaban con las estimaciones sobre las consecuencias de ciertos comportamientos. Al terminar la valoración, se llevaba a cabo una reevaluación del contexto y del sujeto que podía incrementar o eliminar el análisis previo. Este autor consideró a la ansiedad un estado subjetivo provocado por la evaluación y reevaluación de los estímulos externos e internos, y su producto especifica el tipo, la firmeza y la intensidad del estado emocional.

Lazarus y Folkman (1984) postularon que la valoración cognitiva de una situación explicaba la respuesta conductual y emocional en dicha situación, teniendo en cuenta las conductas necesarias y sus recursos de afrontamiento para conseguir determinados objetivos.

Clark y Beck (1999, 2012) señalaron dos procesos involucrados en la respuesta de ansiedad. Por un lado la valoración primaria de amenaza, para estimar el potencial del estímulo considerado amenazante de forma automática. Cuando se trataba de un trastorno de ansiedad la evaluación era una sobrevaloración y una sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de la amenaza y de su firmeza. Seguidamente tenía lugar la reevaluación secundaria, un proceso estratégico y elaborado de la información obtenida, y observaron que los trastornos de ansiedad presentaban dificultades para percibir las amenazas y los recursos con los que contaba de forma inequívoca.

1.2.5. Enfoque Psicométrico Factorial

Cattell (1958) intentó medir el constructo de ansiedad a través de medidas psicológicas y del análisis factorial. Estableció dos factores de la ansiedad independientes. Por una parte, la ansiedad rasgo, referida a la predisposición de la personalidad, más o menos estable, de responder de forma ansiosa. Por otra parte, la ansiedad estado, que aludía a un estado emocional variable y transitorio en relación a los parámetros de duración e intensidad.

1.3. Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son considerados la séptima condición que más han acrecentado su gravedad entre todas las enfermedades actuales. Incluso en algunos estudios epidemiológicos se ha concluido que la ansiedad prevalece sobre los trastornos depresivos en la población adulta (Rose y Devine, 2014; Ramos y Stanley, 2017).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad aumenta año tras año. En el 2015, la Organización Mundial de la Salud valoró una tasa del 3,6% a nivel mundial, y en el primer año de pandemia aumentó más de un 25%. Con todo ello, el número de personas que padecen una enfermedad mental ascendió a un poco menos de mil millones, y el 14% se trataban de adolescentes (Organización Mundial de la Salud, 2022; World Health Organization, 2017).

Cada país sufre una prevalencia distinta, siendo Nueva Zelanda el país con mayor número de personas que sufren ansiedad, un 25% del total, seguida de Estados Unidos y Colombia, y el último país recogido con menor prevalencia sería Italia, con un 2,4% (Bandelow y Michaelis, 2015).

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres, teniendo una probabilidad dos veces mayor de sufrir dicha enfermedad (Catuzzi y Beck, 2014). Dentro de todos los trastornos de ansiedad, la fobia específica es la que mayor prevalencia de vida tiene, con un

13,9% en mujeres y un 10,9% en hombres, seguido de la fobia social, con un 5% en ambos géneros (Posada-Villa et al., 2006).

Establecer una edad determinada de inicio para los diferentes trastornos de ansiedad ha presentado dificultades, aunque algunos autores lo han documentado. La edad de aparición de las fobias específicas y de los trastornos de ansiedad por separación ronda los 2 años, la de la ansiedad generalizada y la ansiedad social son los 10 años (Fraire y Ollendick, 2013).

El trastorno de ansiedad generalizada tiene una prevalencia del 3% entre la población general, es el más frecuente entre los pacientes que llegan a la consulta de atención primaria (entre el 5-7%), y adultos de entre 40-50 años presenta la más alta prevalencia (“El trastorno de ansiedad generalizada”, 2013).

1.4. Comorbilidad

Es muy frecuente que las dolencias comórbidas de un trastorno de ansiedad sean con otro trastorno de ansiedad, como el trastorno de ansiedad por separación con la fobia específica en niños, y con el trastorno de ansiedad generalizada en la población adulta, entre otros. La comorbilidad con otros trastornos también está presente, como con el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de personalidad. En cuanto a la comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada existen diferencias entre ambos géneros. La comorbilidad en las mujeres se limita a otro trastorno de ansiedad y a la depresión unipolar, en cambio los hombres suelen presentar trastornos por consumo de sustancias (American Psychiatric Association [APA], 2013). Brown et al. (2001) descubrieron que el 71% de pacientes diagnosticados con este trastorno habían presentado otro trastorno de ansiedad y el 73% un trastorno del estado de ánimo. El trastorno que más comorbilidad presenta con el trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno depresivo mayor (entre el

26% y el 64% de los pacientes), seguido de la fobia social y el trastorno de pánico, aunque el consumo de alcohol u otras drogas y la distimia también fueron frecuentes.

Cabe destacar que cuando existe comorbilidad, los tratamientos presentan más dificultad para que la evolución del diagnóstico sea favorable (Katzman et al., 2014).

1.5. Factores de riesgo

Múltiples variables, tanto personales como ambientales, están relacionadas con la aparición de trastornos de ansiedad y es necesario realizar la historia clínica del paciente con el objetivo de lograr un tratamiento específico y apropiado (Macías-Carballo et al., 2019).

Un factor de riesgo destacable son los antecedentes heredofamiliares de ansiedad. Un tercio del riesgo de padecer algunos de los trastornos de ansiedad se debe a factores genéticos, como por ejemplo en el caso del trastorno de ansiedad generalizada (APA, 2013; Craske et al., 2017).

Entre los factores contextuales se encuentran las situaciones negativas en la infancia (como un abuso sexual, la muerte de un familiar y cualquier tipo de maltrato), otros acontecimientos estresantes (como problemas económicos o relacionales) y el abuso de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas). En los casos de personas que sufren agorafobia suelen describir un ambiente familiar que carece de calidez y existe un exceso de protección (APA, 2013).

En relación a los factores personales, están presentes la inhibición de la conducta, la afectividad negativa (neuroticismo), sentimientos de inferioridad y el miedo a la evaluación negativa, entre otros (APA, 2013).

1.6. Tratamientos Habituales

Alrededor del 40% de los pacientes que sufren de ansiedad no reciben un tratamiento apropiado para dicho trastorno y la mayoría de ellos necesitan una psicoeducación

incorporando información relevante sobre los trastornos de ansiedad, sus síntomas y los posibles tratamientos para poder abordarlos (Bandelow et al., 2017; Katzman et al., 2014).

Para alcanzar los objetivos del plan de intervención se han propuesto las terapias farmacológicas y las terapias psicológicas (Macías-Carballo et al., 2019).

1.6.1. Tratamientos Farmacológicas

Los trastornos de ansiedad son enfermedades que pueden llegar a producir la discapacidad en quienes los sufren (Chacón Delgado et al., 2021). Sin embargo, las terapias farmacológicas tienen resultados positivos para reducir los síntomas de la ansiedad y producen una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes ya que disminuyen su nivel de discapacidad (Craske y Stein, 2016). El objetivo que pretenden alcanzar es inducir un efecto ansiolítico rápido y para disminuir los síntomas de la ansiedad patológica precisa de un tratamiento crónico (Singewald et al., 2015).

Gracias a la utilización de los modelos de ansiedad en animales en la investigación neurobiológica básica se han aclarado las bases moleculares y los circuitos neuronales implicados en los trastornos de ansiedad. Dicha investigación intenta delimitar los tratamientos farmacológicos más efectivos y con un mínimo de consecuencias negativas. En cambio, al haber múltiples tipos de trastornos de ansiedad y aceptando que cada uno de ellos tendrá distinto sustrato molecular o anatómico, existe una necesidad médica ambiciosa para los nuevos descubrimientos de terapias farmacológicas (Murrough, 2015).

El fármaco más utilizado en la práctica clínica para tratar los síntomas de la ansiedad son las benzodiazepinas (alprazolam, diazepam, loracepam, etc.), que son psicotrópicos con efectos ansiolíticos, amnésicos, hipnóticos, anticonvulsivantes y miorelajantes (APA, 2013). Los resultados de diversos estudios muestran que los tratamientos agudos, con dosis de 10-25 miligramos de diazepam entre 4 y 6 semanas, producen una mejora significativa de los

síntomas somáticos del trastorno de ansiedad generalizada para la mayoría de los pacientes, sobre todo en las 2 primeras semanas (Capafons, 2001). Sin embargo, pueden crear una dependencia en el paciente, sintomatología de abstinencia y alteraciones cognitivas con el uso a largo plazo, por lo que para tratar el trastorno de ansiedad generalizada o si el paciente ha tenido problemas con el consumo de alcohol u otras drogas no es el más recomendado (APA, 2013; Latas et al., 2018; Milrod et al., 2014). Por consiguiente, al prescribir este tipo de fármacos es preciso notificar al paciente de sus posibles efectos secundarios, la duración del tratamiento y las consecuencias que tiene interrumpirlo de forma inmediata (Forcadell López et al., 2019).

Otros fármacos utilizados con frecuencia son los antidepresivos. Dentro de este grupo se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (Fluoxetina, Escitalopram, Sertralina, etc.), los inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina (Duloxetina, Venlafaxina, etc.), los antidepresivos tricíclicos (Clomipramina, Imipramina, etc.) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (Moclobemida, Fenelzina, etc.), aunque lo más comúnmente utilizados son los dos primeros mencionados. Suelen tardar entre 2 y 4 semanas en hacer efecto debido a los cambios adaptativos en los neurotransmisores y su receptor, y como efectos secundarios comunes destacan las náuseas, la sequedad en la boca y el insomnio, entre otros. (Craske y Stein, 2016; Forcadell López et al., 2019; Macías-Carballo et al., 2019).

1.6.2. Tratamientos Psicológicos

La terapia psicológica juega un papel muy importante en los tratamientos para los trastornos de ansiedad, y en combinación con los medicamentos es la opción más eficaz. Las técnicas psicológicas se han ido desarrollando a lo largo de los años y han evolucionando con el tiempo, desde el enfoque psicodinámico hasta el enfoque cognitivo-conductual. Pueden

efectuarse de forma individual, con familiares, en pareja o en grupo, y su frecuencia y duración dependerá del tipo de diagnóstico y de la sintomatología que presente el paciente (“Terapias para la ansiedad”, 2021).

La terapia cognitivo-conductual es la más utilizada para los trastorno de ansiedad, sobre todo para el trastorno de ansiedad generalizada, de ansiedad social, de pánico y fobias específicas. Tiene como objetivos reducir los sesgos para interpretar estímulos ambiguos como aversivos, sustituir la evitación por mejores estrategias de afrontamiento y descubrir comportamientos de seguridad adaptativos (Bandelow y Michaelis, 2015; Craske y Stein, 2016; “Terapias para la ansiedad”, 2021).

La técnica de exposición es uno de los métodos más empleados para tratar los tratamientos de ansiedad en la terapia cognitivo-conductual. Se basa en confrontar al paciente con el estímulo temido o ansiógeno hasta reducir la respuesta disfuncional que le produce. Por lo general, los estímulos o situaciones ansiógenas a las que se va a exponer el paciente se ordenan de forma jerárquica, para hacerlo paulatinamente y acercarse al objetivo poco a poco. De esta forma aprenderá a gestionar su comportamiento a la misma vez que reestructura sus pensamientos irracionales a nivel cognitivo. Su modo de aplicación es muy diverso, desde situaciones en vivo o en imaginación hasta una realidad virtual, utilizando la tecnología para juntar estímulos de exposición imaginarios en tiempo real (Almendo Marín et al., 2012).

La desensibilización sistemática es similar a la anterior técnica mencionada, pero se diferencian en que en esta los pacientes son entrenados antes de la exposición para que aprendan qué respuestas son desadaptativas e incompatibles con la ansiedad. Es una técnica dirigida a disminuir los síntomas de la ansiedad y las respuestas de evitación o escape ante los estímulos temidos (Almendo Marín et al., 2012).

Otra de las técnicas más utilizadas es la reestructuración cognitiva de Beck. Se basa en los intentos por parte del terapeuta de que el paciente identifique y ponga en duda sus propios pensamientos e ideas irracionales, con el objetivo de disminuir el malestar emocional que producen, para sustituirlos por otros más lógicos y funcionales. Los pacientes se someten a unas preguntas, realizadas en primera instancia por el terapeuta, para que ellos mismos evalúen y cuestionen sus pensamientos y deduzcan su validez y utilidad (Bados y García Grau, 2010).

Diversos estudios han demostrado que la terapia cognitivo-conductual presenta resultados más beneficios que el tratamiento farmacológico en pacientes que sufren trastorno de ansiedad generalizada. El lorazepam, por ejemplo, provocó un cambio rápido en un grupo de 40 pacientes, pero disminuyó a las 4 semanas de tratamiento (Lindsay et al., 1987). Otro estudio mostró como entre el 83% y el 86% de un grupo de pacientes a los que se les había aplicado técnicas cognitivo-conductuales manifestaron, a las 10 semanas de tratamiento, una disminución en sus puntuación de la Escala de Ansiedad de Hamilton, teniendo en cuenta los resultados pre tratamiento, siendo inferiores las ganancias del grupo de diazepam y de placebo (68% y 37 %, respectivamente). En dicho estudio se volvieron a analizar los posibles cambios según el tratamiento empleado a los 6 meses. En el grupo de pacientes de terapia cognitivo-conductual perseveraban las ganancias en un 70%, de diazepam en un 40% y de placebo en un 21% (Power et al.,1990).

La terapia dialéctica conductual pertenece al grupo de terapias de tercera generación (Linehan, 1993). La dialéctica se entiende como el intento de encontrar la lógica a través de la confrontación de argumentos contradictorios originando habilidades para aceptar el cambio, es decir, a través de esta terapia se aprende a aceptar la ansiedad a la vez que se trabaja eficazmente para controlarla. Emplea técnicas de entrenamiento en habilidades

sociales y basadas en terapias cognitivo-conductuales, puesto que el paciente identifica qué estímulos externos perpetúan sus conductas e intenta corregirlos (Blázquez Tello et al., 2019).

La terapia dialéctica conductual emplea cuatro módulos de habilidades bien diferenciados basados en las dificultades de regulación que presentan los pacientes. Uno de los módulos es conocido como conciencia o atención plena (mindfulness), que ayuda al paciente a centrar su atención en el momento presente para conseguir controlar su mente, puesto que ello supone, en cierto modo, determinar a qué se atiende y durante cuánto tiempo. Otro módulo trabaja las habilidades de eficacia interpersonal, que implica la resolución de conflictos interpersonales enseñando estrategias para aprender cómo conseguir o dar algo, decir que no o pedir disculpas, entre otros, sin perjudicar a la otra persona o a uno mismo. Los otros dos módulos trabajan con las habilidades de regulación de las emociones, ayudando a identificar y poner nombre a las emociones y a ser consciente de la función que cumplen en el entorno con el objetivo de aumentar la conciencia y la frecuencia de las emociones agradables, y con las habilidades de tolerancia al malestar, aceptando el dolor como parte del proceso de cambio (de la Vega y Sánchez Quintero, 2013).

Evans et al. (2008) utilizaron técnicas de mindfulness en un grupo de pacientes con ansiedad y en su estudio obtuvieron resultados muy favorables, pero se vio limitado por el reducido tamaño de la muestra y en cuanto a que carecía de grupo control.

La terapia de aceptación y compromiso también pertenece al grupo de terapias de tercera generación y es considerada otra terapia que ha resultado ser eficaz para el tratamiento de la ansiedad (Almendo Marín et al., 2012). Siguiendo la teoría de los marcos relacionales, considera que la cognición se forma en la historia individual de cada persona, y las relaciones entre dichos eventos privados y las conductas responden a relaciones arbitrarias estimuladas socialmente, en lugar de a relaciones mecánicas. Tiene en cuenta el efecto que producen las

contingencias, pero se centra en el lenguaje y en la cognición como aprendizaje social y en cómo dicho contexto socio-verbal influye en los eventos privados creando respuestas de evitación (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006; Quiñonez y Sandoval, 1996). Para trabajar la ansiedad desde esta perspectiva se plantea como objetivo promover el cambio contextual y la aceptación psicológica siguiendo las verbalizaciones y pensamientos que tenga el paciente relacionadas con la ansiedad para alcanzar sus objetivos en la vida en función de sus valores (Pérez Rivero y Uribe Rodríguez, 2016).

Cabe destacar que la mayoría de las técnicas explicadas anteriormente dirigen su atención a los pensamientos desadaptativos de los pacientes, y sería favorable abordar otras conductas problema en los trastornos de ansiedad, como la evitación de situaciones. Por consiguiente, otra terapia de la tercera generación es la terapia de activación conductual (González Almeida et al., 2019). La evitación es una respuesta común en los trastornos de ansiedad, por ello, la terapia de activación conductual pone en práctica estrategias contextuales incrementando el refuerzo y reduciendo el castigo del contexto del paciente (Hopko et al., 2003).

Las técnicas de relajación cobran gran importancia a la hora de abordar los trastornos de ansiedad. Se encargan de reducir la activación en determinadas situaciones trabajando a nivel corporal para ayudar a gestionar el nivel cognitivo (Olivares y Méndez, 2008). Una de las técnicas más conocidas es la relajación muscular progresiva de Jacobson, basada en la toma de consciencia de la contracción de distintos músculos para el manejo de los mismos, lo que con lleva a un descanso mental al eliminar todas las tensiones musculares de forma progresiva (Schwarz y Schwarz, 2017).

La respiración diafragmática es una técnica psicofisiológica no invasiva que utiliza el diafragma y el movimiento de estómago, en lugar del pecho, para reducir la acción del

sistema nervioso simpático relacionada con el estrés agudo. Cuando a los pulmones le entra oxígeno a causa de la inhalación de aire, el diafragma hace presión hacia abajo y el estómago sube, es decir, se mueve hacia delante. Cuando exhalamos y los pulmones se vacían, sucede lo contrario, el diafragma sube y el estómago se mueve hacia dentro. Su aplicación consiste en inducir al paciente para que respire lenta y rítmicamente, con inspiraciones y expiraciones pausadas, y profundas inhalaciones y exhalaciones (García-Grau et al., 2008; Rodríguez Medina et al., 2018).

Del entrenamiento autógeno, descrito por Schultz (1926), surgió la terapia autógena como propuesta de un método terapéutico de orientación psicofisiológica. Trabaja a través de 6 ejercicios de concentración pasiva en sensaciones propioceptivas por medio de unas pautas verbales estándar sobre zonas corporales topográficamente distintas. Dichos ejercicios trabajan con la sensación de peso y de calor en las extremidades, con el movimiento del corazón, el calor abdominal interno (conocido como plexo solar), la autonomía del proceso respiratorio y el frescor en la frente (Abuín, 2016).

Power et al. (1989) demostraron que la terapia cognitivo-conductual y el entrenamiento en relajación son más beneficiosos para los pacientes con trastorno de ansiedad en el post-tratamiento y en el seguimiento que tuvo lugar a los 12 meses, en comparación con los grupos que ingerían diazepam o pastillas placebo.

1.7. Técnicas de Evaluación

Durante los últimos años, el esfuerzo de los investigadores para desarrollar y mejorar los distintos instrumentos de evaluación de los distintos trastornos mentales ha ido aumentando, entre ellos los trastornos de ansiedad, ya que los profesionales cada vez necesitan más ayuda para poder detectarlos y tratarlos debido a su aumento de prevalencia a nivel mundial (Latorre Postigo, 2012).

El cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) es uno de los más utilizados y se emplea para medir los conceptos de ansiedad estado y ansiedad rasgo propuestos por Spielberger. Dicho cuestionario consta de 2 escalas, una para cada concepto de ansiedad, y cada una de ellas consta de 20 frases a través de las cuales el paciente puede mostrar sus sentimientos en una escala tipo Likert de cuatro opciones (del Río Olvera et al., 2018; Spielberger et al, 1982).

En la práctica clínica también se ha utilizado con frecuencia el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), aunque en España se sigue aplicando el anterior mencionado en mayor medida. Se trata de un cuestionario autoaplicado para determina la gravedad de la sintomatología de la ansiedad a través de la evaluación de conductas cognitivas, motoras, emocionales y fisiológicas. El BAI pregunta, a través de 21 ítems, el grado de molestia que le ha provocado al paciente determinadas conductas de ansiedad consideradas anormales o patológicas, durante la última semana (Beck et al., 1988; Sanz, 2014).

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) es una registro que evalúa la frecuencia con la que se producen respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad en situaciones concretas. Donde muestra una mayor ventaja es en el ámbito clínico, más que en el ámbito laboral o educativo, pues facilita la evaluación, el diagnóstico o el tratamiento de la ansiedad, y posibilita el análisis funcional de la conducta de ansiedad al realizar una exploración sistemática en relativamente poco tiempo (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002).

Cuando hablamos de la evaluación directa de la ansiedad a nivel conductual la observación sistemática es la técnica más eficaz. Dicho método permite registrar, codificar y analizar la conducta natural del paciente en situaciones cotidianas en el momento en que sucede a través de un procedimiento sistematizado. Las unidades de medida más registradas

son la ocurrencia de la conducta, el orden, la frecuencia y la duración. Sin embargo, ha presentado fuentes de error debido a la participación, expectativas y entrenamiento del observador, la reactividad del sujeto, y el sistema de observación (Buela-Casal y Sierra, 2004; Fernández-Ballesteros, 2013).

En la práctica clínica se utilizan dos modelos de entrevista. Por una parte, la entrevista diagnóstica tiene como finalidad determinar un diagnóstico y suele ir acompañado de otros instrumentos de evaluación para contrastar la información. Por otra parte, la entrevista conductual es una herramienta básica para la evaluación y el tratamiento en el ámbito clínico. Se encarga de revelar información, de forma rigurosa y detallada, relacionada con la conducta problema, sus consecuencias y las áreas en las que se desarrolla, además de permitir priorizar elementos en el tratamiento (Bruch y Meyer, 1996; Buela-Casal y Sierra, 2004).

El autorregistro conlleva tanto la técnica de observación como la de registro del propio comportamiento, explorando su duración, intensidad, antecedentes y consecuencias (Fernández-Ballesteros, 2013). Permite analizar las interacciones en la vida del sujeto y detectar elementos situacionales y sus respuestas (Buela-Casal y Sierra, 2004). Gracias a la información obtenida se pueden analizar los pensamientos disfuncionales con los que el paciente interpreta diversas situaciones, con el propósito de poder modificarlos por otros más funcionales y lógicos (Bau Díaz, 2019).

2. Identificación del Paciente y Motivo de Consulta

En el presente estudio se tratará el caso de M. J., diagnosticada por un trastorno de ansiedad generalizada (TAG) según el DSM-V (APA, 2013) en el Centro de Salud Mental Rafael Alberti, en el año 2016.

Su motivo de consulta es aprender a controlar y gestionar sus emociones y disminuir las preocupaciones que sufre diariamente, con el objetivo de tolerar la incertidumbre por lo desconocido.

2.1. Datos Personales

M. J. es una mujer de 54 años que vive sola, está divorciada desde hace 4 años y no tiene hijos. Está licenciada en geografía pero actualmente está estudiando las oposiciones para un puesto en la Administración General del Estado. Se encuentra en paro desde 2019, está cotizando un subsidio por desempleo y vive de alquiler, con miedo por no poder permitírselo económicamente.

2.2. Situación Familiar

M. J. es la mayor de 3 hermanos, con los que tiene muy buena relación. Su padre falleció en 1992. Su madre tenía trastorno bipolar y falleció hace 6 años. La paciente menciona que se volcó mucho en su cuidado ya que estuvo con cuidados paliativos, y al ser la hermana mayor de los tres hermanos se sentía con la responsabilidad de intervenir.

2.3. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico

La paciente fue diagnosticada de trastorno de ansiedad generalizada en 2016 cuando su madre falleció, y su psiquiatra le recetó primeramente Paroxetina, pero le provocaba unas pulsaciones demasiado elevadas, por lo que cambió su medicación a un Escitalopram, y Lexatin en los momentos en los que se notaba con mayor ansiedad. Desde entonces ha estado cambiando su medicación y la cantidad de la misma. A día de hoy se toma 15 mg de Diazepam.

En relación a su historia médica, padece de insuficiencia cardiaca, tiene problemas en las cervicales y le dan vértigos.

2.4. Descripción del Caso

M. J. es una persona que frecuentemente evita hacer cosas, como quedar con su grupo de amigas, por lo que pasa mucho tiempo sola. Se agobia cuando va a sitios en los que hay mucha gente, refiriendo que lo siente porque anticipa que va a ocurrir incontrolable. Con respecto a situaciones en las que se tenga que enfrentar a las alturas o en las que se encuentra bajo tierra verbaliza sentir pánico. Siempre que puede, suele coger el autobús porque le tranquiliza “estar sobre tierra”, evita transportarse en metro porque se siente encerrada y con falta el aire.

Un elemento relevante de la conducta de M. J. es lo conocido como consistencia cognitiva. La paciente está dada de alta en numerosas páginas webs para encontrar trabajo, y tiene marcados filtros para que sólo le aparezcan puestos relacionados con la administración, sin intentar buscar otros porque no se los plantea como alternativa, pese a no encontrar ninguno de lo que ella solicita. La consistencia cognitiva implica realizar conductas evitando conflictos con sus pensamientos e ideas, es decir, para mantener una armonía mental la paciente lleva a cabo conductas que coincidan con sus creencias (Ovejero, 1993).

Ante situaciones que le generan ansiedad sufre varias respuestas fisiológicas a destacar, como sudoración, tensión, temblores, taquicardia, opresión en el pecho, sensación de ahogo y dificultad para respirar, fatiga y mareos, y de forma más recurrente refiere tener mucha sequedad en la boca. Dependiendo de la situación en la que se encuentre, el tiempo de la respuesta fisiológica se alarga desde varias horas hasta 3 días aproximadamente.

En cuanto a lo cognitivo, se considera una persona débil, hipersensible, con baja autoestima, perfeccionista y autoexigente, con sentimiento de inferioridad, dificultad para concentrarse y para mantener la atención, le cuesta tomar decisiones, se preocupa demasiado

por el futuro y por lo que piensen los demás, refiere no tener ganas de hacer nada y estar acostumbrada a que le pasen cosas negativas, pero descarta el acto y la ideación suicida.

Ante situaciones que le generan ansiedad, como en una entrevista de trabajo, refiere haber sufrido bloqueos, sin saber qué responder, y en el último examen que hizo de las oposiciones, en septiembre de 2022, padeció por primera vez síntomas de desrealización.

En relación a su alimentación no tiene ningún problema, pero con respecto a la higiene del sueño alude que no descansa bien ya que le cuesta conciliarlo. Ha intentado realizar técnicas de relajación para dormir mejor, que consistían en ir tensando y destensando distintos músculos del cuerpo, pero no le han funcionado.

2.5. Tratamientos Psicológicos Anteriores

La paciente recibió apoyo psicológico hace 20 años por la Seguridad Social. También acudió a una terapia de grupo para dejar de fumar y lo consiguió durante 13 años, pero ahora ha vuelto a fumar, aludiendo que se fuma al día entre 15 y 20 cigarrillos.

3. Estrategias de Evaluación

La entrevista conductual, a través de la toma de notas durante las sesiones, se utilizó para recoger información relevante sobre la paciente, obtener datos biográficos, identificar conductas alternativas y desadaptativas, establecer sus puntos fuertes y débiles, y valorar las emociones que siente ante determinadas situaciones, con el objetivo de elaborar el programa de intervención. También se empleó para establecer una buena relación terapéutica y un encuadre favorable (Bados y García Grau, 2014; Janz et al., 1986).

Asimismo, se llevó a cabo la observación conductual durante todas las sesiones con el objetivo de adquirir mayor cantidad de información acerca de la conducta problema de la paciente y las relaciones funcionales de los antecedentes y consecuentes de su aparición. A

pesar de ello, el uso de esta herramienta está limitado por el tiempo y los recursos que requiere en la práctica clínica (Vallejo y Ruiz, 1993).

Puesto que M. J. parecía presentar sintomatología depresiva se pasó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) durante la segunda sesión, para detectar y evaluar la gravedad del trastorno en la fase pre-tratamiento, y para plantear objetivos, a fin de disminuir los síntomas y aumentar su estado de ánimo. Se le volvió a pasar en la evaluación inter-tratamiento, durante la décima sesión, para analizar la posible mejora de la paciente. Dicho instrumento consta de 21 ítems de tipo Likert, los cuales describen los síntomas clínicos más frecuentes que sufren los pacientes depresivos, tales como pesimismo, sentimiento de fracaso, de culpa, etc. La persona evaluada tiene que elegir entre las opciones de respuesta más características que hayan tenido lugar las últimas dos semanas. Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta acerca de la intensidad del síntoma, pero en el caso de que elija como opción más de una, se tendrá en cuenta la de mayor puntuación. Los puntos de corte para clasificar a los pacientes se dividen en 4 grupos: 0-10 pertenece a una mínima depresión, 11-17 a una depresión leve o media, 18-29 a una depresión moderada y 30-63 a una depresión severa, aunque estos puntos de corte son sólo indicativos, la decisión final la debe de tener el clínico (Beck et al., 1961).

Las propiedades psicométricas del BDI-II examinadas en muestras de estudiantes universitarios (Sanz, Navarro et al., 2003), en una población general de adultos (Sanz, Perdigón et al., 2003) y en pacientes con trastornos mentales (Sanz et al., 2005) muestran una consistencia interna muy buena, presentando un coeficiente alfa de 0.89, 0.87 y 0.89 cada uno de ellos, respectivamente. El estudio de la validez factorial en las investigaciones anteriormente citadas proporcionaron una solución bifactorial para medir la dimensión general de la depresión formada por dos factores correlacionados entre sí (cognitivo-afectivo

y somático-motivacional). En relación a la validez de criterio, los resultados analizados por el BDI-II confirmaron que los pacientes que padecían un trastorno depresivo mayor, en comparación con pacientes que sufrían otros diagnósticos, tenían los niveles de ansiedad más altos, aunque no se apreciaron diferencias en comparación con pacientes que tenían un trastorno de personalidad (Sanz et al., 2005).

Con el propósito de estimar el nivel de ansiedad de la paciente se aplicó el Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad (ISRA) durante la segunda y la tercera sesión, para la evaluación pre-tratamiento, y durante la décima y undécima, para la evaluación inter-tratamiento. La persona evaluada tiene que responder teniendo en cuenta la frecuencia (siguiendo una escala de 0 a 5 puntos) con la que en ella se manifiestan una serie de conductas de ansiedad cuando se enfrenta a 22 determinadas situaciones. Las áreas situacionales han sido agrupadas en cuatro rasgos específicos de la ansiedad: ansiedad ante situaciones de evaluación, situaciones interpersonales, situaciones fóbicas y situaciones de la vida cotidiana. Las 24 respuestas que ofrece el inventario se reúnen en 3 subescalas que analizan los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), y la suma de dichas subescalas indica una medida del nivel general de ansiedad de la persona evaluada. Por consiguiente, a través del ISRA se pueden obtener un total de 8 puntuaciones distintas: cuatro de las áreas situacionales, tres de los sistemas de respuesta y una del nivel general de ansiedad, indicando si la persona tiene ansiedad extrema, ansiedad severa, ansiedad moderada o ausencia de ansiedad o mínima (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002).

Con respecto a las propiedades psicométricas del ISRA, se obtuvo una consistencia interna alta para la escala total ($\alpha = 0.92$). También se obtuvieron índices adecuados de consistencia interna para cada uno de los sistemas de respuesta (cognitiva $\alpha = 0.88$, fisiológica $\alpha = 0.85$ y motora $\alpha = 0.77$) y para las cuatro áreas situacionales (oscilando entre 0.68 y 0.91)

(Martínez-Algeciras y Rodríguez-Jiménez, 2013). Los análisis factoriales corroboraron la existencia de los tres sistemas de respuesta (fisiológico, motor y cognitivo), y evaluando la validez concurrente, se obtuvieron correlaciones significativas y positivas entre el ISRA y el STAI (García-Batista y Cano-Vindel, 2014). Asimismo, es considerado un instrumento muy sensible a la hora de discriminar entre grupos y trastornos (población general, pacientes con trastornos de ansiedad, con trastornos del estado del ánimo, entre otros) (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999).

4. Formulación Clínica del Caso

La formulación clínica de un caso es un método que organiza la información significativa recogida en el proceso terapéutico para identificar los problemas de relevancia clínica que presenta la paciente, así como para establecer la hipótesis de origen, relacionada con la inicio de la conducta problema, y las hipótesis de mantenimiento, el por qué perdura dicha conducta a pesar de los numerosos intentos por parte de la paciente por eliminarla, todo ello teniendo en cuenta las variables presentes a lo largo de su vida (Godoy y Haynes, 2011; Repp et al., 1995).

4.1. Hipótesis de Origen

El origen de la conducta problema de M. J. se encuentra en sus rasgos de personalidad y en diversos acontecimientos vividos en su pasado. La paciente se impone un alto nivel de autoexigencia y perfeccionismo para enfrentarse a una necesidad de aprobación y de control constante. A estas variables de vulnerabilidad se le añaden los factores estresores que en ese momento estaba sufriendo M. J., como la enfermedad que padeció su madre, la responsabilidad de hacerse cargo de ella y sus cuidados al ser la hermana mayor, lo que le causó el divorcio con su ex marido por descuidar su relación.

4.2. Hipótesis de Mantenimiento

M. J. padece un malestar emocional característico de las personas con depresión y ansiedad, y está relacionado con la metacognición de la paciente, la interpretación que hace de sus propios pensamientos, que le lleva a fortalecer sus ideas desadaptativas e irracionales. Todo ello implica el desarrollo de un factor de vulnerabilidad cognitiva denominado intolerancia a la incertidumbre, descrita como una tendencia a reaccionar de forma negativa a nivel comportamental, cognitivo y emocional, y contribuye en el desarrollo y mantenimiento de las preocupaciones y de la ansiedad como estrategias de afrontamiento a una situación considerada como amenaza (Carleton, 2016).

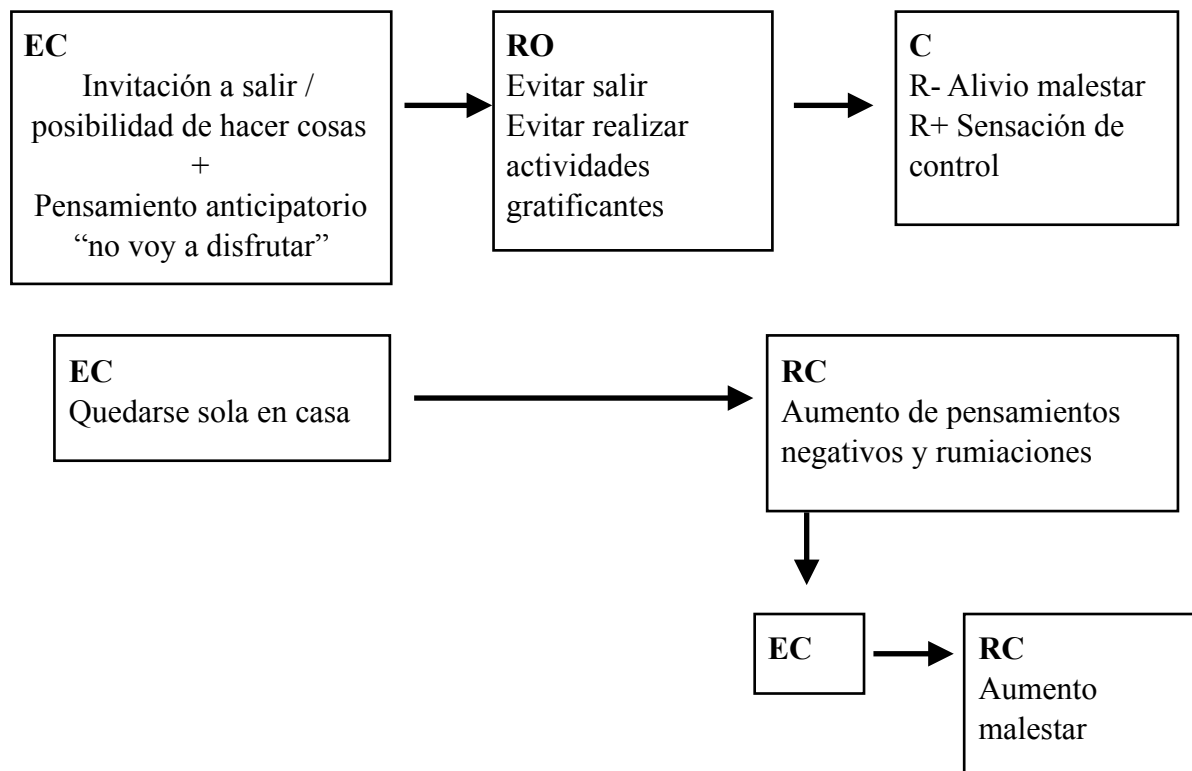
Estas características de M. J. se estimulan cuando tienen lugar situaciones disparadoras externas (ir a la psicóloga o buscar trabajo), sensaciones somáticas (temblores y dificultades para respirar), emociones (culpa y miedo) y recuerdos negativos relevantes para la paciente (cuidado de la madre). Todos estos eventos conllevan a que le surjan pensamientos del tipo “¿y si ocurre...?” que, junto a la percepción de amenaza, provoca un incremento de las rumiaciones como estrategia de afrontamiento a dicha amenaza. De la misma forma, la paciente considera que dichas preocupaciones son útiles provocando su mantenimiento, y esto se debe a que la probabilidad de ocurrencia de las situaciones planteadas es muy baja, por lo que la no ocurrencia de las mismas se consideran un reforzamiento negativo.

El perfeccionismo también mantiene la conducta problema de la paciente, ya que se valora a sí misma teniendo en cuenta metas demasiado altas por su elevado nivel de autocrítica y exigencia, lo que conlleva a enfocarse en los mínimos errores que comete y a sufrir anhedonia, el no disfrutar de actividades gratificantes.

Por otro lado, la paciente presenta un déficit en habilidades sociales y asertividad, y suele llevar a cabo conductas disfuncionales como evitar situaciones en las que tenga que poner en práctica dichas cualidades, por ejemplo, no ir a las quedadas con sus amigas. Todo ello, como se puede ver en la Figura 1, representa un refuerzo negativo de su conducta al conseguir un alivio de ese malestar, y un refuerzo positivo por la sensación de control de la situación, lo que hace que mantenga la conducta a lo largo del tiempo.

Figura 1

Cadena Conductual del Mantenimiento del Problema



A corto plazo, la disminución del malestar, la sensación de control y las creencias sobre la utilidad de la preocupación estarían reforzando su conducta puesto que la ansiedad disminuye. Sin embargo, a largo plazo acaba provocando dificultades de concentración, fatiga, disminución del estado de ánimo, mayor irritabilidad, habilidad emocional,

dificultades en la higiene del sueño, disminución de actividades gratificantes, aumento de las preocupaciones e inseguridades, etc.

4.3. Análisis Funcional

El análisis funcional es la base sobre la que se establece y fundamenta el tratamiento psicológico. Skinner (1966) lo utilizó para explicar empíricamente las relaciones causales entre la conducta y el entorno. Su objetivo es relacionar distintas variables con la conducta problema del paciente y los objetivos del tratamiento, basándose en los principios de aprendizaje y conducta.

El análisis funcional que se utilizó para diseñar el tratamiento de M. J. se puede apreciar en la Tabla 1.

Tabla 1

Análisis Funcional de la Conducta Problema

ESTÍMULOS ANTECEDENTES	CONDUCTA	ESTÍMULOS CONSECUENTES
<u>Variables predisponentes</u>	<u>Fisiológica</u>	<u>A corto plazo:</u>
<i>Variables orgánicas:</i>	- Sequedad en la boca	- Reforzamiento negativo:
- Autoexigencia y perfeccionismo	- Temblores	• Disminución ansiedad
- Necesidad de control	- Sudoración	• Disminución malestar/angustia
- Necesidad de aprobación (deseabilidad social)	- Fatiga y mareos	- Reforzamiento positivo:
- Inseguridad y baja autoestima	- Taquicardia y opresión en el pecho	• Sensación de control
- Baja tolerancia a la incertidumbre	- Dificultad para respirar	• Creencias sobre utilidad de la preocupación
- Miedo la fracaso	- Tensión	<u>A largo plazo:</u>
- Falta de comunicación	- Sensación de ahogo	- Castigo positivo:
- Actitud negativa hacia los problemas	<u>Motora</u>	• Tristeza
- Déficit de asertividad y HHSS	Evitación/escape de situaciones elicitoras de ansiedad:	• Cansancio
- Dificultad en la toma de decisiones	- Quedar con sus amigos/as	• Fatiga
<i>Variables ambientales:</i>	- Buscar trabajo	• Irritabilidad
- Fallecimiento de su padre	- Estudiar	• Aumento preocupaciones
- Hermana mayor (3 hermanos)	- Ir a lugares altos o bajo tierra (avión, metro, bodega, etc.)	• Aumento inseguridades
- Enfermedad de su madre	- Actividades gratificantes	- Castigo negativo:
- Divorcio	• “No me apetece hacer nada”	• Dificultades para concentrarse
- Desempleo	• “No disfruto de la vida”	• Problemas de sueño
- Bajo nivel económico		• Falta de actividades gratificantes
		• Disminución de relaciones sociales
		• Pérdida de motivación para estudiar y encontrar trabajo

ESTÍMULOS ANTECEDENTES	CONDUCTA	ESTÍMULOS CONSECUENTES
<p><u>Variables precipitantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Soledad - Disminución de relaciones personales - Dificultades de encontrar trabajo - Alquiler en Vallecas (desahucio en pocos meses) 	<p><u>Cognitiva:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de concentración - Pérdidas de memoria - Bloqueos: quedarse en blanco - Sesgos cognitivos sobre sí misma <ul style="list-style-type: none"> • “Me considero débil” - Sesgos cognitivos sobre el futuro (preocupación constante) - Creencias sobre inutilidad - Anticipación de algo negativo <ul style="list-style-type: none"> • “Estoy acostumbrada a cosas negativas” • “No voy a encontrar trabajo” <p>EMOCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Tristeza - Culpa - Soledad - Miedo - Frustración 	

4.4. Resultados de la Evaluación Inicial

En cuanto a los resultados que ha proporcionado el ISRA reafirman que la paciente sufre ansiedad severa, extrema o moderada, dependiendo del sistema de respuesta explorado. En la cognitiva y fisiológica muestra una puntuación directa de 164 y 141 respectivamente, que pertenecen al centil 99 en la muestra de sujetos normal (ansiedad extrema) y al centil 90 en el grupo clínico (ansiedad severa). En la motora, la puntuación directa ha resultado ser de 108, perteneciente al centil 95 en la muestra normal (ansiedad severa) y al centil 74 en la muestra clínica (ansiedad moderada). Por último, la puntuación directa total ha sido de 414, perteneciente al centil 99 en el grupo normal (ansiedad extrema) y al centil 90 en la muestra clínica (ansiedad severa).

Con respecto a los resultados de las áreas situacionales, en la ansiedad ante la evaluación, M. J. ha obtenido una puntuación de 172 (ansiedad extrema), ante situaciones interpersonales muestra una puntuación de 45 (ansiedad severa), ante situaciones fóbicas la puntuación es de 84 (ansiedad severa), y ante situaciones habituales presentó una puntuación de 89 (ansiedad extrema).

En el otro instrumento de evaluación utilizado, el BDI-II, la paciente mostró una puntuación total de 31, indicando que presenta una depresión severa.

4.5. Objetivos del Tratamiento

Los objetivos que señaló la paciente en la primera sesión fueron ganar autoestima y seguridad en sí misma, disminuir sus preocupaciones, aprender a gestionar sus emociones y mejorar sus habilidades de comunicación.

A raíz de los propuestos por M. J., se plantearon como objetivos generales aprender a gestionar su malestar emocional y a controlar los pensamientos desadaptativos. Los objetivos específicos se indican en la Tabla 2, junto con las técnicas utilizadas para poder abordarlos.

Tabla 2*Plan Terapéutico: Objetivos y Técnicas*

Objetivos	Técnicas
Comprender la conducta problema, su origen, mantenimiento y síntomas.	- Psicoeducación.
Disminuir síntomas fisiológicos de ansiedad (fatiga, taquicardia, dificultad para respirar, etc.).	- Técnicas de relajación/respiración: <ul style="list-style-type: none"> • Respiración abdominal, con biofeedback. • Respiración autógena
Identificar y modificar pensamientos desadaptativos (distorsión cognitiva).	- Modelo ABC de Albert Ellis: revisión del autorregistro.
Aumentar tolerancia a la incertidumbre.	- Reestructuración cognitiva de Beck: <ul style="list-style-type: none"> • Debate socrático. • Respuestas alternativas funcionales.
Manejar y disminuir el número de rumiaciones.	- Parada de pensamiento.
Higiene del sueño (facilitar conciliación).	- Tiempo basura.
	- Psicoeducación sobre la higiene del sueño.

Objetivos	Técnicas
Entrenar habilidades sociales y asertividad.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en expresar opiniones. - Entrenamiento en habilidad de hacer y recibir críticas.
Mejorar comunicación verbal y no verbal.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en hacer y rechazar peticiones. - Entrenamiento en habilidad de iniciar y mantener conversaciones. - Exposición progresiva a una lista jerarquizada de situaciones.
Mejorar estado de ánimo y autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre crítica patológica. - Planificación de actividades gratificantes. - Focalización atención en experiencias agradables.
Desarrollar hábito de estudio.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en técnicas de estudio.

Una de las conductas que se pretende instaurar en el repertorio conductual de M. J. es la de realizar ejercicios de respiración y/o relajación antes de irse a dormir y al levantarse, ya no sólo para que mejore su higiene del sueño y no presente dificultades a la hora de conciliarlo, también para ayudarla a disminuir los síntomas fisiológicos de ansiedad que, a su vez, le permitirá gestionar sus pensamientos irracionales a nivel cognitivo.

Otra de las conductas a implantar es la de posponer las rumiaciones y los pensamientos circulares a una hora concreta del día. La paciente refiere que a lo largo del día sobre piensa demasiado las cosas, lo que le lleva a tener pensamientos negativos, sobre todo acerca del trabajo y los estudios, reiteradas veces. Todo ello le impide seguir una rutina y

realizar otras actividades de la vida cotidiana debido a la preocupación que sufre. Al posponer dichos pensamientos va a poder prestar atención y centrarse en la tarea que está realizando, y los pensamientos irracionales disminuirán gradualmente con el tiempo.

Cuando a M. J. le proponen un plan o una actividad suele inventarse excusas para no acudir. Una conducta que se intenta eliminar es la de inventarse coartadas a la hora de quedar con sus amigos o familiares, para implantar la mejora en habilidades sociales, asertividad y autoestima debido a la planificación de actividades gratificantes y el autocuidado.

La conducta que se pretende cambiar es su forma de estudiar, aunque se presenta como objetivo secundario. La paciente alude tener dificultades para estudiar las oposiciones por no dominar técnicas de estudio útiles, además de por su falta de concentración. Siguiendo unos hábitos de estudio y los métodos adecuados su capacidad para estudiar y para mantener la concentración incrementará.

5. Tratamiento

El tratamiento con M. J. consistió en una evaluación inicial del problema y el motivo de consulta a través de una entrevista conductual, la elaboración de inventarios y un autorregistro llevado a cabo por la paciente, a fin de establecer un tratamiento específico para su conducta problema y el seguimiento de la misma.

Las 11 sesiones realizadas han tenido lugar semanalmente, exceptuando la semana del 6 y 8 de diciembre, que eran días festivos, y las semanas de Navidad. Cada una de ellas ha durado 1 hora, aunque algunas se alargaban entre 5 y 10 minutos.

Durante las primeras 3 sesiones, llevadas a cabo el 10/11/2022, 18/11/2022 y el 25/11/2022, se realizó una exploración inicial del motivo de consulta de la paciente a través de una entrevista conductual. Se indagó sobre los datos biográficos de la paciente, su situación familiar y personal, sus antecedentes clínicos y los tratamientos empleados, con el

objetivo de establecer las hipótesis explicativas de la situación problema, tanto la hipótesis de origen como las hipótesis de mantenimiento. Para poder obtener más información acerca de la conducta problema de M. J. se pasaron los cuestionarios BDI-II e ISRA, aunque la última parte del ISRA (subescala motor) la terminó fuera de la terapia por no demorar demasiado la sesión. Otra actividad que realizó como tarea para casa fue un autorregistro. Esta técnica se efectuó siguiendo el Modelo ABC de Albert Ellis, como se puede apreciar en la Tabla 3. Para ello, se pidió a la paciente que indicara en una tabla una situación (A) que le provocara una emoción desagradable, el pensamiento que le provoca dicho acontecimiento (B) y las consecuencias emocionales y conductuales (C) activadas por su propio sistema de creencias (García-Ayala, 2009). Se le explicó que cuando anotara la emoción, indicara también el grado de intensidad de esa emoción en una escala del 1 al 10, y se añadió otra fila con el propósito de que en otras sesiones posteriores se trabajara con ella otras respuestas alternativas más funcionales. Cabe destacar que, a lo largo de estas 3 primeras sesiones, se estableció la formación del encuadre y la alianza terapéutica a través de una escucha activa y empática y la validación de los sentimientos de la paciente.

Tabla 3

Autorregistro Modelo ABC de Albert Ellis

Fecha y hora	Situación	Pensamiento	Emociones + grado de intensidad (1-10)	Conducta
Pensamiento alternativo				

En la cuarta sesión, acontecida el 1/12/2022, se terminó de explorar la conducta problema de la paciente puesto que hubo sospechas de posible trastorno disociativo y agorafobia, y se le devolvió información explicándole la formulación clínica de su caso a través del análisis funcional. Además, se plantearon todos los objetivos que se iban a trabajar a lo largo de las siguientes sesiones junto con las técnicas pertinentes para abordarlos de la forma más completa posible.

Durante la quinta sesión, el 12/12/2022, se le estuvo explicando a la paciente qué es el trastorno de ansiedad, qué mecanismos que lo desencadenan y cuáles son sus síntomas, con el objetivo de que ella misma sepa por qué le pasa lo que le pasa y para disminuir su incertidumbre. También se le aclaró lo que conlleva sufrir una sintomatología depresiva, pues M. J. sufre una depresión severa según indicaron los resultados del BDI-II. Para ello se llevó a cabo una psicoeducación, poniéndole ejemplos de su conducta, emociones y pensamientos explorados en las sesiones anteriores e informándole de las distintas hipótesis de mantenimiento expuestas anteriormente, para que no sólo sepa de dónde procede la ansiedad que sufre, sino por qué perdura a lo largo del tiempo.

La sexta sesión tuvo lugar el 11/1/2023, y como transcurrió casi un mes desde la última sesión, se estuvieron explorando los acontecimientos que sucedieron durante ese mes, incluidos sus pensamientos, ideas y emociones en los mismos, también, con el objetivo de volver a afianzar la alianza terapéutica por posible déficit debido a la falta de contacto entre terapeuta y paciente.

La séptima sesión, el 17/1/2023, se demoró 15 minutos más de lo previsto, pues se realizó la técnica de respiración diafrámatica junto con la ayuda del biofeedback. Dicha respiración facilita la activación del sistema nervioso parasimpático, y se llevó a cabo a fin de reducir los síntomas fisiológicos que sufre M. J. de forma ocasional, como taquicardias,

sudoración, temblores y fatiga. Primeramente, se le estuvo explicando la funcionalidad de la respiración diafragmática y del biofeedback, además de cómo se iba a proceder para llevarlos a cabo. Acto seguido, la paciente se sentó en un sillón plegable para conseguir un estado de relajación mayor y se colocó el sensor de respiración del biofeedback a la altura de la cintura. La paciente estuvo intentando nivelar su respiración al ritmo ofrecido en el programa de biofeedback. Al principio le costó debido a la insuficiencia cardiaca que sufre, que le provoca disnea, pero el mismo programa se configuró para ajustarse a su respiración, y ella consiguió poco a poco adaptarse a la misma. En un momento de la sesión, M. J. refirió estar en estado de tensión y tener dolores en las cervicales, de modo que se sugestionó a la paciente mediante la relajación autógena, mientras realizaba la respiración diafragmática, para disminuir la tensión nerviosa a través de la sensación de peso en distintas partes de su cuerpo. Finalmente, consiguió un estado de relajación notorio y verbalizado por ella. Se indicó que podía llevarla a la práctica en casa 2 veces al día, de 5 a 10 minutos al principio, a menos de que sintiera malestar y/o mareos, que debía dejarlo inmediatamente.

Durante la octava sesión, el 24/1/2023, se realizó con la paciente el análisis del autorregistro que se mandó como tarea para casa en la tercera sesión. Como se refleja en la Tabla 3, en el autorregistro añadimos una fila para que ella misma plasmara otras respuestas alternativas funcionales a través de la reestructuración cognitiva de Beck, haciéndole preguntas como “¿existe otra forma más adaptativa de interpretar esta situación?”. Tuvo como objetivo hacer consciente a M. J. de sus pensamientos automáticos, los cuales son irracionales y desadaptativos, para que los identifique y modifique por otros más lógicos y funcionales (Bau Díaz, 2019). De igual forma se llevó a cabo un diálogo socrático, método mediante el cual se utiliza el diálogo para activar el pensamiento consecuencial de la paciente a través de preguntas como “¿qué pasaría sí...?” o “¿qué supondría...?”, y se analizó la

veracidad de dichas creencias, reconociendo las incongruencias con preguntas concretas como “¿es completamente cierto este pensamiento?” o “¿tenemos evidencia de ello?”, con el propósito de que ella misma descubra y analice el significado de las cosas y sea capaz de formar sus propias opiniones (Pardo Cebrián, 2019).

En la novena sesión, llevada a cabo el 31/01/2023, se trabajó la aceptación de experiencias y la atención en el momento presente, características de las terapias de tercera generación, explicándole la técnica del tiempo basura. Consiste en desplazar su atención hacia otra actividad cuando tenga pensamientos circulares e intrusivos, aplazándolos a otro momento del día para dedicarles un tiempo determinado, el conocido como “tiempo basura”, consiguiendo exponer a la paciente a sus preocupaciones para que ella misma se permita pensar sin tratar de evitarlo, a fin de asegurar la tolerancia y la disminución de las rumiaciones con la práctica. Otra técnica que se le explicó durante esta sesión fue la técnica de la parada del pensamiento, para que detenga esos pensamientos intrusivos utilizando un estímulo físico y uno verbal, y en seguida cambie de actividad, preferentemente si son actividades capaces de captar su atención, o de pensamiento, pudiendo aprovechar los pensamientos adaptativos que trabajamos en la anterior sesión con la técnica de la reestructuración cognitiva.

La décima y undécima sesión, que tuvieron lugar el 7/2/2023 y el 17/2/2023, se emplearon para analizar la posible mejora de la paciente gracias al tratamiento llevado a cabo con ella hasta el momento, y a fin de continuar con el plan de tratamiento inicial o realizar cambios en el mismo, garantizando el éxito de la terapia. Para ello se le volvieron a pasar los inventarios BDI-II e ISRA tal y como se hizo en las primeras sesiones, evitando cualquier sesgo a la hora de recopilar los datos e interpretar la información.

6. Valoración del Tratamiento

6.1. Adherencia al Tratamiento

El tratamiento de M. J. no se dio por finalizado en febrero, pues han tenido lugar tan sólo 11 sesiones con ella y su caso, teniendo en cuenta el número de variables que intervienen en él, es complejo.

Desde la primera sesión hasta el día de hoy se puede apreciar una mejora significativa en su conducta problema. Si es cierto que la mejora no se dio de forma progresiva. Ha habido semanas en las que ha tenido los síntomas fisiológicos más acentuados que otras o mayor número de rumiaciones, dependiendo también de situaciones externas que iban aconteciendo, como por ejemplo cuando tenía que realizar entrevistas de trabajo.

La alianza terapéutica establecida ha sido favorable desde las primeras sesiones, pues la misma paciente refirió sentirse a gusto, en un espacio seguro y privado donde poder desahogarse y sentirse acogida, lo que la motivó e impulsó para continuar con las sesiones. También ha verbalizado ser consciente de que le queda mucho trabajo por delante y que el tratamiento todavía no ha concluido, pero alude estar aprendiendo a gestionar su malestar emocional y a controlar los síntomas de la ansiedad, mostrando un interés activo en la consecución de los objetivos propuestos.

6.2. Consecución de los Objetivos

Debido al poco número de sesiones con la paciente no se han podido lograr todos los objetivos. Aún así, M. J. ha conseguido entender su conducta problema, de dónde viene y por qué se mantiene en el tiempo.

Otro objetivo alcanzado ha sido disminuir los síntomas fisiológicos de la ansiedad, como la fatiga y la opresión en el pecho, y con ello reducir los niveles elevados de activación. La paciente realiza las técnicas de relajación explicadas en la séptima sesión antes de

dormirse, al levantarse por las mañanas y en situaciones ansiógenas, como ir en metro, para no tratar de evitarlas, sino afrontarlas de la mejor forma posible.

También ha logrado aumentar su tolerancia a la incertidumbre, identificando los pensamientos desadaptativos que tiene durante el día, y modificándolos por otros más racionales y adecuados. M. J. nota mejoría a la hora de comprender qué pensamiento está teniendo, su veracidad y la emoción que le provoca dicho pensamiento, y si se trata de una emoción desagradable, qué es lo que podría llegar a pensar para cambiarla.

El último objetivo propuesto cumplido ha sido controlar sus preocupaciones y reducir la cantidad rumiaciones, para que no interfieran en sus actividades de la vida diaria, como estudiar o leer, y pueda lograr mantener su atención e incrementar su concentración. En cambio, seguimos trabajando en la automatización de las técnicas del tiempo basura y de la parada del pensamiento con la intención de continuar mejorando y asegurar la consecución exitosa del objetivo.

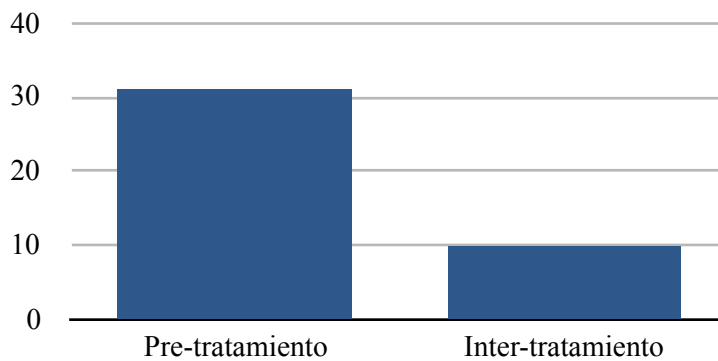
6.3. Evaluación Inter-tratamiento

Como se ha mencionado anteriormente, durante la décima y undécima sesión se le volvió a pasar a M. J. el ISRA y el BDI-II, para conocer si mostraba cambios significativos desde las primeras sesiones hasta el momento.

El BDI-II indicó una puntuación total de 10, lo que significa que la paciente presenta una depresión mínima. Como se muestra en la Figura 2, en comparación con la puntuación total que obtuvo en la evaluación inicial se puede apreciar una mejora significativa en el estado de ánimo de la paciente tras varias sesiones de tratamiento y la consecución de algunos de los objetivos propuestos.

Figura 2

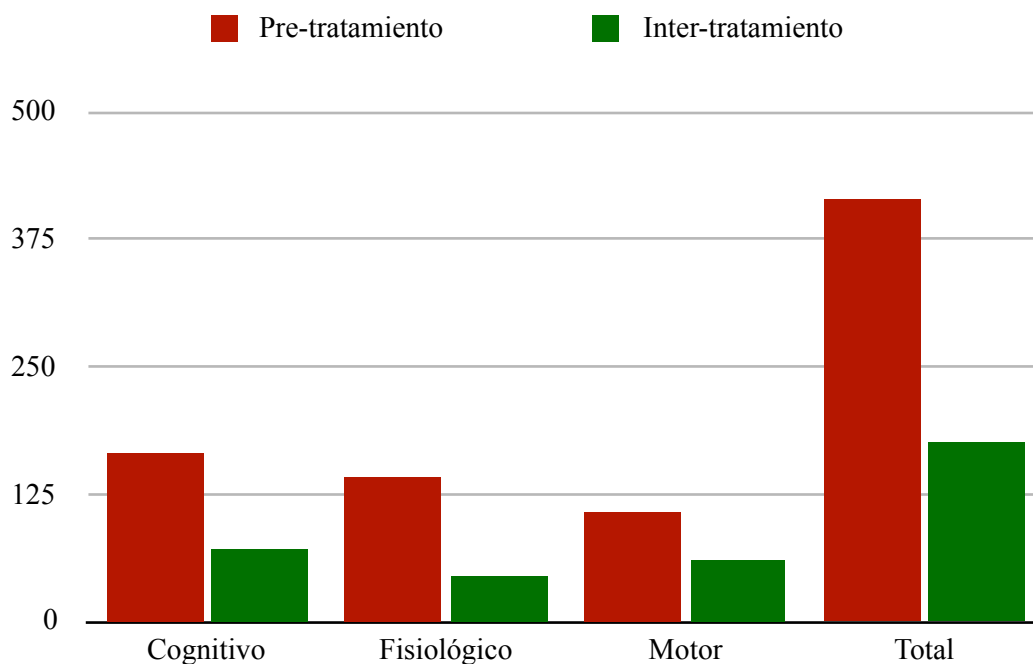
Puntuaciones Directas del BDI-II



El ISRA también muestra unos resultados bastante favorables en comparación con los obtenidos en la evaluación pre-tratamiento, como aparece en la Figura 3. Teniendo en cuenta la muestra de sujetos normales, M. J. presenta una ansiedad moderada en todos los sistemas de respuestas y en la suma de los mismos. En la evaluación inter-tratamiento no se ha tenido en cuenta al grupo clínico pues, al haber disminuido tanto las puntuaciones directas, no existe una discriminación exhaustiva.

Figura 3

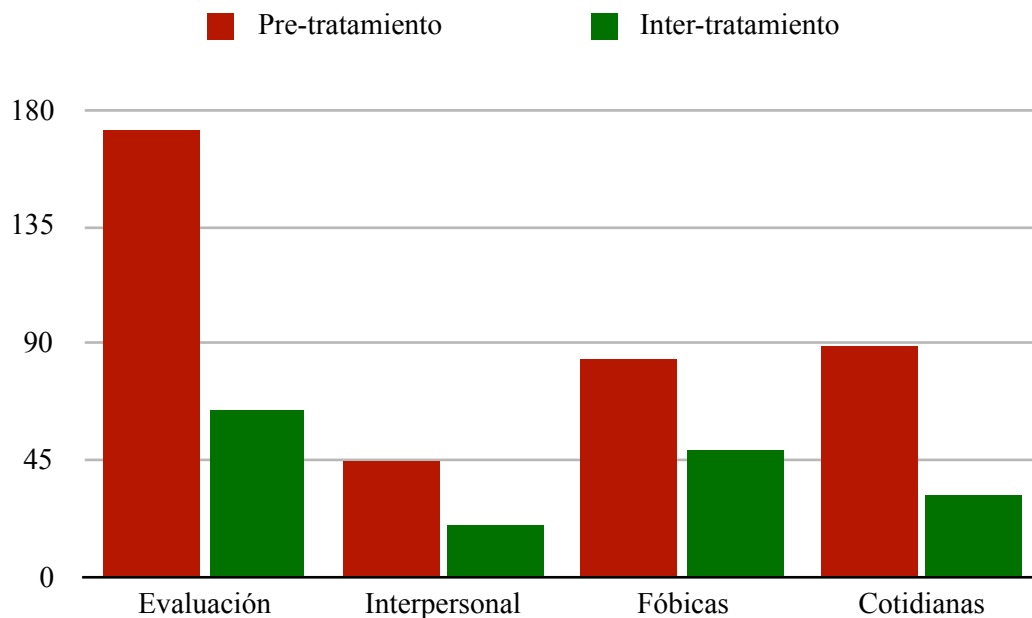
Puntuaciones Directas de los Sistema de Respuesta del ISRA



Como se puede apreciar en la Figura 4, las puntuaciones de las áreas situacionales en la evaluación ínter-tratamiento han disminuido, lo que indica también una mejora en las respuestas de ansiedad de la paciente. En las situaciones de evaluación, interpersonales y fóbicas presenta una ansiedad moderada, mientras que en las situaciones cotidianas muestra una ansiedad severa.

Figura 4

Puntuaciones Directas de las Áreas Situacionales del ISRA



6.4. Dificultades en el Tratamiento

M. J. no presentó dificultades como la impuntualidad, las ausencias o la falta de motivación. A pesar de su conducta problema, acudía a las sesiones con ganas de desahogarse y trabajar para lograr poco a poco los objetivos.

La necesidad de aprobación que tiene la paciente si causó problemas a la hora de realizar el tratamiento. A M. J. le costaba transmitir lo que realmente le parecía mal o con lo que no estaba de acuerdo. Es más, como todo le parecía bien, no se sabía si estaba entendiendo lo que se le estaba explicando o afirmaba entenderlo por no sentirse incómoda.

Tratando de solventar dicho problema, se le planteaban preguntas sobre el tema en cuestión que se estaba trabajando en dicha sesión, pero para evitar que se sintiera juzgada negativamente, las preguntas no eran directivas ni consecutivas.

7. Discusión y Conclusiones

El trastorno de ansiedad generalizada puede considerarse el trastorno de ansiedad básico y su investigación tiene relevantes repercusiones a la hora de abordar y comprender los demás trastornos. Esto se debe a que la ansiedad es la característica fundamental que provoca el mayor número de alteraciones mentales, conductuales y psicofisiológicas (Fernández Abascal, 1997; Rapee, 1991). Hay casos en los que se busca otro tipo de causas que originan dicho malestar o se piensa que es un estado psicológico temporal. Sin embargo, las investigaciones actuales sobre los trastornos de ansiedad son frecuentes y proporcionan una gran variedad de explicaciones y de tratamientos disponibles para los profesionales.

El tratamiento farmacológico es efectivo y provoca efectos de manera rápida a corto plazo. Es cierto que para un efecto más duradero, con prevención de recaídas, es considerado más favorable el tratamiento psicológico, además de que algunos medicamentos pueden provocar efectos secundarios, como sintomatología de abstinencia o alteraciones cognitivas, extendiendo así el periodo de la enfermedad (Capafons, 2001; Latas et al., 2018).

En este trabajo se han analizado diferentes, aunque no todas, fases del tratamiento psicológico en un caso de ansiedad generalizada. La ansiedad de M. J. tiende a afectarle de forma negativa, causándole dificultades a la hora de llevar una vida satisfactoria y provocándole un malestar clínicamente significativo e incapacitante en demasiados ámbitos de su vida (familiar, social, laboral y personal). Los objetivos principales que se plantearon fueron reducir los pensamientos desadaptativos de M. J., característicos de los trastornos de ansiedad, y disminuir su malestar emocional, atendiendo la sintomatología depresiva que

presentaba al inicio del tratamiento. En cambio, primeramente se optó por abordar los síntomas fisiológicos de la paciente, pues refería sufrirlos de forma frecuente y acentuada, y gracias a los ejercicios de respiración se lograron debilitar según indican los resultados del ISRA. Acto seguido, se consiguió reducir la frecuencia, duración e intensidad de las preocupaciones y con ello, aumentar su estado de ánimo, según nos muestran también los resultados obtenidos en las pruebas y siguiendo la línea de la evidencia científica que confirma el éxito de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad, aunque todavía quedan objetivos por cumplir y mucho trabajo por delante.

En las siguientes sesiones con M. J. sería conveniente abordar las situaciones de la vida cotidiana que le generan respuestas de ansiedad, ya que, como muestra el ISRA, presenta una ansiedad severa en las mismas. Se podría trabajar llevando a cabo una psicoeducación sobre la higiene del sueño, planificando la semana teniendo en cuenta una jerarquía de sus obligaciones y prioridades, estableciendo un hábito de estudio, entre otros objetivos planteados en la Tabla 2.

Para el futuro parece prudente ampliar el número de estudios sobre otros tipos de tratamientos psicológicos, como de la terapia dialéctica conductual. En este caso se han apreciado mejoras en el comportamiento y cognición de la paciente tras el empleo de técnicas de mindfulness, la técnica de tiempo basura, para que la paciente preste atención al momento presente y sea capaz de controlar sus pensamientos desadaptativos, pero la evidencia científica sobre este tipo de técnicas no se ha estudiado en profundidad, lo que ha causado que en este trabajo se haya optado más por el empleo de técnicas cognitivo-conductuales.

Por otra parte, sería conveniente plantear la necesidad de realizar investigaciones adicionales sobre los procesos cognitivos, comportamentales y emocionales característicos

del trastorno de ansiedad generalizada, con la finalidad de desarrollar técnicas de evaluación y tratamientos de intervención más precisos, teniendo en cuenta todas las peculiaridades de dicho trastorno para trabajar con cada una de ellas, abordándolo de la forma más completa posible.

En la práctica clínica son muchos los pacientes que asisten a terapia esperando resultados a corto plazo, incluso algunos suelen abandonar el tratamiento al descubrir que necesitan varios meses para notar una mejora significativa. Al tratarse de una intervención que requiere una larga duración, se considera bastante relevante el establecimiento de una buena alianza terapéutica a fin de mantener la adherencia y motivación de la paciente al tratamiento. Por ahora, M. J. se muestra con una actitud aliciente, colaborando en las sesiones tomando un papel activo y con ganas de seguir trabajando para alcanzar los máximos objetivos posibles, aunque es responsabilidad del terapeuta tener las habilidades necesarias con el propósito de que ella adquiera mayor autonomía e independencia. En este caso, la terapeuta no tiene mucha experiencia profesional ni ha tratado personalmente a una paciente adulta con ansiedad, lo que dificultó el inicio del tratamiento, pero la base teórico-práctica que proporciona el máster habilitante de psicología general sanitaria, la ayuda del tutor Álvaro González Rodríguez, las ganas de aprender, la consecución de los objetivos poco a poco y la actitud de la paciente, influyen en mantener la voluntad y motivación para ayudarla.

8. Referencias Bibliográficas

Abuín, M. R. (2016). Terapia autógena: técnicas, fundamentos, aplicaciones en la salud y clínica y apoyo empírico. *Clínica y Salud*, 27(3), 133-145.

Almendro Marín, M. T., Erdoria Remacha, A., Díaz de Neira Hernando, M. y Jiménez Cabre, G. (2012). *Psicoterapias*. CEDE.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th. ed.). American Psychiatric Association.

Bados, A. y García Grau, E. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva.

Bados, A. y García Grau, E. (2014). La Entrevista Clínica.

Bandelow, B. y Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3): 327-335.

Bandelow, B., Michaelis, S. y Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93- 107.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.

Bandura, A. y Walters, R. H. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial.

Bau Díaz, S. (8 de marzo de 2019). Autoregistro para la ansiedad: una técnica eficaz. *Amadag*. <https://amadag.com/autoregistro-para-la-ansiedad/>.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Blázquez Tello, L., Izquierdo Cardona, Y. A. y Shamdasani Murlidhar, A. S. (2019). *Una revisión sistemática: eficacia de la terapia conductual dialéctica en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. y Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.
- Brown, T. A. y McNiff, J. (2009). Especificidad de la excitación autonómica al trastorno de pánico DSM-IV y al trastorno de estrés postraumático. *Investigación y Terapia del Comportamiento*, 47(6), 487-493.
- Bruch, M. y Meyer, V. (1996). La entrevista conductual. En G. B. Buena-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 85-107). Siglo XXI.
- Buena-Casal, G. y Sierra, J. C. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca Nueva.
- Cannon, W. B. (1931). Again the James Lange and the thalamic theories of emotion. *Psychological Review*, 38(4), 281-295.
- Cano-Vindel, A. (1995). Orientaciones en el estudio de la emoción. En E.G. Fernández-Abascal (Ed.), *Manual de Motivación y Emoción* (pp. 337-383). Centro de Estudios Ramón Areces.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6(1), 14-21.

- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30-43.
- Cattell, R. B. y Scheier, I. H. (1958). The nature of anxiety: A review of thirteen multivariate analyses comprising 814 variables. *Psychological Reports*, 4(3), 351-388.
- Catuzzi, J. E. y Beck, K. D. (2014). Anxiety vulnerability in women: a two-hit hypothesis. *Experimental Neurology*, 259, 75-80.
- Chacón Delgado, E., Xatruch De la Cera, D., Fernández Lara, M. y Murillo Arias, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1): 23-36.
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. John Wiley & Sons.
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Desclee de Brower.
- Craske, M. G. y Stein, M. B. (2016). Anxiety. *Lancet*, 388(10063), 3048-3059.
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R.M. y Wittchen, H. U. (2017). Anxiety disorders. *Natural Reviews Disease Primers*. 3(17024).
- Crocq M. A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319-325.
- de la Vega, I. y Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 45-56.
- del Río Olvera, F. J., Cabello Santamaría, F., Cabello García, M. A. y Aragón Vela, J. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y

- funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*, 17(1), 1-10.
- Díaz Kuaik, I. y de la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50.
- “El trastorno de ansiedad generalizada” (2013). *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 56(4), 53-55.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Strowell, C., Smart, C. y Haglin, D. (2008). Mindfulness based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716-721.
- Fernández Abascal, E. (1997). Psicología General: motivación y emoción. *Editorial Centro de Estudios Ramón Areces*.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. (2ª ed.). Ediciones Pirámide.
- Forcadell López, E., Lázaro García, L., Fullana Rivas, M. A. y Lera Miguel, S. (29 de enero de 2019). Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. *Clinic Barcelona*. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/tratamiento>.
- Fraire, M. G. y Ollendick, T. H. (2013). Anxiety and oppositional defiant disorder: a transdiagnostic conceptualization. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 229-240.
- Freud, S. (1894). Manuscrito E: ¿Cómo se genera la angustia? En S. Freud (Ed.), *Obras Completas*, 1 (pp. 228- 234). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). La Angustia. En S. Freud (Ed.), *Obras Completas*, 16 (pp. 357-374). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En S. Freud (Ed.), *Obras Completas*, 20 (pp. 71-161). Amorrortu Editores.

- García-Ayala, C. (2009). Comprendiendo la procrastinación con el modelo ABC de Albert Ellis. *Gaceta de la escuela de medicina Justo Sierra*, 2(1), 4-5.
- García-Batista, Z. E. y Cano-Vindel, A. (2014). Estandarización y validación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) en la población de República Dominicana. *Summa Psicológica UST*, 11(2), 81-99.
- García-Grau, E., Fusté Escolano, A. y Bados López, A. (2008). *Manual de entrenamiento en respiración*.
- Godoy, A. y Haynes, S. (2011). Clinical case formulation: Introduction to the special section. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(1), 1-3.
- González Almeida, G., Negrín Fagundo, C. y Suárez Saavedra, D. (2019). *Eficacia de la Terapia de Activación Conductual en el Trastorno de Ansiedad Generalizada: Una revisión sistemática* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J. y Eifert, G. H. (2003) Contemporary Behavioral Activation Treatments for Depression: Procedures, Principles, and Progress. *Clinical Psychology Review*, 23(5), 699-717.
- James, W. (1884). What is an emotion?. *Mind*, 9(34), 188-205.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. Holt.
- Janz, T., Hellervik, L. y Gilmore, D.C. (1986). *Behavior Description Interviewing New, Accurate, Cost effective*. Allyn & Bacon.
- Katzman, M., Bleau, P., Van Ameringen, M. y the Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University (2014). Canadian Clinical

- Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive- Compulsive Disorders. *BMC Psychiatry* 14(1), 2-9.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En M. Klein (Ed.), *Obras completas*, 3 (pp. 10- 33). Paidós.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. U. H. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy* (pp. 90-102). American Psychological Association.
- Latas, M., Trajkovic, G., Bonevski, D., Naumovska, A., Vucinic Latas, D., Bukumiric, Z. y Starcevic, V. (2018). Psychiatrists' treatment preferences for generalized anxiety disorder. *Human Psychopharmacology*, 33(1).
- Latorre Postigo, J. M., Navarro Bravo, B., Parra Delgado, M., Salguero, J. M., Mae Wood, C. y Cano Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un problema sin resolver. *Revista clínica de medicina de familia*, 5(1), 37-45.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.
- Lindsay, W. R., Gamsu, C. V., McLaughlin, E., Hood, E. M. y Espie, C. A. (1987). A controlled trial of treatment for generalized anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 3-15.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. (1ª ed.). The Guilford Press.
- Luciano Soriano, M. C. y Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.

- Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L. y Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista eNeurobiología*, 10(24).
- Martínez-Algeciras, K. A. y Rodríguez-Jiménez, O. R. (2013). Análisis exploratorio de la validez del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) adaptado. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(1), 57-66.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. R. (2002). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual*. (5ª ed.). TEA Ediciones.
- Milrod, B., Markowitz, J. C., Gerber, A. J., Cyranowski, J., Altemus, M., Shapiro, T., Hofer, M. y Glatt, C. (2014). Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 34-43.
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553-556.
- Murrough, J. W., Yaqubi, S., Sayed, S. y Charney, D. S. (2015) Emerging drugs for the treatment of anxiety. *Expert Opinion on Emerging Drugs*, 20(3), 393-406.
- Olivares, J. y Méndez, F. X. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Biblioteca nueva.
- Organización Mundial de la Salud (2022, 17 de junio). La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>.
- Ovejero, A. (1993). La teoría de la disonancia cognoscitiva. *Psicothema*, 5(1), 201-20.

- Pardo Cebrián, R. (2019) *El debate en reestructuración cognitiva: análisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Patriquin, M, A. y Mathew, S. J. (2017). The Neurobiological Mechanisms of Generalized Anxiety Disorder and Chronic Stress. *Chronic Stress (Thousand Oaks)*, 1.
- Pérez Rivero, P. F. y Uribe Rodríguez, A. F. (2016). Terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer. *Psicooncología*, 13(1), 101-111.
- Posada-Villa, J., Buitrago-Bonilla, J., Medina-Barreto, Y. y Rodríguez-Ospina, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Nova*, 4(6), 33-41.
- Power, K. G., Jerrom, D. W. A., Simpson, R. J., Mitchell, M. J. y Swanson, V. (1989). A controlled comparison of cognitive behaviour therapy, diazepam, and placebo in the management of generalized anxiety. *Behavioural Psychotherapy*, 17, 1-14.
- Power, K. G., Simpson, R. J., Swanson, V., Wallace, L. A., Feistner, A. T. C. y Sharp, D. (1990). A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam, and placebo alone and in combination, for the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4(4), 267-292.
- Quiñonez, R. y Sandoval, M. (1996). Procesos verbales y desórdenes depresivos: Marcos relacionales y seguimiento de instrucciones. *Suma Psicológica*, 3(2), 147-72.
- Ramos, K. y Stanley, M. (2017). Anxiety Disorders in Late Life. *Psychiatric Clinics North America*, 41(2).

- Rapee, R. (1991). Psychological factors involved in generalized anxiety. En R. Rapee y D. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety* (pp. 76- 94). The Guilford Press.
- Repp, A., Karsh, K., Munk, D. y Dahlquist, C. (1995). Hypothesis-based interventions: A theory of clinical decision making. En W O'Donoghue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy*. American Psychological Association.
- Rodríguez Medina, D. A., Domínguez Trejo, B., Leija Alva, G., Ortiz Omaña, M. y Carreño Morales, C. (2018). Efectos psicofisiológicos de la respiración diafragmática y la estimulación térmica sobre la actividad autonómica del estrés agudo. *Acta de investigación psicológica*, 8(2). 101-113.
- Rose, M. y Devine, J. (2014). Assessment of patient-reported symptoms of anxiety. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(2), 197-211.
- Salín Pascual, R. (1997). *Bases Bioquímicas y Farmacológicas de la Neuropsiquiatría*. (1ª ed.). Mac Graw Hill Interamericana.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29(124), 239-288.

Sanz, J., Perdigón, L. A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*(3), 249-280.

Schultz, J. H. (1926). Über Narkolyse und autogene Organübungen: Zwei neue psychotherapeutische Methoden. *Medizinische Klinik, 22*, 952–954.

Segal, H. (1965). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Paidós.

Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade, 3*(1), 10-59.

Singewald, N., Schmuckermair, C., Whittle, N., Holmes, A. y Ressler, K. J. (2015). Pharmacology of cognitive enhancers for exposure-based therapy of fear, anxiety and trauma-related disorders. *Pharmacology and therapeutics, 149*, 150-190.

Skinner, B. F. (1966). What is the experimental analysis of behavior?. *Journal of the Experimental Analysis of behavior, 9*(3), 213.

Skinner, B. F. (1977). *Ciencia y conducta humana*. Fontanella.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). Manual STAI: cuestionario de ansiedad estado-rasgo. TEA Ediciones.


Schwarz, A. y Schwarz, A. (2017). *Relajación muscular progresiva de Jacobson*. Hispano Europea.

“Terapias para la ansiedad” (9 de abril de 2021). *Inspira*. [https://www.inspirapr.com/post/terapias-para-la-ansiedad#:~:text=La%20terapia%20cognitivo%2Dconductual%20\(TCC,de%20p%C3%A1nico%2C%20entre%20otras%20afecciones](https://www.inspirapr.com/post/terapias-para-la-ansiedad#:~:text=La%20terapia%20cognitivo%2Dconductual%20(TCC,de%20p%C3%A1nico%2C%20entre%20otras%20afecciones).

- Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista iberoamericana de psicopatología*, (110), 62-69.
- Vallejo, M. A. y Ruiz, M. A. (1993). *Manual práctico de modificación de conducta*. Fundación Madrid-Empresa.
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En J. Mayor y F. J. Labrador (Eds.), *Manual de Modificación de conducta* (pp. 229-264). Alhambra Editorial.
- Watson, J. B. (1976). *El conductismo*. Paidós.
- World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*.

9. Anexos

Consentimiento informado de la paciente


Centro de Psicología Luis Ruiz

COMUNICACIÓN Y PETICIÓN DE CONSENTIMIENTO A LOS PACIENTES PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL Y DE SALUD

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, del 17 de abril de 2016, le informamos que:

- 1- Todos los datos de carácter personal y de salud que usted nos facilite quedarán en su Historia Clínica, que será archivada en fichero confidencial debidamente registrado en la Agencia de Protección de Datos (responsable Álvaro González Rodríguez M-26209).
- 2- Sus datos serán utilizados por su terapeuta en beneficio de su tratamiento, así como en labores de investigación, docencia o trabajos académicos. Se garantiza la confidencialidad de sus datos personales, que no serán revelados en ningún caso.
- 3- En caso de alta o abandono del tratamiento, y de no ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación, sus datos permanecerán CINCO AÑOS archivados, tras los cuales serán debidamente destruidos.
- 4- Sus datos no serán cedidos a terceros, salvo previo consentimiento escrito.
- 5- La firma del presente documento implica el reconocimiento por parte del paciente de que su caso será supervisado por un psicólogo especializado (Álvaro González Rodríguez, Col. M-26209), y desarrollado por un estudiante del Máster de Psicología Sanitaria de la Universidad Europea de Madrid.

En consecuencia:

Consiente expresamente la captación y tratamiento de los datos de carácter personal y de salud necesarios para llevar a cabo un proceso de evaluación y tratamiento psicológico, pudiendo revocar en cualquier momento y sin efecto retroactivo, siempre que legalmente proceda.

Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a Álvaro González Rodríguez (Centro de Psicología Luis Ruiz, C/ Luis Ruiz 54, Bajo A. 28017, Madrid) como responsable del fichero.

Enterado: D./Dña. [Redacted] DNI [Redacted]

Firma [Handwritten Signature]

Madrid, a 10 de Noviembre de 2022

Correo electrónico: [Redacted] @gmail.com

© 2016 Universidad Europea. Tlf: +34 91 551 191 - www.ue.edu

Hojas de respuestas evaluación pre-tratamiento

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lee con atención cada uno de ellos y, a continuación, señala cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se han sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodea con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que consideres igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste lo bastante.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p><input type="radio"/> 2 Me siento triste ocasionalmente.</p> <p><input type="radio"/> 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desconfiado sobre mi futuro.</p> <p><input type="radio"/> 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p><input type="radio"/> 2 No espero que las cosas mejoren.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p>3. Sentimientos de fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado.</p> <p><input type="radio"/> 1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2 Cuando quiero hacer algo fracaso tres veces.</p> <p><input type="radio"/> 3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4. Pérdida de placer</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p><input type="radio"/> 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p><input type="radio"/> 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p><input type="radio"/> 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p><input type="radio"/> 3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No siento que yo sea castigado.</p> <p><input type="radio"/> 1 Siento que puedo ser castigado.</p> <p><input type="radio"/> 2 Espero ser castigado.</p> <p><input type="radio"/> 3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p><input type="radio"/> 1 He perdido confianza en mí mismo.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2 Estoy decepcionado con mí mismo.</p> <p><input type="radio"/> 3 No me gusta.</p> <p>8. Auto-critica</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No me critico más que antes.</p> <p><input type="radio"/> 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p><input type="radio"/> 2 Cambio todos mis defectos.</p> <p><input type="radio"/> 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p><input type="radio"/> 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevo a cabo.</p> <p><input type="radio"/> 2 Me gustaría suicidarme.</p> <p><input type="radio"/> 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.</p> <p>10. Efecto</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No siento más de lo que solía hacer.</p> <p><input type="radio"/> 1 Hago más de lo que solía hacer.</p> <p><input type="radio"/> 2 Hago por cualquier cosa.</p> <p><input type="radio"/> 3 Tengo ganas de hacer cualquier cosa, pero no puedo.</p>
---	---

11. Puntaje en página 1

Continúa en la página siguiente.

<p>11. Agitación</p> <p>0) No estoy más agitado que antes de acostarme.</p> <p>1) Me agito más inquieto o ansioso que de costumbre.</p> <p>2) Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta dormir quieto.</p> <p>3) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0) Soy más irritable de lo habitual.</p> <p>1) Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2) Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3) Soy irritable continuamente.</p>
<p>12. Pérdida de interés</p> <p>0) No he perdido interés por otras personas o actividades.</p> <p>1) Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2) He perdido la mayor parte de mi interés por las demás o por las cosas.</p> <p>3) Me resulta difícil interesarme en algo.</p>	<p>18. Cambios en el apetito</p> <p>0) No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1) Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <p>2) Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <p>3) Mi apetito es mucho mayor que antes.</p> <p>4) Mi apetito es mucho menor de lo habitual.</p> <p>5) He perdido completamente el apetito.</p> <p>6) Tengo ganas de comer continuamente.</p>
<p>13. Indecisión</p> <p>0) Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1) Tomo decisiones más rápido que de costumbre.</p> <p>2) Tomo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p>19. Dificultad de concentración</p> <p>0) Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1) No puedo concentrarme tan bien como de costumbre.</p> <p>2) Me cuesta mantenerme concentrado en algunas actividades o cosas.</p> <p>3) No puedo concentrarme en nada.</p>
<p>14. Irritabilidad</p> <p>0) No me siento irritable.</p> <p>1) No me considero demasiado irritable.</p> <p>2) Me siento irritable en comparación con otras personas.</p> <p>3) Me siento completamente irritable.</p>	<p>20. Cansancio o fatiga</p> <p>0) Necesito más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1) Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2) Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3) Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que antes solía hacer.</p>
<p>15. Pérdida de energía</p> <p>0) Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1) Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2) No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3) No tengo suficiente energía para hacer nada.</p>	<p>21. Pérdida de interés en el sexo</p> <p>0) No he estado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1) Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2) Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3) He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
<p>16. Cambios en el patrón de sueño</p> <p>0) No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <p>1) a) Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>1) b) Duermo algo menos de lo habitual.</p> <p>2) a) Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2) b) Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>3) a) Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3) b) Me despierto más o demasiado temprano y no puedo volver a dormir.</p>	

11 Puntuación página 1
 20 Puntuación página 2
 34 Puntuación total (págs. 1+2)

Lejos de la cama

de un cuerpo inflexible

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	
	1. No me preocupa en absoluto	2. Poco preocupado	3. Algo preocupado	4. Bastante preocupado	5. Muy preocupado	6. Muy preocupado	7. Muy preocupado		
1. Tener que estudiar en el examen	4				4				8
2. Cuando voy a la escuela me da vergüenza	2							de personalidad	2
3. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer				4	4				10
4. Si la familia de la familia me da vergüenza por lo que voy a hacer	4				4				8
5. Si voy a la escuela me da vergüenza			4	4					8
6. Cuando voy a la escuela me da vergüenza	1	4		4			0		9
7. Si voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer				2				de personalidad	2
8. Cuando voy a la escuela me da vergüenza		4					2		6
9. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer						4	4		8
10. Si voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer	4			4	4	4			16
11. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer					4				4
12. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer			4	1	2			me da vergüenza por lo que voy a hacer	7
13. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer				4	2	4	4		14
14. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer	0								0
15. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer					0			de personalidad	0
16. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer					4				4
17. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer	4	0			3	2	0		8
18. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer			4			4			8
19. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer	4	0	4		4		0		12
20. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer	2	0			2				4
21. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer	4	4	4	4	4				20
22. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer	4	4					0		8
23. Cuando voy a la escuela me da vergüenza por lo que voy a hacer	4	4	4	4	4	4	4		
ENTREVISTA TELEFÓNICA									
TOTAL	37	16	20	26	36	39	14		164

RECUERDE DE AGIR RÁPIDAMENTE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

SITUACIONES	MAYORES DE							OBSERVACIONES DS			
	1. No tiene ninguna de las situaciones	2. Tiene una de las situaciones	3. Tiene dos de las situaciones	4. Tiene tres de las situaciones	5. Tiene cuatro de las situaciones	6. Tiene cinco de las situaciones	7. Tiene seis de las situaciones	8. Tiene siete de las situaciones			
1. Tener un hijo o hija menor de 6 años			0	2	4	4	2	4	2		18
2. Tener un hijo o hija menor de 12 años	2	2	0	2		4	4	2	4		18
3. Tener un hijo o hija menor de 18 años	4	2	0	4		4	2	4			14
4. Tener un hijo o hija menor de 24 años				4							4
5. Tener un hijo o hija menor de 30 años	2			4	4			4			14
6. Tener un hijo o hija menor de 36 años	0				4	2		4			10
7. Tener un hijo o hija menor de 42 años			0			4	0	4			8
8. Tener un hijo o hija menor de 48 años	4		0	2		2	0	4			14
9. Tener un hijo o hija menor de 54 años			4			4	4				16
10. Tener un hijo o hija menor de 60 años	4		4	4		4	4	4	4		24
11. Tener un hijo o hija menor de 66 años					4	3			0		10
12. Tener un hijo o hija menor de 72 años		3	0	2		4	4	4			21
13. Tener un hijo o hija menor de 78 años		0	0	3			4		0		7
14. Tener un hijo o hija menor de 84 años				0			0		0	Por enfermedad de su madre	0
15. Tener un hijo o hija menor de 90 años			0	0				4			4
16. Tener un hijo o hija menor de 96 años		4	4	4	4			4			24
17. Tener un hijo o hija menor de 102 años	0	0	0	0			4			Nota el cargo	4
18. Tener un hijo o hija menor de 108 años	2		0	2			2	4			10
19. Tener un hijo o hija menor de 114 años			3			4	4	2	4		18
20. Tener un hijo o hija menor de 120 años	0					2	2	0			4
21. Tener un hijo o hija menor de 126 años	4		0	4		4	4	2	4		22
22. Tener un hijo o hija menor de 132 años				2							2
23. Tener un hijo o hija menor de 138 años	0	0	0	2	4	4	0	4	0		
TOTAL	22	11	15	39	16	39	59	17	60	4	281

ALGUNOS DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS DE MAYOR

$\frac{281}{2} = 141$

Hojas de respuestas evaluación inter-tratamiento

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

BDI-II

Nombre: Edad: Sexo:
 Estado civil: Profesión: Estudios:

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y la afirmación, esate una de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Marque con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señale también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

<p>1. Tristeza</p> <p>0. No se siente triste habitualmente.</p> <p>1. <input checked="" type="radio"/> Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2. Me siento triste constantemente.</p> <p>3. Me siento triste o con un grado de tristeza que no pueda soportarla.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0. No pienso de sí mismo ni de su futuro.</p> <p>1. <input checked="" type="radio"/> Me siento pesimista sobre el futuro que antes.</p> <p>2. No tengo que hacer nada para mejorar.</p> <p>3. Si no me da futuro es desesperanzador y que las cosas más imprevistas.</p> <p>3. Sentimientos de fracaso</p> <p>0. No me siento fracasado.</p> <p>1. <input checked="" type="radio"/> Me siento fracasado lo que debería.</p> <p>2. Cuando me siento, me siento más fracasado.</p> <p>3. Me siento un perdedor o alguien fracasado.</p> <p>4. Pérdida de placer</p> <p>0. <input checked="" type="radio"/> Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>1. Disfruto muy poco por placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>2. No disfruto ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de culpa</p> <p>0. <input checked="" type="radio"/> No me siento especialmente culpable.</p> <p>1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o que he de haber hecho.</p> <p>2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3. Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0. <input checked="" type="radio"/> No siento que me esté castigando.</p> <p>1. Siento que podría ser castigado.</p> <p>2. Siento que estoy castigado.</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0. <input checked="" type="radio"/> Siento la misma que antes sobre mí mismo.</p> <p>1. He perdido confianza en mí mismo.</p> <p>2. Estoy desquebrado en conmigo mismo.</p> <p>3. No me gusta.</p> <p>8. Auto-criticas</p> <p>0. No me critico o me critico más que antes.</p> <p>1. <input checked="" type="radio"/> Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2. Critico todas mis defensas.</p> <p>3. Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p>0. <input checked="" type="radio"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevo a cabo.</p> <p>2. Me gustaría suicidarme.</p> <p>3. Me suicidaría si existiera la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0. <input checked="" type="radio"/> Me lloro más de lo que solía llorar.</p> <p>1. Lloro más de lo que solía llorar.</p> <p>2. Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3. Tengo ganas de llorar constantemente, pero no puedo.</p>
--	--

4 Puntuación página 1

Continúa en la página siguiente →

BDI / 5

<p>11. Apatía</p> <p>1 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>3 Estoy más inquieto o agitado que me cuesta estar tranquilo.</p> <p>4 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar constantemente en movimiento o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de interés</p> <p>1 No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>3 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>4 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>2 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>3 Tengo mucha más dificultad al tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>4 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>1 No me siento inútil.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2 No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>3 Me siento inútil al compararme con otras personas.</p> <p>4 Me siento completamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de energía</p> <p>1 Tengo mucha energía como siempre.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>4 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el patrón de sueño</p> <p>1 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2 Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>3 a Duermo algo menos de lo habitual.</p> <p>3 b Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>4 a Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>4 b Duermo la mayor parte del día.</p> <p>5 a Me despierto antes de hora, más temprano y no puedo volver a dormir.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>4 Estoy irritable con frecuencia.</p> <p>18. Cambios en el apetito</p> <p>1 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>2 a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2 b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <p>3 a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>3 b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p> <p>4 a He perdido completamente el apetito.</p> <p>4 b Tengo ganas de comer constantemente.</p> <p>19. Dificultad de concentración</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>2 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>3 Me cuesta constantemente concentrarme en algo durante un cierto tiempo.</p> <p>4 No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cambios o irrita</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>2 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que nunca solía hacer.</p> <p>4 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de interés en el sexo</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 No he tenido ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>2 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>3 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>4 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
---	---

4 Puntuación página 1
 6 Puntuación página 2
 10 Puntuación total (págs. 1 + 2)

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES EN
	1. No se preocupan de lo que pasa	2. Tratan de solucionar el problema con calma y sin prisas	3. No se preocupan de lo que pasa y se olvidan de lo que pasa	4. No se preocupan de lo que pasa y se olvidan de lo que pasa	5. No se preocupan de lo que pasa y se olvidan de lo que pasa	6. No se preocupan de lo que pasa y se olvidan de lo que pasa	7. No se preocupan de lo que pasa y se olvidan de lo que pasa	
1. Ante un suceso en el que no se ha programado con ayuda de otros, el sujeto percibe un hecho importante...	3					2		5
2. Cuando hay un fuego u otro suceso en casa...	1							1
3. Cuando planea ir a un sitio o hacer cosas que le gustan...				2		1		3
4. A la hora de ir a un sitio, descubre o resuelve un problema (D.V.L.)...	3					1		4
5. En el colegio o cuando estudia...			1	2				4
6. Cuando espera a alguien en un lugar determinado...	0	2		1			0	3
7. Si una persona le interrumpe cuando está haciendo un trabajo que le interesa o cuando está estudiando...				0				0
8. Cuando se encuentra en una situación de estrés...		1					0	1
9. Cuando hay un suceso en un lugar no previsto, cuando el suceso es inesperado o cuando se está haciendo un trabajo que se está haciendo con dificultad...						3	1	4
10. Si el trabajo o la tarea es muy difícil...	3			2		1	0	6
11. Cuando piensa en un suceso que le preocupa o le preocupa mucho, cuando se está haciendo un trabajo que se está haciendo con dificultad...						2		2
12. Cuando se encuentra en una situación de estrés...			0		2	2		4
13. Después de haber estado estudiando o trabajando...				2	1	1	0	4
14. Ante la presencia del suceso, el sujeto se preocupa mucho por lo que está pasando...	0							0
15. Cuando se encuentra en una situación de estrés...					1			1
16. Cuando piensa en el futuro o en el futuro de su vida...						1		1
17. Cuando se encuentra en una situación de estrés...	1	2			1	1	0	5
18. Cuando se encuentra en una situación de estrés...			2			2		4
19. Cuando se encuentra en una situación de estrés...	4	0	3		2		0	9
20. Cuando se encuentra en una situación de estrés...	2	0			1			3
21. Cuando se encuentra en una situación de estrés...	1	1	1	2	1			6
22. Cuando se encuentra en una situación de estrés...	0	1					0	1
23. Cuando se encuentra en una situación de estrés...	1	1	2	2	0	1	0	
ORGANISTA TELEFONICA								
SR	18	7	3	12	9	17	1	(41) TOTAL

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

SITUACIONES	RESPUESTAS										OBSERVACIONES TS	
	1. No se ha observado el uso de la lengua materna en el aula.	2. Uso limitado de la lengua materna y predominio de la lengua de acogida.	3. No se observa el uso de la lengua materna en el aula.	4. Uso limitado de la lengua materna y predominio de la lengua de acogida.	5. No se observa el uso de la lengua materna en el aula.	6. Uso limitado de la lengua materna y predominio de la lengua de acogida.	7. No se observa el uso de la lengua materna en el aula.	8. Uso limitado de la lengua materna y predominio de la lengua de acogida.	9. No se observa el uso de la lengua materna en el aula.	10. Uso limitado de la lengua materna y predominio de la lengua de acogida.		11. No se observa el uso de la lengua materna en el aula.
1. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...			0	0	3		1	0	1	0		5
2. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...	0	0	0	0			1	0	0	0		1
3. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...	0	0	0	1			3	2	0	1		7
4. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...				2								2
5. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...	0			1			2		1			4
6. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...	0				0		0		0			0
7. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...			0				2	2	0	0		4
8. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...	0		0	1			2	1	0	0		5
9. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...			1				1	0	1			3
10. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...	1		1	1			1	1	0	1		6
11. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...					0		0	0		0		0
12. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...		0	0	1			2	1	0	1		5
13. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...		0	0	10			0			0		10
14. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...				0			0			0		0
15. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...			0	0			0		1			1
16. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...		0	0	1	2		2		1			6
17. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...	0	0	0	0			2					2
18. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...	0		0	0			2		1			3
19. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...			4				3	3	2	3		17
20. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...	0						1	2	0			3
21. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...	0		0	1			2	1	0	1		5
22. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...				1								1
23. Cuando el profesor/a utiliza la lengua materna en el aula...	0	0	0	1	0		2	2	0	1		6
TOTAL	1	0	5	12	5	21	24	3	12	4	89	TOTAL

89 / 2 = 44,5

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ES
	1. Cero no se realizó	2. Pocos o muy pocos	3. Pocos	4. Muchos	5. Muchos	6. Muchos	7. Muchos		
1. No se realiza en el que se propone y se ve a un lado de la persona que se propone		0			1	1			2
2. Cuando voy a jugar con la familia...		0			1				1
3. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...	0	1	2		2	2	2	1	8
4. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...			3		3		2		8
5. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...	0		3			2			5
6. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...			2	0					2
7. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...			0						0
8. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...		2	2			2			6
9. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...		1	2			3			6
10. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...			0						0
11. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...		0	2		0				2
12. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...		1		0	1	0			2
13. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...	0		1						1
14. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...					0		0		0
15. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...				0					0
16. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...		0	2						2
17. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...	0	1	2		2	0			5
18. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...	0		2	1		1	3		7
19. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...						0			0
20. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...			0		0				0
21. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...							1		1
22. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...					3				3
23. Cuando voy con los amigos a jugar con ellos...	0	1	3	1	1	2	1		
Buscar trabajo y estudiar									
TOTAL	0	6	23	1	13	11	7	61	TOTAL

ASEGURESE DE HABER RELENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO