



**Universidad
Europea** MADRID

Un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada desde la Terapia Análisis Transaccional

Máster de Psicología General Sanitaria 2020/2022

Autor/a: Mercedes Burdiel Gutiérrez
Tutor/a: Enrique Gallego Granero

Resumen

En el presente estudio clínico se expone un paciente diagnosticado de Trastorno de Ansiedad Generalizada con rasgos de conductas obsesivas-compulsivas. La paciente solicitó intervención terapéutica de manera voluntaria, en julio de 2021, refiriendo tener problemas de ansiedad de manera cotidiana. Presentaba síntomas como taquicardia, fuerte llanto, sensación de ahogo o angustia, entre otros. A los dieciséis años recibió tratamiento psicológico por conductas compulsivas relacionadas con rituales de comprobación antes de irse a la cama. Estas se vieron reducidas, pero aparecieron otras – atracones, tricotilomanía–. Tras la evaluación se establecieron los objetivos terapéuticos de manera conjunta y ajustada a las características individuales de la paciente. El tratamiento terapéutico se está llevando a cabo mediante la combinación del Modelo Análisis Transaccional –juegos psicológicos, guion de vida, niña interior– y el Modelo Cognitivo-Conductual –psicoeducación–. La intervención aún no ha finalizado, hasta el momento se han realizado 15 sesiones de manera semanal y de cincuenta minutos aproximadamente de duración. Los cambios obtenidos hasta el momento son notorios, aunque parciales. La paciente es capaz de percibir sus emociones y controlarlas en diferentes situaciones, así como establecer relaciones saludables. También se percibido una mejoría notable en las conductas compulsivas.

Palabras clave

Ansiedad generalizada, análisis transaccional conductas obsesivas, deshago emocional.

Abstract

In the present clinical study, a patient diagnosed with Generalized Anxiety Disorder with obsessive-compulsive behavior traits is exposed. The patient voluntarily requested therapeutic intervention in July 2021, referring to having anxiety problems on a daily basis. He presented symptoms such as tachycardia, loud crying, a feeling of suffocation or anguish, among others. At the age of sixteen, he received psychological treatment for compulsive behaviors related to ritual checking before going to bed. These were reduced, but others appeared –binge eating, trichotillomania–. The therapeutic treatment objectives were established jointly and adjusted to the individual characteristics of the patient. The therapeutic treatment is being carried out by combining the Transactional Analysis Model –

psychological games, life script, inner child– and the Cognitive-Behavioral Model –psychoeducation–. The intervention has not yet finished, so far 15 sessions have been carried out weekly and lasting approximately fifty minutes. The changes obtained so far are notable, although partial. The patient is able to perceive her emotions and control them in different situations, as well as establish healthy relationships. A notable improvement in compulsive behaviors was also perceived.

Keywords

Generalized anxiety, transactional analysis, obsessive behaviors, emotional release.

ÍNDICE

1.	Introducción	5
1.1.	Trastorno de Ansiedad Generalizada	5
1.2.	Trastorno Obsesivo-Compulsivo	7
1.3.	Análisis Transaccional.....	8
2.	Identificación del Paciente.....	11
3.	Estrategias de Evaluación	13
4.	Formulación Clínica del Caso	17
5.	Tratamiento	23
6.	Valoración del tratamiento.....	31
6.1.	Adherencia al tratamiento	31
6.2.	Consecución de objetivos.....	32
6.3.	Dificultades en la consecución de objetivos	34
7.	Discusión y Conclusiones	35
8.	Referencias Bibliográficas	41
9.	Anexos	45
9.1.	Anexo 1. Genograma.....	45
9.2.	Anexo 2. Caja de Arena	46

1. Introducción

1.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada

Los trastornos de ansiedad son uno de los problemas de salud mental más frecuentes en nuestros días, afectando al 6,7% de la población española, pudiendo alcanzar el 10,4% de la población si se incluyen síntomas o signos de ansiedad (Ministerio de Sanidad, 2020). Desde el inicio de la pandemia, la Covid-19, hasta la actualidad, se encuentra en creciente aumento (Santomauro et al., 2021). Estos trastornos son más frecuentes en las personas adultas, concretamente más en mujeres (Bados, 2017). A su vez, es uno de los trastornos más asiduo en los centros de atención primaria (Garay et al., 2019). No obstante, su diagnóstico suele realizarse de forma tardía, pues desde la aparición de los síntomas hasta la aplicación del tratamiento psicológico transcurre mucho tiempo (Macías-Carballo et al., 2019; García, et al., 2020).

El término de ansiedad proviene del latín *anxiatus*, congoja o aflicción. Es una reacción natural, adaptativa y saludable, la cual nos permite sobrevivir y reaccionar ante los problemas y adversidades de la vida. Sin embargo, conforme al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición (DSM-V, en adelante), cuando el miedo y la ansiedad aparecen de forma muy intensa y frecuente ante situaciones que no precisan de la misma (no peligrosas) y, ocasionando ante la persona un malestar psicofisiológico interfiriendo en el funcionamiento diario y en la calidad de vida, estamos ante un trastorno de ansiedad (Basile et al., 2015).

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG, en adelante) se categoriza dentro de los trastornos de ansiedad (DSM-V). Algunos pacientes con TAG aseguran que durante la infancia y adolescencia han presentado síntomas, aunque la edad de inicio es alrededor de los 20 años y los 30 años (Bados, 2017). “En estudios epidemiológicos alrededor del 60-70% de las personas con TAG son mujeres, aunque en contextos clínicos representan sólo el 55-60%” (Carter et al., 2001; Dugas y Ladouceur, 1997; Grant et al., 2005; Kessler et al., 1994; Wittchen et al., 1994, como se citó en Bados, 2017). Este trastorno se caracteriza por tener habitualmente un curso crónico, con ciertas fluctuaciones en presencia de los síntomas y ausentándose o agravándose en periodos de estrés. La remisión completa de dicho trastorno es muy baja (Bados, 2017).

Durante los años ochenta se admitió la preocupación excesiva como un criterio propio del TAG en el sistema diagnóstico operativo de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1987; Garay, 2019). La preocupación es la secuencia de pensamientos negativos sobre adversidades futuras, impredecibles y/o incontrolables generando suficiente incertidumbre a la persona (Dugas y Ladouceur, 1997; Dugas y Robichaud, 2007; Rapee, 1995 citados en Bados, 2017). Craske y Barlow (2006, como se citó en Bados, 2017), aluden que los temas más comunes de las preocupaciones son la salud; los amigos; la familia; el compromiso laboral; la responsabilidad académica; la vida cotidiana; y, la economía. El TAG también se caracteriza por la ansiedad, la cual se define como una respuesta emocional de malestar o inquietud ante la percepción de un peligro (Bados, 2017). Así pues, según el DSM-V dicho trastorno se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), conforme a diversos sucesos o actividades, siendo complicado controlar dicha preocupación durante al menos seis meses y produciéndose prácticamente todos los días. La ansiedad y la preocupación deben estar asociadas a alguno de los síntomas como inquietud o sensación de estar atrapado; fatiga; dificultad para concentrarse; irritabilidad; tensión muscular o; problemas de sueño provocando un deterioro en el funcionamiento de las áreas importantes de la vida (APA, 2014).

Respecto a la etiología, su origen puede ser ocasionado por la combinación de dos tipos de factores: ambientales y genéticos (Bados, 2017). Por una parte, la vulnerabilidad biológica se refiere a una hipersensibilidad hacia el estrés determinada genéticamente y los rasgos temperamentales con un alto componente genético como afectividad negativa o la evitación del daño. En cambio, se estima que la carga genética es moderada y su heredabilidad se encuentra entre el 32% (Shimada-Sugimoto et al., 2015). En contra, la vulnerabilidad psicológica se origina en las experiencias evolutivas estresantes y/o negativas, ocasionando una sensación de incapacidad para hacer frente a los eventos (Bados, 2017). Las personas con TAG han sufrido muchos eventos traumáticos en el pasado y suelen presentar un apego inseguro.

1.2. Trastorno Obsesivo-Compulsivo

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC, en adelante) es uno de los trastornos psicológicos más incapacitantes. Provoca un deterioro en el funcionamiento social, laboral y familiar de aquellos que lo padecen, afectando al 1.1% de la población (García et al., 2020; Bados, 2015).

El TOC se categoriza en el DSM-V en “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados”. Suele comenzar en la adolescencia o al inicio de la vida adulta. Se estima que más de la mitad de las personas que lo sufren, en concreto los hombres, los primeros síntomas se aprecian a los doce años o antes (De la Cruz, 2018; Bados, 2015). Las personas con un inicio temprano del TOC suelen presentar mayor gravedad en los síntomas (Taylor, 2011). Este trastorno se manifiesta de forma gradual, con un curso crónico, oscilante y escasa tasa de remisión (Bados, 2015).

El trastorno obsesivo-compulsivo según el DSM-V se caracteriza por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas. Las obsesiones se definen como pensamientos, impulsos o imágenes persistentes y recurrentes percibidas por la persona como intrusas e inadecuadas. Estas obsesiones producen un alto nivel de ansiedad o malestar. Las compulsiones se entienden como comportamientos o actos mentales reiterativos que realiza la persona en respuesta a una obsesión o conforme a reglas que se deben aplicar rígidamente. El fin de las compulsiones es prevenir o reducir la ansiedad, el malestar y/o evitar las situaciones temidas. Sin embargo, estos actos mentales no están conectados de un modo realista con lo que se busca neutralizar o prevenir (APA, 2014). Según la persona que sufre TOC la frecuencia y duración de las obsesiones puede variar. En ocasiones las obsesiones aparecen de manera esporádica a lo largo del día, mientras que en otras personas aparecen recurrentemente durante el día (Bados, 2015).

Con respecto a la comorbilidad, el TOC puede presentarse con otros trastornos mentales provocando en la persona peor calidad de vida, inestabilidad emocional, problemas a nivel laboral o familiar. En concreto, se relaciona con trastornos de alimentación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno bipolar o depresión mayor entre otros (De la Cruz, 2018).

Las conductas obsesivas-compulsivas de la paciente fueron abordadas e incluso reducidas a los dieciséis años. El estado de ansiedad continuo que presenta actualmente ha provocado la aparición de nuevas

conductas obsesivo-compulsivas. Se entiende entonces que los síntomas de la paciente (ansiedad e ideas obsesivas) tienen una raíz en su apego inseguro, es por ello que el terapeuta considera que para adecuarse a las necesidades particulares debe intervenir desde una orientación humanista como es la teoría del análisis transaccional.

1.3. Análisis Transaccional

El Análisis Transaccional nace en los años cincuenta por Eric Berne (1910-1970), Psiquiatra de la Universidad de Yale en 1941. Continuó su formación psicoanalítica junto a Erik Erikson (Durán et al., 2017). Eric Berne conformó un sistema de intervención psicológica basado en la observación de la psicoterapia de grupos, fundamentado en el modelo teórico del psicoanálisis y a su vez expresaba contradicciones del mismo (Duran et al., 2017).

El análisis transaccional es una teoría humanista de la personalidad y de las relaciones humanas la cual nos ayuda a comprender la estructura psicológica de la persona por medio del guion de vida, la teoría de los estados del yo y las transacciones (Saéz, 2001). Todos ellos permiten tomar consciencia de las creencias limitantes, de los patrones de conducta y las relaciones aprendidas durante la infancia (Martorell, 2019).

El guion de vida se define a partir de la infancia como un plan de vida y en respuesta a la relación mantenida con los progenitores. Este es necesario y personal (Martorell, 2019). “Un guion es un plan de vida formado en la primera infancia bajo la presión parental y que después continua en vigor. Es la fuerza psicológica que impulsa a la persona hacia su destino, tanto si la persona la combate como se dice que es libre voluntad” (Eric Berne, 1972).

Los estados del yo son un conjunto de pensamientos y emociones vinculados a unos patrones de conductas observables (Martorell, 2019). Cada una de estas conductas funciona según sus propias reglas, de manera independiente y concreta. La activación de los estados del yo tiene una relación directa con la situación vivencial del presente y tan sólo se manifiestan de uno en uno (Sáez, 2008). Se diferencian tres: niño, padre y adulto. Todos ellos son necesarios para lograr una estabilidad personal (Martorell, 2019).

Durante la infancia se viven las primeras experiencias y relaciones, las cuales pueden influir a lo largo de la vida. También se experimentan las emociones más básicas del ser humano y se desarrolla la creatividad. El niño –arqueopsique– alude a que las personas se comportan en el presente de la misma manera que lo hacían cuando eran niños (Martorell, 2019).

- Niño natural. Es impulsivo y espontáneo, expresa sus deseos y emociones tal y como las siente – alegría, rabia– en ese momento.
- Niño intuitivo. Es creativo e imaginario, la intuición es un apoyo importante en el desarrollo de la vida.
- Niño adaptado. Tiene la capacidad de adaptarse a las situaciones. Las malas adaptaciones recrean la situación en las que se instauraron, se caracterizan por los sentimientos de miedo o culpa. En cambio, las buenas adaptaciones liberan.

El padre –exteropsique– es capaz de ofrecer normas e ideas que permiten resolver situaciones que producen inseguridad. El problema se ocasiona cuando el padre en vez de utilizar el razonamiento para resolver una situación recurre a una idea o norma fija (Martorell, 2019). Este estado del yo se caracteriza por dos funciones:

- Padre crítico. Es autoritario, ordena y establece límites. En ocasiones es necesario, pero no siempre debe actuar como tal.
- Padre protector. Es capaz de ofrecer confianza y prevenir situaciones peligrosas. Debe evitar la sobreprotección y potenciar el desarrollo de la autonomía.

El adulto –neopsique– se caracteriza por mostrar interés y ser capaz de analizar lo que ocurre aquí y ahora (Saéz, 2008). Tiene la capacidad de apreciar tanto la realidad externa como interna, de recibir la información, procesarla y clasificarla según sus experiencias del pasado (Martorell, 2019). El adulto hace referencia a una persona carente de emociones y que actúa de manera racional. Lo esperado de un adulto es una persona que, además de ser capaz de realizar análisis, sea capaz de expresar sus pensamientos y emociones (Martorell, 2019).

En la teoría del análisis transaccional la comunicación entre las personas es relevante. Una transacción se define como una unidad de relación social (Sáez, 2001). La manera de distinguir las transacciones reside en prestar atención a los estados del yo involucrados en la comunicación –estímulo y respuesta– entre las personas (Martorell, 2019). Las transacciones se llevan a cabo a través de los juegos psicológicos.

Los juegos psicológicos son uno de los instrumentos que se lleva a cabo en la terapia de análisis transaccional (Sáez, 2001). Se entiende por juego psicológico la manera de relacionarse que tienen dos o más personas (Martorell, 2019), buscan satisfacer las necesidades básicas y vitales generadas durante la infancia. Se caracterizan por ser generalizados, repetirse continuamente, siempre de manera semejante, impidiendo una correcta comunicación y, siempre se dirigen a un mismo resultado –no experimentar buenos sentimientos– (Sáez, 2001; Martorell, 2019). Generalmente, son narraciones que programan los jugadores y su comportamiento, suponen un uso del poder (Martorell, 2019), impidiendo mejorar las relaciones interpersonales. La finalidad en terapia no es suprimirlos, sino reemplazarlos por modelos de relación saludables. Algunos de los juegos más utilizados son (Falcón, 2013):

- Tú me metiste en esto. Culpa siempre a otra persona con el fin de eludir la responsabilidad.
- El mío es mejor que el tuyo. Busca la superioridad en cualquier situación.
- Sólo trato de ayudar. Cree que es imprescindible, se posiciona como víctima.
- Arrinconado. No entra en el juego, se mantiene en un lugar seguro porque considera que no tiene salida.

El objetivo del análisis transaccional es la reparentalización. Es decir, la capacidad de olvidarse del guion de vida basado en las primeras experiencias y decisiones tomadas durante la infancia. Estas se pueden reproducir en la actualidad de manera inconsciente y causando sufrimiento. De esta manera, se logra tomar consciencia de las decisiones y situaciones que se presentan en la actualidad alcanzando una personalidad integradora.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

En el presente estudio se tratará el caso de Jimena, nombre figurativo, con el objetivo de proteger su identidad y venerar el código deontológico profesional conforme a la Ley Orgánica de Protección de datos. La paciente fue diagnosticada de un trastorno de ansiedad, según el DSM-V (APA, 2014) por el departamento de psiquiatría del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Jimena es una joven de veinticinco años de edad y estudiante de una oposición del grupo A-1.

Es la mayor de una familia compuesta por su madre biológica, su padrastro –al que refiere llamarlo papá– y una hermana nueve años menor que ella, todos ellos conviven en la casa familiar al sur de la Comunidad de Madrid. Refiere tener muy buena relación entre ellos, en especial con su madre. Respecto a su padre biológico menciona tener escaso contacto con él e informa de la separación entre sus padres cuando ella tenía tan sólo dos años. Disponen de un nivel socioeconómico medio, pues su madre es funcionaria y su padrastro camionero. Así como un nivel sociocultural medio-alto.

En cuanto al área sentimental, desde hace cinco años Jimena comparte su vida con su pareja –no conviven juntos–. Lo define como una persona con creencias muy rígidas, lo que provoca constantes enfrentamientos entre ellos y debates por saber quién tiene razón. Aun así, visualiza su futuro con él y formando una familia en el futuro.

Tanto la paciente como su novio tienen el mismo grupo de amigos con el que suelen salir y hacer planes cada vez que la preparación de la oposición se lo permite.

Jimena realiza una llamada telefónica solicitando una primera sesión, refiere tener problemas de ansiedad para afrontar diferentes situaciones de su vida diaria. Además, informa que cuando tenía dieciséis años acudió a consulta psicológica por conductas compulsivas relacionadas con rituales de comprobación antes de irse a la cama.

En la sesión inicial se realiza una primera evaluación en la que Jimena detalla las características de su problema de ansiedad. Refiere padecer altos niveles de la misma ante situaciones imprevistas desde que tiene conciencia de sí misma. La paciente es una mujer con unas creencias muy rígidas y con mucha

resistencia al cambio de estas. Es una persona que precisa de un alto locus de control externo provocando que padezca un nivel de ansiedad elevado cuando pierde dicho control.

Durante la primera evaluación, se detectaron una serie de conductas problema en los tres sistemas de respuestas a causa de la pérdida de control de ansiedad. A nivel fisiológico, Jimena padecía irritabilidad con las personas de su alrededor, temblores, sensación de ahogo, tensión muscular localizada en la parte superior de la espalda y en el cuello, además de fuerte llanto. A nivel motor, manifestaba movimientos repetitivos, atracones e inquietud motora. A nivel cognitivo, se detectan pensamientos negativos sobre su actuación ante los demás, temor a que detecten sus dificultades, necesidad de aprobación, así como un alto nivel de autoexigencia y perfeccionismo.

3. Estrategias de Evaluación

El plan terapéutico incluye cuatro sesiones de evaluación y 15 sesiones de intervención hasta el momento. La evaluación psicológica previa al tratamiento tuvo tres funciones principales. En primer lugar, consistió en obtener la información necesaria para conocer de manera más detallada el problema. De esta manera, poder realizar una intervención apropiada y ajustada a la demanda de la paciente. Así como, establecer las hipótesis de origen y mantenimiento de las conductas problema. Por otro lado, establecer los objetivos terapéuticos a trabajar durante la intervención terapéutica de manera conjunta. Así mismo, y de manera simultánea, se buscó establecer y desarrollar una férrea alianza terapéutica para favorecer la adherencia al tratamiento, garantizando la confidencialidad.

Los instrumentos de evaluación empleados en estas primeras sesiones se describen a continuación.

La entrevista semiestructurada es una herramienta de evaluación de gran utilidad, permite al terapeuta recabar y evaluar la información necesaria para la intervención psicológica (Tejero, 2021). Esta herramienta se aplicó en las cuatro sesiones de evaluación en las cuales se recabó la siguiente información:

- Definición de las conductas problema. Indicando la frecuencia, la duración e intensidad de las mismas y los síntomas ocasionados a ellas.
- Recoger las respuestas motoras, cognitivas, fisiológicas y emocionales de las conductas problema.
- Reconocer situaciones en las que se hacen presentes las diferentes conductas.
- Obtención de la historia clínica del paciente. Los antecedentes personales y otros problemas psicológicos del pasado.
- Interferencia del problema en las distintas áreas de su vida.

El genograma es una herramienta de evaluación creada por Bowen a mediados del siglo XX, desde entonces se ha ido modificando. Esta herramienta es una representación gráfica de una familia de, al menos, tres generaciones (Anexo 1). Recoge información básica de la familia, la cual permite establecer una primera hipótesis acerca de la relación entre la conducta problema y el contexto familiar (Suárez, 2010). La realización de un genograma se compone del trazado de la estructura familiar; recogida de la

información básica, como información demográfica –nombre, edad, fechas de nacimiento y fallecimiento, separaciones, núcleo familiar–, reflejo de enfermedades o toxicomanías; y, delineado de las relaciones familiares (Suárez, 2010).

En la segunda sesión de evaluación, junto a Jimena, se realizó el genograma de su familia. En él se observa la separación de sus padres cuando ella tenía cuatro años. Así mismo, la relación con su padre biológico es distante, incluso verbaliza “me gustaría que mi padre no sólo me llamara o me viera cuando a él le viene bien”. Este distanciamiento es fruto de la aparición y desaparición de la figura paterna desde la separación. Actualmente convive junto a su madre, con la que mantiene una muy buena relación y considera un pilar muy importante en su vida. También, convive con el marido de su madre, al que llama papá y lo considera como tal. En el mismo domicilio, se encuentra su hermana con la que se lleva nueve años y mantiene una relación espacial, con ciertos desencuentros habituales en la relación entre hermanas.

La línea de la vida (Villegas, 2013) es una técnica del proceso terapéutico, con perspectiva humanista y sistémica, la cual ofrece información sobre el paciente.

Esta técnica consiste en crear una línea –gráfica o imaginaria– con los acontecimientos vitales más relevantes de la historia de una persona, desde su inicio hasta el momento actual. La línea de la vida resalta los momentos de cambio, la dirección de la historia personal, así como las proyecciones futuras.

Todas las personas son una historia de vida que representa las experiencias, los aprendizajes de nuestro pasado. Esto se forma a partir de los recuerdos de las diferentes vivencias y que, de un modo, delimitan el camino a seguir. A partir la línea de la vida, las personas adquieren autoconocimiento y confianza en ellos mismos.

Al finalizar la segunda sesión de evaluación, se informó a Jimena que debía de realizar la línea de la vida como tarea para la próxima sesión.

Durante la tercera sesión de evaluación se trabajó junto a la paciente la línea de vida realizada en casa. En ella, destaca la separación de sus padres y la ausencia de la figura paterna durante muchos años. Considera que en momentos importantes de su vida o situaciones –cumpleaños, navidades, graduación– en las que ha requerido la presencia del mismo, éste se ha mostrado ausente, no ha estado a su lado.

Durante su adolescencia, hace referencia a las discusiones con su madre y la necesidad de estar por encima de los demás. Empieza a tener miedos, derivando en conductas obsesivas por las que acude al psicólogo. Hasta la actualidad, menciona situaciones en las que ha discutido, sobre todo con chicos y amigas, generándole episodios de ansiedad. Es reseñable la necesidad de aprobación durante su vida –en la infancia por sus tías paternas, en la adolescencia y en la actualidad, por sus padres y novio–, el nivel de autoexigencia y perfeccionismo.

La caja de arena es una técnica creada y desarrollada por Margaret Lowenfeld y Dora Kalff (Gonzalo, 2013). Margaret Lowenfeld descubrió que a través del juego los niños conectaban con una parte de sus pensamientos, de sus emociones y recuerdos de experiencias anteriores (Alzate et al. 2016).

Esta herramienta es multidimensional, se utiliza en terapia psicológica con niños, con adolescentes y con adultos. La función principal es establecer un puente entre la realidad exterior y el mundo inconsciente de la persona (Gonzalo, 2013) y, como consecuencia, fomentar la situación de transferencia y de resistencia (Alzate et al. 2016).

La caja de arena se realiza en silencio, pues es necesario que la persona conecte con su mundo interior y pueda exteriorizarlo (Gonzalo, 2013). Además, promueve una relación empática con el paciente sin temor a ser juzgado (Alzate et al. 2016). Esta técnica psicológica consiste en crear representaciones simbólicas a través de las figuras –en silencio–. Una vez terminado, el terapeuta guía a la persona a narrar la historia creada en dicha caja.

En un estudio realizado en China (Cao et al., 2013) emplearon esta técnica complementada por otras en niños con Síndrome de Asperger. El resultado obtenido fue que la caja de arena mejora el desarrollo del bienestar psicológico y las habilidades de comunicación interpersonal.

En la cuarta sesión de evaluación se realizó la caja de arena (Anexo 2). El terapeuta le explicó que podía todos los elementos que quisiera –playmobil, animales, árboles– y debía colocarlos en la caja de arena creando su mundo.

Jimena creó su mundo diferenciando un lugar feliz –al lado derecho de la caja– y un lugar oscuro en el que se encontraba ella –al otro extremo de la caja, en el lado izquierdo–. En el lugar feliz se encontraban su

madre, su padrastro, su hermana y su novio. En cambio, al otro lado, en primera línea estaba ella. Y, en segunda línea, un dragón, una calavera y un fuego.

Con esta representación Jimena pudo expresar y exteriorizar su ansiedad, cómo percibe su vida y a los demás.

En el lugar feliz, se encontraban dos reyes, un policía y un hada madrina. Los reyes corresponden a su madre y a su padrastro, ya que considera que son las personas más importantes de su vida y sus referentes. Constantemente busca la aprobación de ellos. El hada madrina hace referencia a su hermana, con la que tiene una relación muy estrecha. Siempre que Jimena no es capaz de verbalizar cómo se siente o lo que necesita, lo hace su hermana por ella, interviniendo entre los padres y Jimena. Y, la figura que representa a su novio es un policía, elegido por ser una figura autoritaria y capaz de controlar la vida de Jimena hasta donde ella le permite. En ocasiones, esta figura le viene bien porque le hace pensar en algunos aspectos. En cambio, no le gusta que su novio tenga esta actitud sobre ella cuando coacciona la libertad de sus actos.

En cuanto al lugar oscuro, ella se representa como una niña. Considera que no es capaz de superar las expectativas que tienen sus padres y su novio sobre ella. Así como, una persona que se hace pequeña ante los problemas y no sabe enfrentarse a ellos. El dragón, las llamas y calaveras representan las reacciones conductuales que tiene la paciente cuando no sabe afrontar la situación, no consigue lo que ella quiere. Estas reacciones –lloros, pataletas– se dan siempre, independientemente de que dependa o no de ella. Así mismo, con estas figuras quiso representar el daño que puede hacer a los demás.

Es necesario reseñar la ausencia del padre biológico, al que se refirió como una persona que no forma parte de su vida en el día a día. Una persona que no la quiere y nunca se ha preocupado por ella.

4. Formulación clínica del caso.

El terapeuta tras el análisis de las pruebas de evaluación –genograma, línea de vida y caja de arena–, consideró que las manifestaciones verbales de la paciente confirmaban los datos obtenidos en su historia de vida. Corrobora la presencia de presión familiar, tanto por parte de los padres como por parte de su pareja, quien ejerce como medio de control cuando los padres no están presentes –playmobil de policía–. Así mismo, es reseñable que constantemente busca la aprobación de estas personas para sentirse bien con ella misma. Respecto a su hermana, se interpreta que es la persona que le auxilia cuando Jimena no sabe afrontar una situación. De hecho, las reacciones en dichas situaciones por parte de la paciente suelen ser lloros o rabietas de larga duración –pueden durar varias horas–. Estas reacciones se dan siempre, independientemente de que la situación dependa o no de ella. En la caja de arena lo representó mediante un dragón que se encuentra en ella misma, del cual no está orgullosa ni le gusta exteriorizarlo cuando se enfada pues, tiene miedo a hacer daño a los demás.

Una vez finalizada la fase de evaluación y para el correcto análisis del caso, se plantean dos tipos de hipótesis en relación al origen y mantenimiento de la conducta problema. La hipótesis de origen refleja la causa de la conducta problema, considerando las variables individuales y los elementos contextuales presentes en el comienzo del problema. En cuanto a la hipótesis de mantenimiento, aporta información sobre los elementos que refuerzan la conducta y aquellos que evitan su extinción. Es decir, por qué en la actualidad la conducta problema continúa realizándose.

Respecto a la hipótesis de origen, Jimena ha tenido experiencias vitales –separación de los padres, abandono figura del padre– que han favorecido el desarrollo de síntomas ansiosos y conductas obsesivas. Además, durante el desarrollo de su infancia, sus progenitores –madre biológica y padrastro– fueron depositando en la paciente una serie de expectativas sobredimensionadas a nivel educativo, social y laboral. Dichas expectativas, han influido y aumentado aún más la necesidad de Jimena de aceptar cualquier solicitud familiar. Esta exigencia propia es por el miedo a carecer del afecto familiar y subsecuente abandono “no soy capaz de decirle a mi padre que no, no quiero que deje de quererme”. Los rasgos de personalidad obsesiva –factores predisponentes–, contribuyen al origen de la conducta problema y posterior mantenimiento de la misma.

En relación a la hipótesis de mantenimiento, se hallaron una serie de factores que mantienen la conducta problema. A día de hoy, Jimena continúa recibiendo, por parte de su entorno familiar, mensajes que ella considera de presión para la consecución de objetivos. Estas frases como, por ejemplo, “eres una máquina” o “enhorabuena”, en lugar de ser un estímulo para ella, le generan emociones desagradables “no ven que no soy una máquina, soy un ser humano con sentimientos y he sufrido para llegar hasta aquí” o “me dan la enhorabuena sin saber lo que he sufrido, solo quieren ver el resultado y no les importa como esté hasta conseguirlo”. La paciente considera que quienes se lo dicen no tienen en cuenta el sacrificio que ella ha hecho para conseguir las metas que se ha ido marcando. La expectativa familiar según la paciente es muy grande, siente que es capaz de alcanzar sus objetivos, pero nunca llega a la altura de los demás “me siento pequeña”. Este tipo de mensajes se ven reforzados aún más desde hace cinco años por su pareja. Éste repite exactamente las mismas expresiones de ánimo que su familia e incluso en algunas situaciones llega a mostrar más dureza en sus manifestaciones.

Todos estos mensajes se han visto intensificados desde hace cuatro años, debido a que dedica todo su tiempo a estudiar una oposición con un nivel de dificultad muy elevada. Desde entonces, padece un malestar emocional –angustia, preocupaciones persistentes, irritabilidad– característico de la ansiedad, a causa de la interpretación que ella realiza de sus propios pensamientos –metacognición–. Esto se suma a la forma que tiene de asumir los comentarios que realizan en su entorno, puesto que la paciente los traduce en falta de comprensión ocasionándole altos niveles de ansiedad.

Estas dos variables, junto a la introyección propia que la paciente ha hecho durante la infancia sobre los mismos mensajes, se convierten en una fuente de retroalimentación que sigue manteniendo la conducta problema hasta el momento presente.

La paciente posee escasas habilidades adaptativas y una comunicación asertiva limitada, característico de su personalidad, que condiciona las relaciones interpersonales tanto en el contexto familiar como social. De tal modo que, para no afrontar situaciones que le produzcan estrés, incomodidad o desasosiego, evita o huye de dichas circunstancias. Realiza conductas compensatorias –morderse, tricotilomanía, control de peso, atracones– para huir de dichas situaciones por la falta de control externo que la paciente posee, con el objetivo de disminuir su malestar emocional. Jimena no posee un locus de control interno adaptativo,

no es capaz de controlar, dirigir o afrontar las experiencias vitales. Por lo que, su homeostasis interna tiene la necesidad de sentirse controlada por algo o alguien para sobrevivir.

Respecto al temor a que dejen de quererla, Jimena es capaz de aceptar cualquier solicitud de las personas de su entorno, en concreto, aquellas por parte de su padre biológico. Por ello, no es capaz de rechazar las demandas que éste le hace, e incluso, realizar conductas que no suele estar acostumbrada a hacer “los domingos nunca me arreglo, pero ese día me maquillé y me puse guapa para que mi padre me viera”. Esto le produce cierto enfado y rechazo hacia ella misma, llegando a ocasionarle episodios de ansiedad. Sin embargo, es capaz de realizar persistentemente conductas de llamas de atención. Estas conductas suelen darse en situaciones en las que considera que su familia conviviente y su padre biológico deben centrarse en ella. Incluso, según su parecer, cuando en el paso del tiempo no ha recibido ningún interés por ellos.

Con la finalidad de profundizar en la topografía de las conductas problema de Jimena, a continuación, se expone el análisis funcional de los comportamientos que se consideran fundamentales para el tratamiento. Principalmente, se destacaron cuatro conductas problema: nivel alto de autoexigencia y perfeccionismo; temor a detectar las dificultades; pensamientos negativos intrusivos; y, necesidad de aprobación. Es necesario reseñar que, el hecho de estar estudiando una oposición, la falta de tiempo para las relaciones sociales y la inflexibilidad en las actividades cotidianas, hacen que el malestar de la paciente sea mayor. Jimena huye de las situaciones que le generan malestar emocional y, realiza conductas desadaptativas –arrancarse el pelo, autolesiones, atracones–. A corto plazo, estas conductas disminuyen el nivel de ansiedad y el nivel de malestar –refuerzo negativo–. Esto hace que, a medio y largo plazo, se mantenga el problema con un aumento de las conductas obsesivas, un desgaste en las relaciones interpersonales debido a su déficit de asertividad, así como un aumento del cansancio o disminución de la capacidad de concentración.

Tabla 1

Análisis Funcional de la conducta problema

Antecedentes	Conducta	Consecuentes
Lejanos	Nivel cognitivo	Corto plazo
Externos	Alto nivel de autoexigencia y perfeccionismo	Refuerzo (-). Alivio del estrés al morderse
Divorcio de sus padres		
Abandono del padre biológico	<i>“Quiero ser la mejor en mi oposición”</i>	Refuerzo (-). Reducción de la ansiedad al arrancarse el pelo
Internos	<i>“No puedo equivocarme”</i>	
Rasgos de personalidad obsesiva		
		Largo plazo
Próximos	Pensamientos intrusivos negativos	Castigo (-). Desgaste de las relaciones
Externos	<i>“Si me lavo el pelo otro día al que me corresponde, algo malo va a pasar”</i>	Castigo (+). Aumento de las conductas obsesivas
Presión familiar		
Relación con su pareja	<i>“El mundo está contra mí”</i>	Castigo (-). Disminución de la capacidad de concentración
Internos	<i>“Si no veo a mi padre, él va a dejar de quererme”</i>	Castigo (+). Cansancio, enlentecimiento motor
Déficit de asertividad		
Carencia de habilidades adaptativas		
	Necesidad de aprobación	
	<i>“Quiero que todo el mundo esté orgulloso de mí”</i>	
	<i>“Quiero ser perfecta para la</i>	

*familia de mi padre
biológico”*

Nivel fisiológico

Sensación de ahogo
Taquicardia
Tensión muscular
Fuerte llanto
Cansancio

Nivel motor

Inquietud motriz
Comportamiento motor
repetitivo
Atracones
Tricotilomanía

Nivel emocional

Irritabilidad
Miedo
Angustia

De acuerdo al análisis funcional y a partir, de las necesidades y objetivos de la paciente, se estableció como meta principal de la intervención reparar el vínculo interno con ella misma y con su familia, así como ofrecer un referente interno más saludable. Del mismo modo, se consideró que se establecería como meta la reducción y consecuente eliminación de los niveles de ansiedad. Los objetivos terapéuticos acordados de manera conjunta, fueron los siguientes:

- Aprendizaje del origen histórico de las necesidades emocionales del paciente.
- Fomentar una comunicación asertiva –relaciones interpersonales–.
- Disminuir los síntomas fisiológicos relacionados con la ansiedad.
- Reducir la frecuencia, intensidad y duración de las preocupaciones.
- Minimizar las conductas obsesivas –horarios de comida, lavado de pelo, inflexibilidad actividades cotidianas–.
- Controlar los impulsos –tricotilomanía, autolesiones–.
- Reparar el apego hacia sus progenitores y buscar referentes internos.

5. Tratamiento

El tratamiento terapéutico abarca 15 sesiones previas a la finalización de las prácticas, de una hora de duración y con una periodicidad de una sesión por semana. El tratamiento se vio interrumpido en las vacaciones de Navidad, durante el cual no se realizaron sesiones. Sin embargo, se establecieron tareas para casa que hicieron posible continuar con la intervención.

La selección del tratamiento se realizó siguiendo la orientación del terapeuta. El desarrollo del mismo se fundamentó en un enfoque integrativo como es el Análisis Transaccional de Eric Berne. La meta terapéutica de este modelo de intervención es que la persona deje de utilizar el guion de vida –una manera de comportarse aprendida en situaciones de alta intensidad emocional durante la infancia–. Así como, tomar decisiones de manera más consciente y coherente con el desarrollo personal de la persona, siendo capaz de actuar de una manera más saludable. Para la consecución de algunos objetivos terapéuticos combinó su orientación con el modelo de intervención cognitivo-conductual.

Tabla 2

Cronograma de las sesiones de evaluación y tratamiento

Sesión	Objetivos	Técnicas
1	Motivo de consulta Recogida de información	Entrevista semiestructurada
2	Evaluación inicial Establecer hipótesis entre el contexto familiar y la conducta problema	Entrevista semiestructurada Genograma
3	Evaluación inicial Comprender el origen del problema	Entrevista semiestructurada Línea de vida
4	Evaluación inicial Abarcar la realidad exterior y el mundo inconsciente	Entrevista semiestructurada Caja de arena

5	Devolución de la información Explicación del tratamiento Establecimiento de objetivos terapéuticos Definición del concepto de ansiedad y triple sistema de respuesta	Entrevista semiestructurada Psicoeducación
6	Repasar el concepto de ansiedad y triple sistema de respuesta Conocer las atribuciones rígidas en los modos de ser Mistificación de la experiencia (miedo al conflicto)	Psicoeducación Guion de vida
7	Entender las emociones y su funcionalidad vinculadas a las conductas observables Aprender a identificar y gestionar las emociones	Deshago emocional Psicoeducación Estados del Yo
8	Analizar y comprender los conflictos interpersonales Explicar las posición del triángulo: perseguidor, salvador y víctima	Deshago emocional Psicoeducación Triángulo dramático de Karpman
9	Reconocer el estilo de comunicación en las relaciones interpersonales Reemplazar los modelos de relación por unos saludables	Deshago emocional Transacciones Juegos psicológicos Técnicas de asertividad
10	Identificar las órdenes ligadas a la supervivencia (creencias irracionales)	Deshago emocional Mandatos
11	Reconstruir la imagen infantil de sí misma de forma nítida y fiable	Deshago emocional Fotografías
12	Revisar los contenidos vistos hasta el momento	Técnicas descritas anteriormente

13	Aprender a dividir sus reacciones emocionales en parte simples para manejarlas más eficientemente	Deshago emocional Trabajar por partes
14	Aprender a dividir sus reacciones emocionales en parte simples para manejarlas más eficientemente	Trabajar por partes
15	Aprender a dividir sus reacciones emocionales en parte simples para manejarlas más eficientemente	Deshago emocional Trabajar por partes
16	Reprocesar las experiencias pasadas y presentes	Deshago emocional Niña interior

Como se ha mencionado anteriormente, las cuatro primeras sesiones consistieron en la evaluación y recogida de información necesaria para conocer el motivo de consulta. La obtención de la información se realizó a través de la entrevista semiestructurada, el genograma, la línea de vida y la caja de arena. Durante estas sesiones se entregó a la paciente los documentos imprescindibles para el comienzo de la intervención terapéutica. Estos documentos fueron los datos personales de Jimena, el consentimiento informado y la protección de datos. Así mismo, se explicó la obligación por parte del terapeuta a guardar el secreto profesional por lo que, en todo momento se garantizó la confidencialidad. Es necesario mencionar que, en el consentimiento informado, la paciente accedió a que la información recogida durante el proceso terapéutico se podría utilizar para fines educativos.

La quinta sesión se dividió en dos partes. El primer objetivo fue finalizar la fase de evaluación. Se hizo una devolución de información en relación al problema y las relaciones causales entre los pensamientos, las conductas y las emociones. Es decir, se explicó a la paciente el origen de sus problemas y qué consecuencias obtenía a corto y a medio/largo plazo. Durante esta sesión se acordaron de manera conjunta los objetivos terapéuticos del tratamiento y se plantearon las técnicas a utilizar para alcanzar cada uno de estos objetivos. De este modo, se buscó el compromiso en la terapia por parte de Jimena y lograr una buena adherencia al tratamiento. En los minutos restantes, se llevó a cabo una sesión de psicoeducación en la que se desarrolló el concepto de ansiedad –normal y patológica– y el triple sistema de respuesta –cognitivo, conductual y fisiológico–.

Al comienzo de la sexta sesión, se realizó una percepción del día anterior, así como un resumen del concepto de ansiedad y del triple sistema de respuesta. El objetivo era que la paciente entendiera lo que le estaba ocurriendo, qué desencadena y mantiene la ansiedad, así como, la reinterpretación de sus síntomas. Esto facilita una actitud menos defensiva ante un peligro anticipatorio o imaginario. A continuación, se llevó a cabo una sesión de psicoeducación sobre el guion de vida. Se explicó que éste se establece durante la infancia condicionado por las figuras parentales y, viéndose reforzado por las distintas experiencias vitales a medida que fue creciendo. Estos guiones pueden ser modificados progresivamente cuando la persona toma conciencia de aquellos factores que le condicionan y cuáles son los elementos según los que desea vivir su vida. Este objetivo de la terapia se trabajó en cada una de las sesiones pues, a medida que se trabajaron otros objetivos terapéuticos se fue descubriendo el guion de vida de la paciente. Así como, la reorganización de su propio guion.

En la séptima sesión, se destinó un tiempo a la validación emocional del paciente. Se manifestó a Jimena que el terapeuta aceptaba, comprendía y no juzgaba las emociones vinculadas a las experiencias de su historia de vida. Se revisaron situaciones que le habían generado un malestar emocional o porqué había evitado algunas de ellas –evitación experiencial–. Por ejemplo, el divorcio de sus padres, no ser el centro de atención en días importantes o mentir a su padre para no pasar un día con él. Esto se realizó con el fin de identificar y comprender las emociones relacionadas a las conductas observables. Se introdujo el concepto de los estados del yo a partir de una sesión de psicoeducación. Los estados del yo son tres: el padre, el adulto y el niño interior; estos se forman a partir de la infancia y se relacionan entre ellos. Es necesario reseñar que la consecución del objetivo a trabajar en esta sesión se observa en sesiones posteriores, pues el paciente debe observarlo y trabajarlo en su día a día.

La octava sesión comenzó con el deshago emocional de la paciente sobre lo sucedido durante la semana. Fueron unos días en los que empleó todo su tiempo a estudiar la oposición y evitó el conflicto con su pareja, aludiendo que no tenía tiempo para discutir. Tras este espacio, se comenzó a trabajar el objetivo de la sesión: analizar y comprender los conflictos interpersonales. Para ello, el terapeuta introdujo el concepto de triángulo dramático (Stephen Karpman) y posteriormente sus posiciones y las interacciones entre ellos. El triángulo dramático se caracteriza por el rol de perseguidor, el rol de salvador y el rol de

víctima. El perseguidor busca satisfacer sus necesidades actuando en interés propio, elaborando normas poco prácticas y haciendo que los demás las cumplan. El salvador se caracteriza por prestar ayuda a los demás a cambio de que se reconozca y crear dependencia, tienen la necesidad de ser buscados y requerir de ellos. En cambio, la víctima necesita ayuda y compasión constantemente del resto. Se expusieron diferentes situaciones con el fin de observar y explicar qué posición había adoptado la paciente y las personas involucradas en cada una de ellas. Puesto que, estos no son fijos y la persona puede adoptar uno u otro, e incluso varios roles en una misma situación dependiendo del momento. Se recomendó a Jimena que a lo largo de la semana siguiente observase qué lugar había adoptado en las circunstancias que se pudieran dar, con el fin de ser más consciente de ellos.

En la novena sesión el deshago emocional marcó el comienzo de la terapia, pues Jimena acudió con cierto nerviosismo por sus estudios y la relación con sus padres. Estos le habían sugerido que se presentase al tercer examen de otra oposición al que se estaba presentando para tener una experiencia previa. Tras este espacio se realizó un repaso de la sesión anterior ya que se iba a continuar trabajando en las relaciones interpersonales, pero en este caso el estilo de comunicarse a través de las transacciones y los juegos psicológicos. Estos últimos ayudan a satisfacer las necesidades mediante mensajes ocultos y hacia un resultado previsible. Se expusieron diferentes tipos de juegos desde los diferentes roles para que Jimena pudiera identificarlos y trabajarlos posteriormente. Es decir, se explicó la relación con el triángulo dramático, cómo se deben de reconocer en la propia persona y los demás, así como, la manera de impedirlos y salir de ellos. Respecto al segundo objetivo programado no se realizó debido a que, el terapeuta consideró que no era apropiado llevarlo a cabo en ese punto de la terapia. Hasta el momento, la paciente ha mostrado ser una persona muy emocional y regirse en sus patrones conductuales por las emociones del momento. Reemplazar los modelos de relación por unos saludables se habría intervenido mediante técnicas de asertividad. Se estimó que las situaciones en las que se iban a poner en práctica las técnicas de asertividad la paciente no iba a ser capaz de llevarlas a cabo debido al alto componente emocional de dichas situaciones.

En la décima sesión el objetivo fue reconocer las creencias irracionales a través de los mandatos. Esta técnica consiste en identificar los mensajes negativos generalmente implícitos que se aceptan por parte

de las figuras parentales. El terapeuta tras explicar qué son, cómo se conforman y de dónde vienen, se presentó a la paciente un documento con diferentes mandatos, con los cuáles debía de sentirse identificada. Algunos de los mandatos que Jimena reconoció fueron:

- No eres importante. Padres que siempre están ocupados y no pueden atender las necesidades de sus hijos. Estas personas tienen la necesidad de sentirse valoradas. Jimena constantemente busca y necesita la aprobación de los demás, concretamente la de sus padres y su pareja.
- No sientas, no llores. Las emociones no sirven, presentan bloqueos emocionales y les cuesta empatizar con los demás.
- No existas, no vivas. La vida es dura y para tener éxito hay que sacrificarse.
- No seas niño. Se exige al niño que asuma responsabilidades de adulto, les cuesta disfrutar de la vida y las necesidades de los demás están por encima de las propias. Desde que Jimena está estudiando se responsabiliza de los menús diarios y tareas de la casa.

Para trabajar en la sesión de la siguiente semana se le pidió a la paciente que trajera máximo diez fotografías de su infancia. Debía traer aquellas que representasen dicho periodo entre los 0 y los 10 años.

El objetivo de la undécima sesión fue reconstruir su imagen infantil de manera transparente y honesta. Merece especial mención las tres últimas fotografías, decidió ponerles nombre según lo que para ella representaban. Una fotografía decidió llamarla “responsabilidad” puesto que era una carta que había escrito con ocho años a su tía, la cual estaba atravesando un momento delicado. En ella se observa a una niña la cual busca responsabilizarse de tareas adultas, en concreto, cuidar de su prima pequeña. En la siguiente fotografía, a la cual se refiere como “perfección”, busca que su prima sonría en la foto puesto que era su quinto cumpleaños. Dado que su prima estaba llorando ella decide abrirle la boca para que sonría. La última fotografía la tituló “engaño”, en ella aparece su abuela disfrazada de papá Noel. Refiere que lloró en ese momento y se escondió en su cuarto porque descubrió que papa Noel llevaba las botas de su abuela. Los títulos de estas fotografías representan quién es Jimena y cómo se ha instaurado su personalidad a lo largo de su infancia.

En la duodécima sesión del plan terapéutico se revisó y unificaron todos los conceptos trabajados en las sesiones anteriores. El terapeuta decidió realizar esta sesión debido a que en las últimas se dieron prioridad al desahogo emocional de la paciente.

La sesión decimotercera comenzó con un tiempo para el desahogo emocional. Verbalizó el temor que tiene a que su padre biológico deje de quererla por no estar a la altura o no verlo cada vez que él se lo propone. Mostró enfado hacia su figura e incluso insistió en buscar la perfección para él y la familia de éste “no soy lo suficientemente alta, rubia, delgada para ellos y quiero serlo”. La paciente considera que su padre no quiere hablar con ella sin que haya más personas presentes por miedo a los reproches de ésta. En el último tramo de la sesión, el terapeuta introduce el trabajo por partes de la niña, haciendo referencia a la división de éstas. Como tarea, le propone buscar, identificar y describir para la próxima sesión las partes de su niña interior. El objetivo de esta sesión se pospuso para la siguiente semana.

Al comienzo de la sesión decimocuarta se realiza un breve repaso de la semana. Refiere haber pensado e identificado algunas partes de su niña interior. Identifica una niña grande, la cual sale siempre que se siente amenazada y es capaz de arrasar con todo. Busca el punto débil de la otra persona y le hiere con sus palabras, es la manera que tiene de defenderse. Es grande porque ocupa más que su cuerpo. Cuando rebosa e inunda su alrededor se encuentra bien, significa que está haciendo daño a la otra persona. No le gustaría que desapareciera porque es capaz de defender sus ideas. Existe otra Jimena, es pequeña y sale siempre después de la grande. Aparece cuando observa el destrozo que ha hecho a la otra persona y siente miedo. Busca conscientemente que la otra persona crea que es una persona frágil, para ello se marea, tiembla, hiperventila y manipula al de enfrente. Se abraza a ella misma, pero no es capaz de darse esa protección, tiene miedo al abandono. Pide perdón constantemente y, habla despacio y temblorosa. Cerca de esta última, hay una Jimena estándar, es tranquila y racional. Ambas partes tienen mucho control sobre la propia persona.

Diferencia otra parte complaciente. Siempre preocupada por lo que puedan pensar de ella, buscar gustar y actuar según lo que espera de ella la persona que tiene delante. Con su padre siempre sale esta parte. Refiere no soportar la personalidad de su padre ni su calidad humana, sin embargo, cuando está con él se

comporta como tal por miedo al abandono. Después se enfada con ella misma. Para la siguiente sesión el terapeuta le recomienda seguir reflexionando sobre estas partes.

En la decimoquinta sesión, se realizó un breve repaso semanal y de la sesión anterior. Tras esto, se le pidió que expusiera aquellas situaciones que le producían ansiedad y el nivel de ésta. Estas situaciones están descritas a continuación. Se prevé comenzar el ejercicio de niña interior la próxima semana.

Tabla 3

Situaciones con ansiedad

Situación	Nivel de ansiedad
Comida	7
Cabello	6
Maquillaje	4
Desorden	7
Ropa	4

La décimo sexta sesión se vio cancelada por la paciente puesto que ha aprobado el último examen de la oposición y realiza un viaje. No se han descrito debido a la finalización de las prácticas.

6. Valoración del tratamiento

6.1. Adherencia al tratamiento

Hasta el momento, Jimena lleva en tratamiento cuatro meses y continúa en él. Es importante remarcar que durante todo el proceso terapéutico la paciente requería de forma habitual un tiempo en sesión para desahogarse, comentar lo sucedido durante esa semana y cómo se sentía al respecto. Esta circunstancia ha hecho que el tratamiento llevara más tiempo del previsto, ya que la paciente en varias ocasiones expresó lo necesario y beneficioso que era para ella. Esto es debido a que en su día a día lo que expresa en consulta es incapaz de expresarlo con nadie más. Pues en su hogar, no sentía ese espacio ni esa libertad y constantemente era juzgada por sus padres y su pareja. En vista de esto, el terapeuta decidió que era favorable para la paciente tener un lugar en el que descargar sus emociones en lugar de apresurar el tratamiento marcado.

En este periodo se han observado de manera progresiva mejoras significativas su día a día. La paciente ha acudido a todas las sesiones pautadas de manera semanal siendo muy puntual. En todo momento se ha mostrado colaborativa realizando las tareas y poniendo en prácticas las herramientas trabajadas en sesión. Por lo que, ha mostrado mucha implicación en el tratamiento, favoreciendo la consecución de los objetivos planteados al inicio y percibiendo una mejora en los síntomas.

El terapeuta desde la fase de evaluación, previa al inicio del tratamiento, consideró que era imprescindible crear un vínculo con el paciente basado en la confianza y en el entendimiento. Por ello, la alianza terapéutica establecida entre Jimena y el psicólogo ha sido muy favorable. En las primeras sesiones la paciente se mostró recelosa de su intimidad, pues sentía vergüenza de expresar el motivo de consulta, sus rabietas o describirse a sí misma. Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, la necesidad de desahogo era muy alta. Por ello, el vínculo se estableció de manera rápida y eficaz. Jimena, ha considerado que la terapia es el único lugar en el que puede expresar cómo se siente sin que se le juzgue. Esto ha sido clave en el desarrollo de la terapia. Así mismo, en todo momento se ha garantizado la confidencialidad, incidiendo que la terapia era un espacio seguro.

6.2. Consecución de objetivos

La paciente ha evolucionado significativamente hasta el momento. Debido a que las prácticas han sido concluidas no se ha podido observar la finalización del tratamiento ya que continúa en su curso. Por ello, no se han utilizado cuestionarios para analizar la evolución del paciente. Aunque, la consecución de algunos objetivos establecidos se ha medido por medio de las conductas observables y manifestaciones verbales o emocionales. Es necesario mencionar que, el terapeuta tiene la intención de utilizar la caja de arena como una medida de post-tratamiento. De los objetivos terapéuticos propuestos se han alcanzado los siguientes:

Aprendizaje del origen histórico de las necesidades emocionales del paciente. Este objetivo fue el primero a trabajar. La paciente ha logrado comprender con facilidad los contenidos psicoeducacionales trabajados durante las sesiones gracias a su nivel intelectual. Al comienzo preguntó dudas sobre las situaciones a las que se enfrentaba, pues fue observándolas con el fin de entender sus emociones. Así mismo, ha atendido los cambios de posición –juegos psicológicos– que han tenido las personas de su alrededor y ella misma a la hora de enfrentarse a un acontecimiento. Actualmente tiene la capacidad de percibir sus emociones en las distintas situaciones que le rodean, así como, percibir los cambios de rol que puede tener con el objetivo de realizar conductas adaptativas.

Fomentar una comunicación asertiva –relaciones interpersonales–. Es capaz de observar las situaciones que le generan cierto grado de malestar y aumentan sus niveles de ansiedad. Hoy por hoy, presenta un control de sus emociones por ello, su ansiedad se ha reducido y se muestra suficientemente segura para comunicarse de manera asertiva con su familia y su pareja. En el punto en el que se encuentra el tratamiento, Jimena se muestra competente respecto a este objetivo. Es capaz de desconectar de la emoción para poder expresar a través de una comunicación asertiva lo que quiere transmitir. Por ejemplo, “mamá, no me digas que soy una máquina, me ha costado mucho llegar hasta aquí” o “esto es importante para mí”.

Disminuir los síntomas fisiológicos relacionados con la ansiedad. Durante todas las sesiones se ha dedicado un tiempo a la ventilación emocional de la paciente y a verbalizar sus inquietudes, en concreto

aquella que le causaban ansiedad. Esto ha contribuido a que durante la semana se encontrase mejor y afrontarse de manera adaptativa las situaciones. El ejercicio de niña interior se está realizando para trabajar este objetivo, con el fin de controlar la ansiedad tras una situación estresante o complicada para la paciente. Además, se busca que la ansiedad no se mantenga prolongada en el tiempo. En las próximas semanas se recomendará a la paciente realizar diferentes tareas para llevar a cabo la ventilación emocional fuera de las sesiones. Igualmente, se trabajará para reducir la frecuencia, la intensidad y duración de las preocupaciones.

Minimizar las conductas obsesivas. Al comienzo de la terapia la paciente mostraba inflexibilidad en la realización de las actividades cotidianas –horarios de comida, días de lavado de pelo, realización de menús semanales–. Hasta el momento, estas conductas se han visto reducidas, realizando cambios semanales de acuerdo a las circunstancias del momento. Es necesario reseñar que, debido a la ansiedad causada por la oposición hubo episodios de tricotilomanía y autolesiones. Estas conductas se dieron de manera puntual, momentos en los que no fue capaz de controlar sus impulsos. Es importante recalcar que las conductas obsesivas deberían ir reduciéndose según ella vaya estableciendo una conexión de confianza con su niña interior. El 80% de ellas deben desaparecer al completo. Las conductas obsesivas restantes trabajarán con exposición y prevención de respuesta.

Respecto a la línea de intervención que se está llevando a cabo con la paciente, así como propuestas para el futuro, serían las siguientes:

- Mantener las conductas adaptativas. Percibir los cambios de rol y actuar en consecuencia
- Conservar habilidades para la ventilación emocional
- Organizar el tiempo libre y realizar actividades gratificantes
- Crear hábitos de autocuidado

6.3. Dificultades en la consecución de los objetivos

Los principales elementos que dificultaron el transcurso del tratamiento y la consecución de los objetivos fueron el entorno familiar y la inflexibilidad para realizar cambios conductuales de la paciente. Este último aspecto se considera un factor determinante en el tratamiento. Al comienzo dificultó mucho el transcurso de las sesiones pues, se negaba a realizar los pequeños cambios que se le iban proponiendo, considerando que, si los realizaba, algo malo pasaría. El terapeuta junto a Jimena estuvo analizando de dónde venía ese miedo y preocupación excesiva, hasta llegar a una conclusión. Descubrieron que el origen estaba en el miedo a no ser válida o en el temor a ser abandonada. Al comienzo de cada sesión, se dedicó un tiempo a la ventilación emocional de la paciente y al análisis de las situaciones y conductas dadas, obteniendo así que esta se encontrase mejor. Los pequeños cambios conductuales se realizaron aprovechando los exámenes de la oposición, pues para ella son días especiales, es el centro de atención.

En cuanto al entorno familiar, continuamente le han trasladado mensajes que le producían ansiedad “no te quejes, los niños de África no tienen para comer” o “tú puedes con todo, último esfuerzo”. En el transcurso del tratamiento la paciente ha aprendido a poner límites a su entorno, en concreto, a su madre. Por otro lado, estos han reforzado las conductas de Jimena pues lo llevaban haciendo desde hace muchos años. Esto ha hecho que la evolución de la paciente haya sido más lenta.

7. Discusión y conclusiones

En la población general, los trastornos de ansiedad son uno de los problemas mentales más frecuentes y prevalentes en la actualidad. A lo largo de este trabajo se ha expuesto el término de ansiedad, la cual se puede definir como una respuesta emocional que abarca aspectos cognitivos, reacciones fisiológicas y respuestas motoras. El síntoma principal del trastorno de ansiedad generalizada es la preocupación excesiva y no justificada sobre acontecimientos o situaciones. Este estado es incontrolable para el sujeto e interfiere negativamente en la actividad diaria de la persona.

El caso expuesto, trastorno de ansiedad generalizada con rasgos de personalidad obsesiva se abordó desde la terapia análisis transaccional. El motivo principal por el que el terapeuta decidió intervenir desde este modelo fue porque, consideró que la base del problema existente de la paciente presentaba su origen en varios traumas del pasado. En concreto, el trauma más significativo se produjo durante su infancia. Éste, viene causado por la relación con su padre biológico y el sentimiento de abandono relacionado con el mismo.

Es necesario mencionar las conductas y reacciones de la paciente ante cualquier situación o ámbito. Prácticamente, todas ellas se caracterizan por el temor a sentirse sola. Su patrón de conducta se caracteriza por satisfacer las necesidades de los demás, de este modo considera que así no se separarán de su lado. Por lo que, evitar el miedo al abandono es característico en su manera de relacionarse con su entorno, concretamente con su familia y su novio.

Las conductas compulsivas identificadas durante la intervención tienen la misma finalidad que las descritas. Están instauradas en el patrón de conductas, considera que si no las lleva a cabo –lavarse el pelo días concretos, llevar algo rosa, cerrar los armarios– algo malo puede ocurrir. Los acontecimientos negativos que podrían llevarse a cabo regularmente están relacionados con la decepción por parte de su familia. Lo que conllevaría, según la creencia de la paciente, el abandono por parte de estos. Es decir, estas conductas guardan una relación directa con el miedo al sentimiento de desamparo que experimentó en su pasado.

Estos motivos junto al motivo principal descrito anteriormente llevaron al terapeuta a intervenir desde la terapia análisis transaccional. Durante la fase de evaluación, identificó que el problema se encontraba centralizado más en la emoción que en la cognición. Consideró que, si trabajaba directamente sobre el origen del problema y éste se iba sanando, de manera paulatina, se irían resolviendo las conductas problemas restantes.

El estudio de este caso resultó ser significativo, pues a medida que el tratamiento iba surgiendo su curso, se fue hallando que las distintas conductas problema compartían un mismo origen. Ha resultado interesante observar un nuevo modelo de intervención por mi parte. Optar a poder seguir la intervención terapéutica, analizar la evolución del paciente y experimentar la adherencia al tratamiento por parte de la paciente, en concreto el establecimiento de la alianza terapéutica ha sido enriquecedor. Pues, esto es uno de los objetivos más importantes en todo psicólogo. Así mismo, descubrir los motivos por los que se han empleado distintas técnicas relacionadas con el análisis transaccional y no con la terapia cognitivo-conductual. Puesto que ésta ha resultado ser la más eficaz en el tratamiento de los TAG (Seidah et al., 2007).

A partir de los resultados obtenidos hasta el momento, dado que la intervención continua su curso, se ha observado que actualmente, la paciente es capaz de establecer relaciones saludables y realizar conductas adaptativas. Así como, percibir sus emociones y controlarlas en diversas situaciones, por ello, se muestra segura de sí misma. Como consecuencia, distingue los cambios de rol de las personas de su alrededor y en ella misma, siendo capaz de comunicarse de manera asertiva. Esto confirma una hipótesis de mantenimiento planteada, la falta de locus de control tanto externo como interno le impedía afrontar sus emociones y las experiencias del pasado. Ocasionando que al comienzo de la terapia acudiera con pocas habilidades adaptativas y una comunicación limitada. Esto ha sido posible a través de los juegos psicológicos (Sáez, 2001). Estos tienen el fin de sustituir la manera disfuncional de comunicarse con el entorno. La consecución de este objetivo se combinó con el modelo cognitivo-conductual, a través de varias sesiones de psicoeducación. Esta herramienta de cambio permite a la paciente abordar situaciones difíciles de la vida diaria, afianzando la autonomía y calidad de vida de ésta (Godoy, et al., 2020). Mediante la psicoeducación los procesos cognitivos, biológicos y sociales trabajan conjuntamente (Godoy

et al., 2020). En múltiples estudios realizados, en los que se empleó la psicoeducación, se concluyó que esta herramienta es eficaz. Demostró una mejora de las habilidades sociales y el funcionamiento de las personas a corto plazo, así como cierta remisión de los síntomas propios de la ansiedad (Mottaghipour et al., 2019).

La ventilación emocional durante el tratamiento ha aportado alivio y bienestar a la paciente. Por lo que, los síntomas fisiológicos relacionados con la ansiedad se han reducido a corto plazo a través del deshago emocional. Sin embargo, hasta el momento no se ha realizado ninguna técnica para su disminución fuera de sesión –tensión muscular, taquicardia, sensación de ahogo–.

Podría haber sido eficaz emplear algún test en el pre-tratamiento y pos-tratamiento para evaluar la ansiedad, por ejemplo, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). La adaptación al español presenta índices psicométricos adecuados para la evaluación de la ansiedad, es decir para medir la presencia y gravedad de la misma (Sanz, 2013). Además, se podrían emplear otras técnicas propias de la terapia cognitivo-conductual durante la intervención terapéutica ya que a día de hoy es la que ha demostrado tener mayor evidencia empírica (Carpenter et al., 2018).

Otra alternativa sería un entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson (1920) –propio de la terapia cognitivo-conductual–, por medio de la aplicación de esta técnica se obtienen varios beneficios. A partir de un estudio, se obtuvo que la relajación progresiva de Jacobson reduce los estados de ansiedad, permite mantener un control y un equilibrio en las habilidades emocionales, sociales y mentales (Gordillo, 2020). De esta manera la persona es capaz de realizar sus actividades de una manera más adaptativa. Es necesario mencionar que, actualmente, el terapeuta está trabajando a partir del ejercicio de niñ interior. Esta técnica es propia del análisis transaccional, es un proceso de autodescubrimiento, encontrar los eventos negativos del pasado que impiden estar bien con uno mismo. Es decir, aquellos acontecimientos que no se han superado desde el punto de vista emocional y que mantienen a un sujeto anclado en el pasado. Por lo que permite la regulación emocional y así poder controlar la ansiedad en una situación estresante y con el fin de que la ansiedad no se prolongue en el tiempo (Cadarsó, 2013).

La terapia cognitivo-conductual permite enseñar al paciente a adquirir habilidades para enfrentarse de manera adaptativa a las situaciones que le generan ansiedad (Sánchez et al., 2002). Este tratamiento ha

sido validado en estudios anteriores, demostrando que se producen cambios en la conducta problema y estos se mantienen a lo largo del tiempo tras la finalización del tratamiento (Dugas y col, 2003; Ladouceur, Dugas y col, 2000; como se citó en Seidah et al., 2007). Ante este caso, se ha apreciado los altos niveles de ansiedad a los que se ha enfrentado la paciente de manera diaria. En el punto en el que se encuentra el tratamiento, dado que este objetivo no ha sido alcanzado con éxito hasta el momento, se prevé introducir tareas para realizar la ventilación emocional fuera de sesión como se ha mencionado. Así como, disminuir la frecuencia, la intensidad y duración de las preocupaciones. Sería interesante estudiar si habría sido eficaz combinar ambos modelos de intervención –análisis transaccional y cognitivo-conductual–. Quizás, introducir técnicas propias de este último modelo –autorregistro, técnicas conductuales, respiración progresiva– habría contribuido a que la paciente durante el estudio de la oposición hubiese mejorado el manejo de la ansiedad. Para la evaluación de las preocupaciones se podría haber utilizado el Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pennsylvania en su versión abreviada (PSWQ-11) y adaptada al español por Sandín y Chorot (1995). Es un instrumento que evalúa la tendencia general de la persona a la preocupación. Este cuestionario ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas, con altos niveles de fiabilidad y validez (Sandín et al., 2009).

Al finalizar los exámenes de la oposición las conductas obsesivas que aparecían de manera puntual desaparecieron, ya que la ansiedad se redujo. Esto era lo esperado por parte del terapeuta. La paciente fue mejorando de manera exponencial. Sin embargo, se espera introducir tratamiento de exposición y prevención de respuesta (EPR) para disminuir y eliminar otras conductas obsesivas. Existen estudios que demuestran que el EPR es eficaz para estas conductas. En concreto, Steketee y Sahpiro (1993) realizaron un estudio en el que estimaron que había una mejor del problema entre el 40% y el 75% (Vallejo, 2001). En otro estudio, una joven con trastorno obsesivo-compulsivo y altos niveles de ansiedad, se obtuvo una disminución de la tasa de ansiedad y del número de conductas obsesivas a través del EPR, combinado con tratamiento farmacológico (Saval, 2015). Por lo que, si este tratamiento se emplea de manera eficaz las conductas obsesivas se verán reducidas en su mayoría.

A continuación, se exponen las limitaciones encontradas en la intervención terapéutica, principalmente han sido el entorno familiar de la paciente y su padre biológico.

Al finalizar la fase de evaluación se establecieron varios factores de mantenimiento de la conducta problema. Uno de estos fueron los mensajes de ánimo que recibía por parte del entorno familiar –familia y pareja–. La paciente consideraba que no se ponían en su lugar y ni la comprendían porque no se sentía escuchada. Le trasladaban mayor presión de la que ya tenía, produciéndole altos niveles de ansiedad. En el trascurso del tratamiento se ha observado que el entorno más cercano ha actuado como agente reforzador de las ideas internas que presentaba la paciente. Es decir, la necesidad de superarse continuamente –aprobar otra oposición diferente a la suya con la que compartía temario, ser el número uno–. Por lo tanto, se confirmó la hipótesis establecida al inicio de la intervención. Tanto sus padres como pareja no han tenido en cuenta las emociones y el estado anímico de la paciente. Le han generado emociones desagradables y síntomas fisiológicos relacionados con la ansiedad –taquicardia, sensación de ahogo–.

Al comienzo, mostró mucha reticencia al cambio, no concebía que se pudiesen realizar cambios conductuales ya que, algo negativo podía ocurrir. Sin embargo, a medida que la paciente ha ido evolucionando en el tratamiento, realizando los cambios necesarios para ello, se han observado diferentes resultados. La paciente ha demostrado ser una persona más flexible de lo esperado. Así mismo, conforme ha realizado estos pequeños cambios –expresar su malestar, cambios en su rutina diaria, modificar el horario de estudio– se afirmó que el entorno era lo que impedía realizar estos cambios previamente y no ella misma.

Por otro lado, es reseñable la figura del padre biológico. Éste se ha considerado una variable extraña a lo largo de la intervención, ya que no aparece en muchas ocasiones. En las situaciones que se ha hecho presente, ha desestabilizado a la paciente, provocando que afloren sus propias inseguridades y resurjan sentimientos hacia él, brotando los más negativos. En cambio, su manera de actuar ante él es siendo complaciente, es decir, realizando aquello que el padre le pide, pues es su manera de encontrarse bien en un primer momento. Después se arrepiente y se culpabiliza por ello.

En estudios clínicos futuros o estudios de caso único sería interesante ahondar sobre el desarrollo de la ansiedad desde la infancia y la relación entre la personalidad de las figuras paternas con la misma. Sería interesante valorar si el estilo de apego de los progenitores determina el estilo de apego de los

descendientes. Por otro lado, se podría plantear qué orientación tiene cambios más a largo plazo en la ansiedad y las conductas compulsivas.

La intervención continua su curso, por lo tanto, no se puede confirmar ni demostrar si las técnicas empleadas hasta el momento tienen efectos y cambios significativos en el trastorno de ansiedad generalizada. Es reseñable que en algunos de los objetivos terapéuticos establecidos en la fase de evaluación se están alcanzando, aunque sea de manera parcial. Sin embargo, para la confirmación y el alcance de los resultados propuestos como objetivos habrá que esperar a la finalización del tratamiento.

Una de las conclusiones que da señal de la eficacia del tratamiento es que se ha observado que algunas de las técnicas empleadas –ventilación emocional, ejercicio de niñ interior, concepto de los juegos psicológicos– están obteniendo algunos resultados a corto plazo. A través de ellas, la paciente es capaz de establecer relaciones saludables y realizar conductas adaptativas. Así como, percibir sus emociones y controlarlas en diversas situaciones, por ello, se muestra segura de sí misma. Como consecuencia, distingue los cambios de rol de las personas de su alrededor y en ella misma, siendo capaz de comunicarse de manera asertiva.

A lo largo de las 15 sesiones que comprenden el tratamiento hasta el momento, la ventilación emocional ha aportado alivio y bienestar a la paciente. Los altos niveles de ansiedad mencionados anteriormente han cesado en gran medida y se espera que se vayan introduciendo herramientas en las sesiones para que la propia paciente pueda realizar ventilación emocional fuera de la consulta. Así mismo se prevé disminuir la frecuencia, intensidad y duración de las preocupaciones.

Cabe destacar que, aquellas conductas obsesivas que aparecían de manera puntual han desaparecido tras la realización de los exámenes correspondientes a la oposición que venía preparando ya que la ansiedad se redujo considerablemente.

8. Referencias bibliográficas

- Alzate, L., y Muñoz, C. (2016). El reflejo de la realidad interna en el juego con la caja de arena. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(1), 111-126.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta.). Masson.
- Bados, A. (2017). *Trastorno de ansiedad generalizada: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universidad de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/115724>
- Bados, A. (2015). *Trastorno obsesivo-compulsivo: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universidad de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/65644>
- Basile, S., Carrasco, M. Á., y Martorell, J. L. (2015). Preocupaciones excesivas en la adolescencia: Descripción, evaluación y tratamiento de un caso de ansiedad generalizada. *Clínica y Salud*, 26(3), 121-129.
- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello? The psychology of human destiny* (6ta ed.). Grove Press.
- Cadarso, V. (2013). *Abraza a tu niño interior. Nunca es tarde para sanar tu infancia*. La Esfera de los Libros.
- Cao, H., Shan, W., Xu, Y., y Xu, R. (2013). El juego de arena oriental como contenedor seguro para una intervención combinada para un niño con síndrome de Asperger: un estudio de caso. *Las artes en psicoterapia*, 40(1), 134-142.
- Carpenter, J., Andrews, L., Witcraft, S., Powers, M., Smits, J., y Hofmann, S. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*, 35(6), 502-14.
- De la Cruz, N. (2018). Trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Médica Sinergia*, 3(11). 14-18.

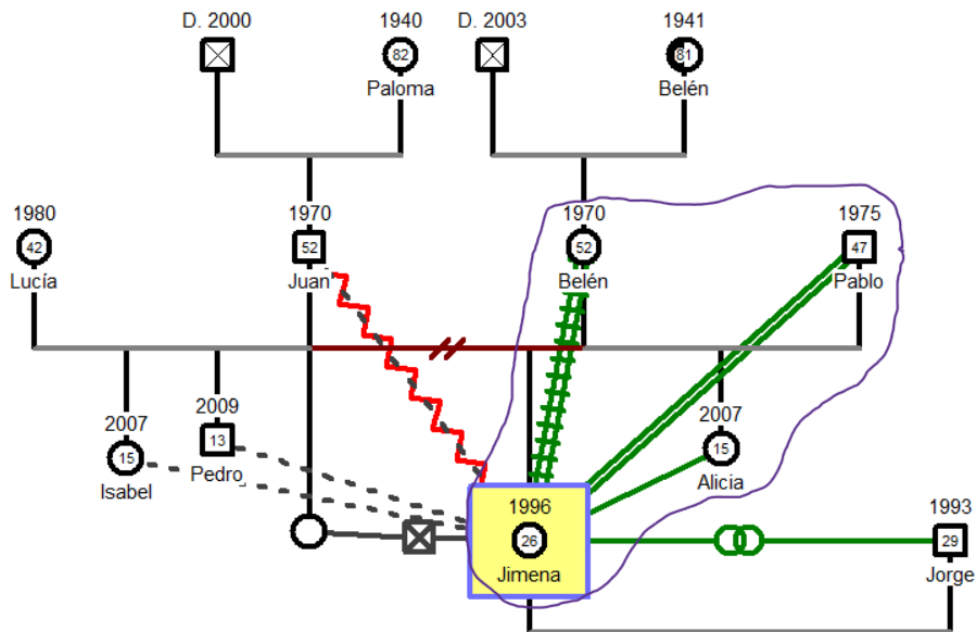
- Durán, J. L., Buenrostro, P. E., y García, R. E. (2017). Análisis transaccional de Eric Berne: una revisión crítica de su dimensión política como dispositivo de control. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 9, 82-97.
- Falcón, Y. (2013). *A qué jugamos*. <https://gestaltnet.net/gestaltoteca/documentos/articulos/jugamos>
- Garay, C. J., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G., y Koutsovitis, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología*, 15(29), 7-21.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.
- Gonzalo, J. L. (2013). *Construyendo puentes. La técnica de la caja de arena*. Desclee de Brouwer.
- Gordillo, M. V. (2020). La técnica de relajación progresiva de Jacobson en personas con ansiedad [Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Licenciado en Terapia Ocupacional, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/22743>
- Ministerio de Sanidad (2020). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Saludmentalaldatos.pdf>
- 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. *eNeurobiología*, 10(24)
- Martorell, J. L. (2019). *El guion de vida* (3ra ed.). Desclee De Brouwer.
- Mottaghipour, Y., y Tabatabaee, M. (2019). Family and patient psychoeducation for severe mental disorder in Iran: A review. *Iranian J Psychiatry*, 14(1), 84-108.
- Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: Evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1083-1100.

- Tejero, J. M. (2021). *Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario*. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Saéz, R. (2001). *Los juegos psicológicos según el análisis transaccional. Dos no juega, si uno no quiere*. CSS.
- Saéz, R. (2008). Terapia transaccional. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 58, 100-121.
- Sánchez, I., Orgilés, M., Rosan Ana. I., Sánchez-Meca, J., Méndez, X y Olivares J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología conductual*, 10(3), 503-521.
- Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 107-122.
- Santomauro, D., Mantilla, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J., Aravkin, A., Bang-Jensen, B., Bertolacci, G., Bloom, S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R., Collins, J., ... Ferrari, A. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Sanz, J. (2013). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25, 39-38.
- Saval, J. J. (2015). Exposición y prevención de respuesta en el caso de una joven con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 75-81.
- Seidah, A., Dugas, M. J., y Leblanc, R. (2007). El tratamiento cognitivo comportamental del TAG: modelo conceptual y casos clínicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 1, 39-48.

- Shimada-Sugimoto, M., Otowa, T., y Hettema, J. (2015). Genetics of anxiety disorders: genetic epidemiological and molecular studies in humans. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *69*, 388-401. doi: <https://doi.org/10.1111/pcn.12291>
- Suárez, M. A. (2010). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Revista Médica La Paz*, *16*(1). 53-57.
- Vallejo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, *13*(3), 419-427.
- Villegas, M. (2013). La persona y su contexto. *Prometeo en el Diván. Psicoterapia de desarrollo moral* (pp. 109-160). Herder.
- Virués-Ortega, J., y Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *8*(3), 765-777.

9. Anexos

9.1. Anexo 1. Genograma



9.2. Anexo 2. Caja de Arena



