



**Universidad
Europea** MADRID

Caso de una paciente con Ansiedad Generalizada a través de la telepsicología

Máster Universitario en Psicología General
Sanitaria

Autora: Gema Santiago Gómez

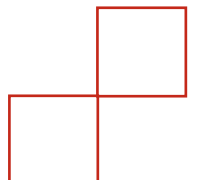
Tutor: Jose Luis Martínez y Laura Quijano Ruíz

Fecha: febrero de 2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid

universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid





Resumen

Se describe el caso clínico de una mujer, de 23 años diagnosticada de Trastorno de Ansiedad Generalizada. La paciente comenzó la terapia psicológica en julio de 2021. Mostraba síntomas de ansiedad, labilidad emocional, tensión muscular, irritabilidad y somatizaciones. No se prescribe tratamiento farmacológico para reducir la sintomatología. El tratamiento terapéutico se realizó desde la intervención cognitivo-conductual, activación conductual y psicoeducación, todo ello aplicado en una terapia con soporte online. Para mejorar la consecución de objetivos se incluyeron técnicas basadas en la psicología positiva. Los instrumentos de evaluación utilizados para el diagnóstico y posterior establecimiento del tratamiento fueron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). La intervención se llevó a cabo en 11 sesiones, quedando actualmente en seguimiento. Los resultados muestran cambios significativos en la paciente.

Palabras clave

Trastorno de Ansiedad Generalizada, Telepsicología, ansiedad en exámenes, somatizaciones por estrés, Trastornos emocionales, Terapia cognitivo-conductual, Diseño de caso único, Behavioral activation, Virtual therapies

Abstract

The clinical case of a 23-year-old woman diagnosed with Generalized Anxiety Disorder is described. The patient started psychological therapy in July 2021. She presented symptoms of anxiety, emotional lability, muscle tension, irritability and difficulty concentrating. No pharmacological treatment was prescribed to reduce the symptomatology. The therapeutic treatment was carried out based on cognitive-behavioral intervention, behavioral activation and psychoeducation, all applied in a therapy with online support. To improve the achievement of the objectives, techniques based on positive psychology were included. The assessment instruments used for the diagnosis and subsequent establishment of the treatment were the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). The intervention was carried out in 15 sessions. The results show significant changes.

Keywords

Generalized Anxiety Disorder, Telepsychology, Test anxiety, Stress somatization, Emotional disorders, Cognitive-behavioral therapy, Single case design, Behavioral activation, Virtual therapies



Contenido

Resumen	2
Palabras clave	2
Abstract	2
Keywords	2
MARCO TEÓRICO	5
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Conceptualización del Trastorno de Ansiedad Generalizada	5
1.2. Criterios diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada	6
1.3. Prevalencia y comorbilidad	7
1.4. Etiología y modelos explicativos	7
1.5. Telepsicología	9
1.6. Tratamientos más eficaces	10
CASO CLÍNICO	12
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA	12
2.1. Identificación de la paciente	12
2.2. Antecedentes y evolución del problema	13
3. EVALUACIÓN	14
3.1. Técnicas de evaluación	14
3.2. Resultados de la evaluación	15
4. FORMULACIÓN CLINICA DEL CASO	17
5. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO	18
6. TRATAMIENTO	19
7. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO	23
8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	25
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27



10.	ANEXOS.....	29
------------	--------------------	-----------

MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, vivimos en una sociedad altamente demandante y competitiva, lo cual ha modificado de forma importante los estilos de vida. Como consecuencia, las personas sufren, cada vez con mayor frecuencia, estados ansiosos, pudiendo llegar a afectar su estado de salud (Elizondo, 2005) y, en ocasiones, pueden llegar a diagnosticarse como Trastorno de Ansiedad Generalizada (a partir de ahora TAG). Se estima, que hasta un 33.7% de la población general padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Bandelow y Michaelis, 2015, extraído de Padros, Hurtado y Martínez, 2019). Por otro lado, la situación de pandemia por COVID-19 ha dado un giro a la asistencia psicológica tradicional, utilizando las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) para realizar la atención clínica. Por todo ello, consideramos que es relevante llevar a cabo estudios que aborden el TAG y su aplicación mediante la telepsicología.

A lo largo de este primer apartado se conceptualizará el TAG y, posteriormente, se revisarán los criterios diagnósticos, su prevalencia y comorbilidad poblacional. A continuación, se revisarán los principales modelos explicativos, así como es estado actual de la telepsicología y, para finalizar, se describirán los tratamientos más eficaces orientados a la disminución de la ansiedad en el TAG.

1.1. Conceptualización del Trastorno de Ansiedad Generalizada

La ansiedad es una respuesta del organismo esperable, normal y deseable. La respuesta de ansiedad, en las personas, es altamente compleja y representa un cambio muy notable en las funciones de nuestro organismo. Todos esos cambios, suceden de manera casi instantánea e involuntaria, y van encaminados a facilitar una huida rápida ante un potencial peligro (Caseras, 2009).

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) consiste en ansiedad difusa y crónica que se relaciona con expectación aprensiva o preocupación (Borkovec & Newman, 1998; Brown, O' Leary & Barlow, 2001, extraído de Velázquez, Martínez y Martínez, 2016). El TAG se caracteriza porque la persona que lo padece tiene diferentes preocupaciones que son continuas, excesivas, que no se relacionan con ningún evento o situación en particular y que son desproporcionadas. Por ejemplo, una persona que tiene TAG puede preocuparse continuamente por la salud de un niño que está perfectamente sano. A veces su preocupación no es causada por nada específico, pero aun así se siente tenso y preocupado todo el día. También puede sufrir dolores y malestar sin razón o se sentirse cansado menudo. (Consejería de Salud y bienestar, 2013).

Algunos síntomas más comunes son del TAG son:

- Vigilancia

- Dificultad para quedarse o mantenerse dormido
- Tensión muscular
- Irritabilidad
- Inquietud
- Fatiga
- Dificultad para concentrarse
- Cansarse fácilmente
- Agitación o con angustia o estar “con los nervios de punta”
- Palpitaciones (latidos acelerados del corazón)
- Sequedad de boca

1.2. Criterios diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada

La CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-V (APA, 2013), reconocen el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) como uno de los trastornos más invalidantes debido a que las preocupaciones que le caracterizan son persistentes y no se limitan ni predominan en ninguna circunstancia ambiental en particular, no existiendo motivo real u objetivo que las justifique.

En la última revisión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) en 2015, se sugiere que, para poder diagnosticar este trastorno, debe cumplirse que:

- a) exista una ansiedad y preocupación excesiva, difícil de controlar, ante una amplia gama de acontecimientos y actividades;
- b) se experimenten síntomas como tensión muscular, dificultad de concentración, irritabilidad, inquietud o impaciencia, fatiga y alteraciones del sueño. (En adultos, al menos deben presentarse tres de estos síntomas y, en niños, al menos uno);
- c) la duración sea de seis meses como mínimo;
- d) constituya un problema para la persona o interfiera con su funcionamiento normal;
- e) se excluyan otros trastornos, enfermedades o efectos de sustancias.

En relación con la etapa infantil y a diferencia de versiones precedentes, en el DSM-V no hay requisito de edad, por lo que se entiende que los niños también podrían ser diagnosticados de TAG (Prados, 2015).

Para poder diagnosticar este trastorno, los síntomas de ansiedad han de estar presentes la mayor parte de los días durante, al menos, varias semanas seguidas. Y, además, debe existir:

- a) Aprensión (preocupación por calamidades, sentirse "al límite", dificultad de concentración, etc.).



- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotora, cefaleas, temblor, incapacidad para relajarse, etc.).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareo, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

Por otro lado, algunos de los síntomas del TAG se solapan con los de otras afecciones mentales, por lo que es necesario hacer un diagnóstico diferencial entre el TAG y la Depresión, Trastorno de ansiedad por separación, Trastorno bipolar, Trastorno disfórico premenstrual, Fobia social y Ataques de pánico.

1.3. Prevalencia y comorbilidad

Los trastornos de ansiedad son uno de los trastornos psicológicos más comunes en la población general. Según DSM-V (2014) la prevalencia anual de los trastornos de ansiedad es del 5%, y del TAG de 3%. En cuanto a las cifras de prevalencia obtenidas con el sistema CIE (CIE-10), son más elevadas estimando una prevalencia anual de 3,1% a 5%.

Es más frecuente en mujeres, con una prevalencia de 4,6% que, en hombres, que supone en 2,6% (Organización Mundial de la Salud, 2019). A menudo el TAG comienza en la niñez o adolescencia, con una tasa encontrada en adolescentes del 1%. En ancianos, hay una elevada variabilidad en las cifras de prevalencia, oscilando según los estudios entre el 0.7% y 7.1%.

1.4. Etiología y modelos explicativos

Debido al importante impacto del TAG y de su elevada prevalencia y riesgos asociados, se han ofrecido diversos modelos explicativos con el fin de fundamentar comprender dicho fenómeno (Velázquez, Martínez y Martínez, 2016), algunos de los más relevantes serían:

- **Modelo de la Aprensión ansiosa de Barlow**

Según este modelo, el proceso de aprensión ansiosa inicia cuando el individuo percibe una situación estimular que evoca proposiciones ansiosas (como por ejemplo ciertos contextos situacionales o algún aumento del arousal inexplicado) que se han almacenado en la memoria a largo plazo. A consecuencia, se desencadenará un estado de ánimo negativo dominada por sensaciones de impredecibilidad, incontabilidad, incapacidad y una activación del estado fisiológico. Ocurrirá un cambio atencional donde el individuo se centrará en sí mismo y realizará autoevaluaciones, lo cual aumentará su activación (arousal) de manera crónica. Paralelamente, disminuye su percepción de control, lo cual se refleja en su percepción de incapacidad de afrontamiento, disminuyendo la atención sostenida y de concentración e incluso la evitación.



Figura 1. Modelo de la Ansiedad de Barlow. Elaboración propia.

• **Modelo de la Evitación cognitiva de Borkovec**

La preocupación supone una motivación, derivada de la necesidad de actuar frente a la amenaza percibida y así encontrar una solución al problema. La preocupación se tornaría patológica cuando al preocuparse, el individuo recupera con facilidad aquellas imágenes aversivas que paradójicamente desea evitar. Al mismo tiempo, su activación se eleva y se fomenta la creación de un círculo vicioso donde se favorece la emergencia de imágenes ansiógenas. Durante la preocupación patológica ocurre una respuesta de evitación cognitiva interna sobre cómo afrontar amenazas futuras. la preocupación patológica se mantendrá presente ya que será seguida de un reforzamiento negativo.



Figura 2. Modelo de la Evitación cognitiva de Borkovec. Elaboración propia.

• **Modelo de Intolerancia a la incertidumbre de Dugas**

En este modelo destacan la importancia que juega la evaluación subjetiva de la situación dentro de la intolerancia a la incertidumbre. En el modelo se define la intolerancia a la incertidumbre como una predisposición del individuo a reaccionar negativamente ante cualquier evento o situación de índole incierta, independientemente de su probabilidad y consecuencias (Ladouceur, Gosselin & Dugas, 2000). Cuanto más elevado sea el nivel de intolerancia a la incertidumbre, mayor será la activación emocional, hipervigilancia y la evitación cognitiva. Algunas variables clave en el modelo serían la intolerancia a la incertidumbre, creencias que la persona tiene sobre la preocupación y creencias sobre su propio control personal.



Figura 3. Modelo de Intolerancia a la incertidumbre de Dugas. Elaboración propia.

1.5. Telepsicología

La Telepsicología o psicología online, es entendida como la prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías de la información y de la telecomunicación, mediante diferentes dispositivos tecnológicos (Picot, 1998). En la actualidad, la telepsicología es uno de los métodos más utilizados como intervención (De la Torre y Pardo, 2019), aumentando especialmente con el inicio de la pandemia producida por el COVID-19.

Algunos antecedentes parecen indicar que es un método eficaz para tratar trastornos relacionados con la ansiedad. Así, Cárdenas, Botella, Quero, de la Rosa y Baños (2014) utilizaron un programa de telepsicología basado software específico para la evaluación e intervención y tratamiento para la fobia social obteniendo cambios significativos en los indicadores fóbicos en los grupos de tratamiento. Igualmente, Paz (2021) estudió los efectos de un protocolo breve de activación conductual mediante telepsicología, en personas que habían estado expuestos a un periodo de confinamiento prolongado por la crisis sanitaria derivada del COVID 19 con depresión. Los resultados mostraron que resultaba efectivo para promover las conductas de

activación, habilidades sociales y diversificar las fuentes de reforzamiento. Portillo, Marín y Hervás (2020) utilizaron la telepsicología para tratar una mujer de 22 años diagnosticada para reducir la ansiedad. Tras el tratamiento, se observó una clara mejoría con una reducción significativa en el número de anticipaciones, lo que confirma la eficacia del tratamiento para este caso.

1.6. Tratamientos más eficaces

En la actualidad, existe un gran número de técnicas orientadas a la disminución de la ansiedad en el TAG. El programa de terapia cognitivo-conductual se ha mostrado especialmente eficaz, destacando el manejo de contingencias, la relajación, la exposición, y las autoinstrucciones (Santacruz, Orgilés, Sánchez-Meca, Méndez, y Olivares, 2002). Se comentan a continuación, aquellas técnicas más eficaces para disminuir la sintomatología ansiógena (Gil y Cano, 2001) en el TAC, el conocimiento de la patología (Psicoeducación), la habituación al estímulo aversivo (role-playing, imaginación y realidad virtual), la disminución de los niveles de activación (relajación), la atención plena y el control de pensamientos catastrofistas (reestructuración cognitiva).

- *Psicoeducación*

La psicoeducación consiste en facilitar información específica al paciente acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología. Busca que el paciente conozca su patología, de forma que pueda abordar situaciones cotidianas, y, de esta forma, se convierte en una herramienta de cambio. Gavino, (1997) expone que esta acción es terapéutica y favorece la consecución de los objetivos a desarrollar, al mejorar los conocimientos sobre su enfermedad, así como la actitud y el comportamiento hacia el problema.

- *La técnica de relajación: La relajación muscular progresiva de Jacobson*

La técnica de relajación progresiva de Jacobson, tiene por objetivo lograr una relajación muscular profunda, al permitir liberar y reconocer la tensión muscular generada por la ansiedad o el estrés (Olivares y Méndez, 2014). La relajación muscular progresiva se basa en el reconocimiento de qué músculos están tensos, hiperactivados, e incidir sobre ellos para destensarlos. La aplicación de la técnica se ha mostrado adecuada para los tratamientos en personas con ansiedad, y se puede implementar en los diversos tratamientos de trastornos mentales logrando una relajación adecuada en los pacientes (Gordillo, 2020).

Se le llama progresiva porque, poco a poco, se van relajando los distintos grupos musculares en tres fases (Fundación Pasqual Maragall, 2022), que se detallan en el ANEXO I: Fase de tensión-relajación de grupos musculares en ciclos des 10-15 segundos, fase de repaso mental de los grupos musculares y fase de relajación mental.

- *Exposición en situaciones controladas: Imaginación, Role-playing, y Realidad Virtual*

El Role-playing es una simulación que sirve para exponer al paciente a una situación controlada de un evento que cause conflicto (Ruiz et al., 2012), permitiendo ver la reacción y los pensamientos que surgen. Para la eficiencia de la técnica es necesario registrar la frecuencia y la intensidad con la que se presentan los síntomas o pensamientos.

Las técnicas de imaginación consisten en imaginar situaciones temidas por el paciente para permitirle acercarse y, a la vez, comprender lo que siente y piensa (Ruiz et al., 2012). Permite la habituación, acercarse a las creencias o pensamientos por orden de intensidad. Para el éxito de la técnica, se utilizan tareas para realizar fuera del marco de las sesiones terapéuticas (generalmente en casa de paciente), que refuerzan el tratamiento.

La realidad virtual es un sistema informático que genera simulaciones de representaciones de la realidad. Permiten la exposición terapéutica del paciente al confrontarle con situaciones temidas, de una forma repetida, gradual y sistemática, hasta que la ansiedad se reduce (Olasov, Garcia-Palacios y Rothbaum, 2012). Su uso terapéutico se centra en utilizar este soporte tecnológico en la terapia de exposición, formando un tándem clave junto a los tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) para diversos problemas de ansiedad (Maldonado, 2002).

Anderson, Rothbaum y Hodges (2013), probaron la realidad virtual como medio de exposición en el tratamiento de la ansiedad social para hablar en público. Así, se presentó a los participantes una audiencia virtual, que consistía en un vídeo de personas reales incrustado en un entorno de aula virtual. Los resultados, mostraron una mejora continuada tras la finalización de la terapia.

- *Reestructuración cognitiva (RC) y la Atención plena*

La RC consiste en que el paciente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. Los pensamientos son considerados como hipótesis y, terapeuta y paciente, trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. El terapeuta formula una serie de preguntas y pruebas para que el paciente evalúe y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de sus pensamientos. Esta técnica se ha mostrado más eficaz en los trastornos de ansiedad o depresión mayor (Bados y García, 2010). Existirían tres tipos de cogniciones:

- *Productos cognitivos*. Son los pensamientos concretos que aparecen en situaciones externas o ante eventos internos en forma de autoverbalizaciones o imágenes y que, muchas veces, son automáticos e involuntarios.
- *Supuestos*. Son creencias condicionales que suelen expresarse como proposiciones si...entonces..., como normas (por ejemplo, no debo...) y actitudes (es terrible equivocarse...).

- *Creencias nucleares*: Creencias incondicionales, duraderas y globales sobre uno mismo y sobre el mundo.

Enmarcada dentro de la Psicología positiva, destaca la técnica de atención plena o *Mindfulness*. Esta técnica consiste en una forma de entrenamiento mental para reducir la vulnerabilidad cognitiva a los modos reactivos de la mente, que podrían aumentar el estrés y la angustia emocional (Bishop, et. Al. 2004). La base terapéutica que sustenta la práctica de la atención plena está en que nos liberarnos del sufrimiento causado por la interacción automática de pensamientos y emociones, para acceder a otros niveles de consciencia de la realidad y, de este modo, integrar la meditación en la vida cotidiana (Kabat-Zinn, 2009, citado en Aguilar, 2019).

D'Adamo y Lozada (2019) aplicaron esta técnica a profesores con burnout, comprobando que promovía la autorregulación emocional y disminuía el estrés percibido.

CASO CLÍNICO

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

El motivo de consulta de la paciente fue que, desde hace 6 años, muchas situaciones de la vida cotidiana la generan ansiedad. Por ejemplo, que se pinche una rueda del coche o que su perro esté enfermo. Cree que estas situaciones escapan de su control y cuando se dan, tiene explosiones de ira, se siente muy angustiada, con mucha activación emocional y física.

Por todo ello, su objetivo para la terapia es aprender a gestionar la ansiedad y las preocupaciones.

2.1. Identificación de la paciente

Debido a la Ley de Protección de datos de carácter personal (GDPR), los datos personales que a los que se hace mención en este trabajo son ficticios, con el fin de proteger a la paciente y evitar la identificación de la persona sometida a tratamiento psicológico.

S.F. es una mujer de 23 años, que estudia actualmente últimos cursos de medicina, en los países del este. Vive con una compañera de piso y lleva 6 años en el extranjero, viviendo en distintas localizaciones europeas. Su familia está compuesta por padre, madre y un hermano pequeño residentes en España. Proviene de una familia acomodada, con un estatus socioeconómico alto. Es española, con un alto nivel cultural, gran experiencia internacional y dominio de distintos idiomas.

2.2. Antecedentes y evolución del problema

Se trata de una mujer sin experiencia previa reciente en terapia (ha tenido una experiencia previa con el psicólogo cuando era pequeña. Recuerda que no le gustaba, pero nada más relevante) y que no ha sido diagnosticada hasta el momento. No utiliza farmacología para aliviar los síntomas, ni ha hecho consulta previa sobre este aspecto al médico.

A los 18 años se fue de España para estudiar en el extranjero, sin conocer el idioma. Esta situación la marcó profundamente ya que se sentía muy sola. Sin experiencia previa, tuvo que resolver sola muchas situaciones de la vida, mientras que, antes de ese momento, se podía apoyar en su madre. Desde entonces, tiene ataques de ansiedad que la generan mucho malestar.

Su relación familiar es muy buena con los padres, especialmente con la madre. Con el hermano tiene menos confianza y la relación es más distante, aunque cordial.

Es una persona muy sociable, activa y segura de sí misma, con un gran interés por ayudar a los demás. Compagina los estudios con el voluntariado en una asociación de animales, donde hace el rol de coordinadora. Esta actividad le proporciona satisfacción personal por salvar animales o mejorar su calidad de vida. A su vez, le genera un gran estrés porque está sola en el área y la llaman frecuentemente para urgencias (principalmente por WhatsApp), por lo que tiene que dar una respuesta inmediata. También trabaja dando clase a estudiantes y como representante estudiantil en la universidad. Este verano, además, ha conseguido realizar prácticas en España en un hospital.

Realizar todas estas actividades, la hacen sentir un gran orgullo por sus logros y mostrar una gran habilidad en las relaciones sociales. Sin embargo, toma el rol de “salvadora” y se sobrecarga de actividades, sintiéndose responsable y comprometida en exceso, lo que le genera mucho estrés.

Tiene actividades placenteras como salir con amigos y la lectura. No le gusta el deporte y dedica poco o ningún tiempo al autocuidado.

Su red de apoyo principal es su compañera de piso y una amiga de Madrid.

Actualmente presenta tensión muscular, irritabilidad, labilidad emocional y dificultad para concentrarse en época de exámenes. Además, se suele sentir cansada o que se fatiga fácilmente, aunque generalmente duerme bien. Por otro lado, manifiesta somatizaciones debidas al estrés, especialmente en periodo de exámenes:

- Bultos en las piernas
- Infecciones de orina recurrentes
- Pus en el ombligo

- Fiebre ondulatoria
- Dolores de cabeza

3. EVALUACIÓN

3.1. Técnicas de evaluación

En este apartado se expondrán las principales técnicas de evaluación utilizadas para valorar a la paciente que se realizaron en las sesiones de preevaluación, aunque también durante la intervención, recogiendo información relevante y garantizando el alineamiento con los objetivos terapéuticos planteados.

Para determinar qué variables debemos tener en cuenta en el proceso de evaluación debemos considerar algunos factores fundamentales: Los modelos explicativos, que nos ayuda a guiar e integrar la información recogida, la presencia de estudios científicos y de eficacia de tratamiento que relacionen las variables clínicas con la sintomatología de la paciente y la disponibilidad de instrumentos de medida complementarios que puedan comprobar nuestras hipótesis clínicas.

Los principales instrumentos de evaluación fueron la entrevista clínica, el cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y autorregistros.

a) Entrevista clínica

En general, la entrevista es un intercambio verbal entre dos o más personas en el cual el entrevistador pretende obtener información, percepciones, creencias u opiniones de los entrevistados (Del Rincón, Arnal, Latorre y Sanz, 1995). Dado el contexto, se optó por la entrevista semiestructurada, ya que el entrevistador tiene mayor libertad para las preguntas o para sus intervenciones que la entrevista cerrada (Bleger, 1964). Siguiendo a Muñoz (2003) se evaluaron variables internas y externas. Las variables internas estudiadas fueron el estado de ánimo, la personalidad, los estilos de afrontamiento, características sociodemográficas, del desarrollo, cognitivas, psicofisiológicas y biológicas-médicas. Las variables contextuales fueron los sucesos vitales estresantes, condiciones físicas y condiciones sociales. En el Anexo II se recoge el detalle de las variables estudiadas y en el Anexo III se muestra el guion seguido en la entrevista Clínica.

b) Cuestionario de Ansiedad- Estado: STAI

El cuestionario de Ansiedad- Estado (Spilberger, Gorsuch, Lushene y Cubero, 1999) está indicado para determinar los niveles de estrés y su intensidad, y para investigar los niveles de ansiedad. Este instrumento que evalúa la ansiedad como estado (A/E) y como rasgo (A/R). La ansiedad como estado (A/E), está caracterizada por un sentimiento subjetivo conscientemente percibido de tensión y aprensión, e hiperactividad del sistema nervioso, que se da en un determinado momento y grado de intensidad. La

ansiedad como rasgo (A/R), es entendida como propensión ansiosa por la tendencia a percibir unas situaciones amenazadoras, siendo latente y relativamente estable. Es una prueba de autoevaluación, compuesta por 40 ítems, con respuestas tipo Likert de 0 a 3 cuya puntuación global máxima es de 60 y con una fiabilidad interna de 0,95.

c) *Autorregistro:*

El autorregistro para la ansiedad es una técnica que permite la autoobservación, por parte del paciente, y la toma de consciencia de lo que sucede en su mente sin que pase desapercibido. Siguiendo a Andino y Vindel (2001), se utilizaron para evaluar las distorsiones cognitivas y las habilidades sociales de la paciente en sus interacciones en los distintos contextos ansiógenos. Además, y ante la imposibilidad de observar directamente algunos aspectos de la conducta problema, se pudieron identificar las secuencias de conducta de cara a realizar el análisis funcional. Para comenzar a identificar patrones de pensamiento y conductas problema, se solicitó la cumplimentación del autorregistro para analizar el suceso ansiógeno, el pensamiento y la conducta asociada y la sensación subjetiva de ansiedad. Los autorregistros se pueden ver en el Anexo IV.

En relación con los momentos de evaluación, la entrevista clínica se llevó a cabo en la fase pretratamiento, durante las tres primeras sesiones. El cuestionario de Ansiedad- Estado STAI se aplicó en la fase pretratamiento durante tercera sesión y en la fase post-tratamiento, en la décima sesión. Los autorregistros se aplicaron a lo largo de todo el tratamiento con distintas adaptaciones, con el objetivo de recoger los pensamientos y conductas problema y realizar un seguimiento de la alineación de la intervención y los objetivos planteados.

3.2. Resultados de la evaluación

A continuación, se presenta una descripción de los resultados de las pruebas de evaluación inicial en la entrevista clínica, los autorregistros y el cuestionario de Ansiedad- Estado STAI. En esta última, se incluyen los resultados post- intervención.

En relación con los de datos de la exploración inicial y del comportamiento durante la evaluación realizada mediante la entrevista, la paciente se muestra muy comunicativa y cómoda durante las sesiones. Cuando recuerda los episodios de estrés se muestra emotiva, y empieza a sentir dolor de cabeza.

A continuación, se detallan las variables exploradas y los resultados obtenidos:

- *Variables internas:* Es una mujer de 23 años con alto nivel de estudios y nivel socioeconómico. Está terminado los estudios de medicina y trabaja como voluntaria en una asociación de protección animal, además de compaginar sus estudios con funciones de representación estudiantil. Pertenece a una familia estructurada. Tuvo una infancia y una adolescencia feliz, sin crisis reseñables. Manifiesta un alto cociente intelectual, alta autoestima y autoeficacia. En relación con la frecuencia,

intensidad, duración y tipo de los ataques, ha tenido una situación ansiógena por semana, sin necesidad de hospitalización ni toma de ansiolíticos. En relación con las sensaciones físicas que experimenta la persona en momentos de elevada ansiedad calores, palpitations, temblor de manos. Manifiesta miedo a las sensaciones físicas de ansiedad, a la pérdida de control, y una fuerte creencia de las posibles consecuencias negativas si se produce. Le preocupa tener ataques de ansiedad y que afecte las personas cercanas, como su madre o su amiga. Manifiesta somatizaciones debidas al estrés, especialmente en periodo de exámenes, comentadas en la evaluación de la problemática. No tiene dependencia a sustancias ni enfermedades médicas relacionadas con la conducta problema.

- *Variables externas:* Reside en una ciudad extranjera que considera peligrosa, en un piso compartido con compañeros de estudios. Tiene pocas actividades de ocio, una estrecha relación con la madre y con compañeras de piso que son su entorno más cercano.

Mediante los autorregistros, se confirman las respuestas cognitivas negativas, la respuesta fisiológica propias del ataque de ansiedad y de la conducta de escape. También se observa que las situaciones de ansiedad están vinculadas, en gran medida, a los animales y que, si alguien de su entorno se estresa o tiene un problema, ella intenta ayudar, resolvérselos, aunque esto suponga descuidar su propia salud, su tiempo, etc., identificándose con un rol de salvadora.

En relación con los resultados en STAI, se comparó con el baremo de mujeres adultas en A/E (Media= 18,32 y DT= 11,33) y A/R (Media=23,37 y DT=10,45), con los siguientes resultados:

Pre- intervención		
	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Directas	26	28
Centiles	75	70

Tabla 1: Resultados pre y post intervención en STAI. Elaboración propia.

Los resultados en la pre-intervención muestran unos niveles de ansiedad altos, muy superiores a la media. Tras la intervención, ambos niveles descendieron de forma considerable, estando en torno a la media.

En resumen, en el momento de evaluación inicial presenta tensión muscular, irritabilidad, labilidad emocional. En momentos de alta demanda externa como en periodo de exámenes, manifiesta dificultad para concentrarse, fatiga y somatizaciones (bultos en las piernas, infecciones, fiebre y dolores de cabeza). Además, está constantemente preocupada y se siente sobrepasada ante imprevistos cotidianos de la vida. Todo ello queda respaldado con unos altos índices de ansiedad tanto en A/E como en A/R y los autorregistros, donde se identifica un patrón de respuestas cognitivas negativas.

4. FORMULACIÓN CLINICA DEL CASO

En este apartado se aborda la conducta problema, las variables disposicionales y los factores de riesgo. Para desarrollar el modelo explicativo, se expondrá la hipótesis de origen y la hipótesis del mantenimiento de la respuesta, así como el pronóstico con tratamiento. Finalmente, se incluye el análisis funcional del problema.

- **Variables disposicionales:**

- La madre manifiesta preocupaciones frecuentes hacia la hija y cierta hipocondría. Es la persona más significativa en la educación de la hija, por lo que podría haber adquirido comportamientos similares por modelado.
- El estilo educativo de los padres, dándole responsabilidad excesiva en edades muy tempranas, por lo que podría haber aprendido a que preocuparse es una buena habilidad para prevenir problemas, el mundo es peligroso y hay que protegerse.
- Contexto socio cultural con altas exigencias académicas y gran valor al éxito profesional, lo que podría aumentar la presión.

- **Factores de riesgo:** Entre los factores de riesgo destacarían una elevada carga de tareas y colaboraciones. A su vez, tiene una escasa organización de tareas. Por otro lado, tiene una falta de resolución de situaciones inesperadas. Finalmente, manifiesta una tendencia hacia el perfeccionismo, autoexigencia, controlabilidad que la hacen más vulnerable.

- **Hipótesis de origen:** en la hipótesis de origen hay que tener en cuenta el estilo educativo de los padres, con una alta exigencia relacionada con el rendimiento académico y alta demanda de responsabilidad a una edad temprana. Además, la madre podría haber transmitido un estilo de afrontamiento ansioso, haciendo pensar a la hija que preocuparse en exceso es una buena forma de resolver los problemas. El hecho desencadenante se produce cuando se tiene que ir sola al extranjero y debe resolver situaciones de la vida cotidiana sin conocer el idioma y estar preparada para el cambio. Por todo ello, la paciente tiene unos elevados índices de ansiedad en diversidad de situaciones, en las que percibe un riesgo extremo, manifiesta creencias irracionales, y una percepción catastrofista de las cosas.

- **Hipótesis del mantenimiento de la respuesta:**

- Estímulo Discriminativo (ED): se presenta una situación de riesgo (por ejemplo, los animales) Estímulo Condicionado (EC), sentir ansiedad o miedo, pérdida de control-> Respuesta condicionada (RC)
- Respuesta Operante (RO): salir de la situación de forma anticipada yéndose de la habitación, llevándose a los perros, etc.
- Consecuente (C): disminución del malestar (Reforzamiento negativo)

Se muestra a continuación el esquema de relación de variables en el Análisis funcional del problema:

El-Rl: ataque de ansiedad y miedo.

(ED):

EC: señales corporales de ansiedad, señales del contexto como sacar los perros de la jaula.



RC: ansiedad, miedo a que el animal sufra riesgos

RO: Escapar de la situación/ llevarse a los perros

Consecuencia: reducción inmediata de malestar (Reforzamiento negativo)

- **Pronóstico actual con tratamiento**

Los ataques han sido pocos intensos, por lo que la conducta no está totalmente instaurada. Mediante tratamiento, se podría reducir los ataques la ansiedad excesiva. La paciente aprendería a tolerar la ansiedad “normal” que producen muchas situaciones de la vida. Es importante resaltar que las conductas de escape y evitación, así como otras conductas de seguridad, contribuyen a mantener la ansiedad y el problema a pesar de producir, a corto plazo, una reducción del malestar. En esta línea, se prevé que, sin tratamiento, S.F. seguirá dando respuestas de escape de la situación, evitando las situaciones temidas, con la posibilidad de empeorar con generalización a otros entornos.

5. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Hay que recordar que el motivo de consulta de la paciente era que ciertas situaciones cotidianas la generan mucha ansiedad fisiológica y sensación de pérdida de control.

Se acuerda como objetivo terapéutico general **aprender a gestionar la ansiedad y las preocupaciones**. En el siguiente cuadro se exponen los principales objetivos terapéuticos específicos y las técnicas propuestas para lograrlos:

Objetivos	Técnicas propuestas
Entender: <ul style="list-style-type: none"> • Origen del problema • Por qué se mantiene 	Psicoeducación sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Emociones. • Devolución del AF

Reducir la ansiedad (cognitiva, conductual)	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructurar creencias irracionales. (Terapia Cognitiva de Beck) • Respiración abdominal, relajación progresiva de Jacobson y Mindfulness • Círculo de control • Diario de agradecimiento • Cualidades positivas • Exposición a situaciones planificadas
Mejorar la asertividad y comunicación efectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Legitimar las emociones y ser capaces de hablarlas • Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad
Fomentar las conductas de Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Activación conductual (incorporación de actividades gratificantes)

Tabla 2: Objetivos terapéuticos y técnicas del caso. Elaboración propia.

6. TRATAMIENTO

Antes de comenzar el apartado, conviene aclarar que el objetivo del tratamiento del TAG no es eliminar la ansiedad, ya que esta no puede ser eliminada al ser una respuesta natural del ser humano. El tratamiento se centra en reducir la sintomatología y en la modificación de los pensamientos que surgen ante las situaciones que el paciente considera como problemáticas, para de esta manera permitir el desarrollo adecuado del individuo.

La intervención realizada tuvo lugar en un total de 11 sesiones, inicialmente ejecutadas 1 vez por semana. Las sesiones tuvieron aproximadamente unos 50 minutos de duración, siendo la primera de ellas presencial y el resto online. El buen funcionamiento de la terapia, la predisposición y ejercicio activo de la paciente, permitieron llegar a gran parte de los objetivos terapéuticos planteados. Se puso especial foco en la reducción de la ansiedad cognitiva y conductual, la comunicación efectiva y el autocuidado.

Siguiendo el modelo de evitación de preocupaciones y TAG (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 2004), el desarrollo del tratamiento se fundamentó en la terapia cognitivo-conductual (TCC). Se ha demostrado su efectividad siendo una alternativa al tratamiento farmacológico, donde una de las ventajas de la TCC es la inexistencia de efectos secundarios como es en el caso de los fármacos (Mitte, 2017). Se incluyeron técnicas puntuales de la psicología positiva con el fin de complementar la terapia.

En este caso, las fases pretratamiento (Sesiones 1, 2 y 3) estuvieron enfocadas a lograr tres objetivos:

- Evaluar las conductas problema
- Establecer el vínculo terapéutico favorable que predispusiera a lograr la adherencia al tratamiento



- Establecer el funcionamiento de las sesiones.

En estas fases se sentaron las bases con la paciente para su compromiso de trabajar juntas. Para poder llegar a dicho compromiso, se examinaron los objetivos personales que expuso en el motivo de consulta, analizándolo detalladamente con ella para comprobar si eran realistas o no. Además, se le administró el cuestionario específico para completar información relevante para la evaluación: el STAI. Por último, se expusieron las claves principales del tratamiento, definiendo las distintas fases y el acompañamiento que recibiría por parte de la terapeuta, así como una breve explicación acerca de la terapia conductual y su relación con el aprendizaje de nuevas habilidades. Las siguientes sesiones estuvieron enfocadas a la devolución de resultados donde se informa del diagnóstico a través de los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados, se analizaron los beneficios del tratamiento y las consecuencias de no realizarlo. Posteriormente, se enseñaron la técnica de relajación respiración diafragmática y su importancia, la correcta cumplimentación del autorregistro de pensamientos, enfocados en aquellos pensamientos que se presentan al sentir ansiedad, y se acordaron las tareas para realizar de forma autónoma, especialmente dirigidas aplicar lo aprendido, a anticipar y controlar situaciones ansiógenas y a calmar al paciente cuando experimente ansiedad. A continuación, se detalla el tratamiento realizado según las sesiones:

- **La primera sesión:** se centró en el encuadre, motivo de consulta e inicio del vínculo emocional con las terapeutas. Mediante entrevista semiestructurada, se revisa la situación personal de la paciente, inicio del problema, algunas situaciones ansiógenas a destacar, motivo de consulta y objetivos terapéuticos. Se informó y firmó el consentimiento informado. Se aclaró cualquier duda sobre confidencialidad y se adelantó funcionamiento de sesiones futuras sobre periodicidad, duración y modalidad (online/presencial).
- **En la segunda sesión:** se analiza con la paciente una situación ansiógena, haciendo hincapié en los antecedentes, el desarrollo, el afrontamiento y el malestar percibido, con el objetivo de evaluar la secuencia completa. En dicha situación, el aire acondicionado del coche no funcionaba. Hacía un año lo llevó a arreglar a la casa y no se lo dejaron bien. Mientras hacía un viaje con su madre, empezó a salir aire caliente. Se enfadó mucho y comenzó a gritar. Utilizando esta situación, se analizó con la paciente los sentimientos y reacción cognitiva, analizando el comportamiento y ofreciendo conductas alternativas. Se reforzó el inicio de la detección de la conducta problema y el registro para fomentar el comportamiento. Se confirmó con la paciente que otros aspectos generales importantes para el éxito de la terapia seguían estables. Así, se confirmó que se encontraba bien de ánimo y seguían manteniendo actividades lúdicas frecuentes con familiares y amigos. Finalmente se realiza en sesión la evaluación Mediante Escala de ansiedad Estado/Rasgo (STAI).
- **En la tercera sesión:** se analizó una situación ansiógena en la que su hermano abre la jaula de su conejo para que se junte con los perros de la paciente. Esta situación la genera una gran ansiedad, ya que ha tenido situaciones previas en las que ha habido accidentes con los animales. Resuelve la situación

yéndose hasta que su hermano vuelva a cerrar la jaula. Se identifica un patrón establecido de estímulos especialmente ansiógenos para la paciente relacionados con animales y una conducta de evitación. Se devuelven a la paciente los resultados de STAI, confirmando el alto grado de ansiedad dentro de la escala y la continuación de tratamiento.

- **La cuarta sesión:** se dedica a iniciar a la paciente en las técnicas dirigidas a bajar los niveles de activación fisiológica. Así, se le enseña relajación de Jacobson, haciendo hincapié en su objetivo, beneficios, en el entorno y momento más adecuado para realizarlo se facilitan materiales audiovisuales para que comience a explorarlos y practicarlos. Para situaciones de crisis en las que tiene que bajar de forma rápida los niveles de ansiedad, se recomienda visualizar el video *“Respirar con el Corazón”*, disponible en abierto y accesible en cualquier momento. Se establecen como tareas continuar con el Autoregistro y practicar la relajación dos veces al día. Para complementar la intervención, se solicita la realización del Círculo de control, para que comience a analizar las limitaciones del entorno, y pedir 4-5 cualidades positivas de ella a familiares y/o amigos. Se establecen como objetivos para la siguiente sesión evaluar preocupaciones, evaluar estrategias de afrontamiento y revisar periodicidad y forma en la que se está haciendo la relajación.
- **En la quinta sesión:** se analizan los resultados de la dinámica de “las 5 cualidades” y “el Círculo de control”. Trabajamos sobre estas cualidades e identificamos cuáles son las coincidentes. Esta dinámica la hace ser consciente de cómo la ven los demás, produciendo refuerzo de la autoestima y empoderamiento, lo que repercute directamente en la terapia. Mediante “el círculo de control” profundiza y entiende las cosas que están bajo su control y las que dependen de los demás. Trabajamos en sesión “lista de prioridades en su vida”. En primer lugar, pone a su madre, en segundo a su padre y perro, en tercer lugar, a su amiga (compañera) y en cuarto a su hermano. Se establecen como tareas el Autoregistro de ideas irracionales (ANEXO IV) y hacer un listado de cosas que la produzca placer. Además, se hace en sesión la agenda de actividades semanal para abordar la gestión de tiempo. Se inicia a la paciente en el conocimiento de las Distorsiones cognitivas más frecuentes y se le da material psicoeducativo para la lectura y aplicación en siguientes sesiones (ANEXO V).
- **En la sexta sesión:** se revisan las actividades placenteras, de las que surge: Ver series, leer, hacerse la manicura y pedicura, depilación. Confirma que no ha tenido episodios de ansiedad reseñables. Está de vacaciones con la familia. Está haciendo mucha vida familiar, saliendo a cenar y haciendo excursiones. Esta última semana no ha hecho autorregistros ni relajación pautada. Están siendo días de intensa vida social y falta de horarios estables, lo que la está dificultando seguir las actividades. Se detectan algunas ideas irracionales como *“Es más feliz cuando tienen metas y problemas que resolver”*, *“nunca me enfado”*. Sigue realizando las técnicas de respiración en momentos puntuales de alta ansiedad. Dado que en las próximas semanas tiene que viajar para volver a su lugar de residencia habitual, las actividades propuestas se centran: Preparar el viaje, revisando los papeles y el estado del coche, itinerario, teléfonos de emergencias y seguro. Relajación.

- **En la séptima sesión:** confirma que el viaje fue muy bien, hizo las tareas de comprobación y preparación acordadas. No tuvo ansiedad, se felicita a la paciente por los grandes avances realizados y la evolución positiva que sigue. Comenta que la llegada ha sido triste porque en esas fechas de hace dos años, falleció su abuela por COVID-19. Se detectan ideas irracionales como *“no la tocaba morir”*, *“es lo peor que me ha pasado en la vida”*. Estuvo en España acompañándola los días que estuvo ingresada, hablando con los médicos y dando apoyo a su madre. Un día después de irse a su lugar de residencia, la abuela murió, por lo que la casa y el contexto la recuerdan fuertemente a ese periodo tan duro. Lloro en consulta, y comenta que no lo había dicho antes porque no estaba preparada. Se le explica las fases del duelo, la necesidad de *“permitirse”* llorar la pérdida. Se le invita a hacer una carta de despedida a su abuela, pero no se siente preparada. Por otro lado, se está apoyando en sus amigos, está poco tiempo sola y sigue saliendo. Se acuerda con ella hacer seguimiento específico en próxima sesión para valorar avances o posible duelo no cerrado. Esta última semana no ha hecho autorregistros ni relajación pautada porque no ha encontrado tiempo. Se acuerda hacer 2 días de relajación para retomar rutina. Le cuesta pensar en actividades placenteras y sacar tiempo para hacerlas.
- **En la octava sesión:** se analiza una situación de ansiedad. Estaba en una clase online de asistencia obligatoria para poder aprobar y perdió la conexión a internet. Tardó tiempo en poder conectarse con el móvil y se pudo muy nerviosa, con las siguientes reacciones: Sensación de estrés, rabia y mucho enfado, pensamiento *“esto no tendría que pasar”*, *“estoy pagando para que esto no suceda”* y respuesta fisiológica con fuerte dolor de cabeza. Finalmente escribió a la profesora para explicar lo que había pasado y no fue penalizada. Además, llamó al casero y está instalando nueva conexión de fibra que llegue mejor a su habitación. Se detecta cierta tendencia a la exigencia. Se pone foco en enseñarla a detectar *“los deberías”* *“tendría que”* y sustituirlos por otras formas más adaptativas como *“me gustaría”*. La idea es encontrar ese lenguaje impositivo y catastrofista y cambiarlo por otro más adaptativo. Mantiene la rutina de relajación, aunque solicita más recursos ya que el actual le resulta poco estimulante. Está notando mayor conciencia de distracciones durante sesión, mayor conciencia de los pensamientos y distracciones en cualquier tarea. Ha realizado actividades placenteras como leer, comer chocolate, ver una película con amigos, un largo paseo con su perro, etc.
- **En la novena sesión:** se analiza una situación ansiógena en la que sale antes para llegar a clase, pero suceden distintos imprevistos y no llega. Se enfada/angustia y siente agobio. Se da cuenta en la sesión de una alta sensación de estrés asociada al pensamiento irracional *“no debería”*. Redirige pensamiento con *“tendría que haber salido antes, pero hay situaciones que no puedo controlar”*. Aprovechando los avances en la reestructuración cognitiva, se analiza con la paciente las siguientes ideas irracionales que se han detectado en consulta:
 - Los *“deberías”* tanto con ella mismo como con los demás.
 - Visión catastrofista: Engrandecer las situaciones negativas
 - Diferenciar lo objetivo de los subjetivo: Los juicios de valor son subjetivos

- Juicio semántico: malísimo, buenísimo, lo peor de lo peor: utiliza superlativos
- Magnificación del lenguaje y tendencia a la indefensión: ya no lo soporto, ya no lo aguanto, esto es imposible...visión infantil del suceso que hace que se sienta incapaz, deja de luchar, no hace nada. La indefensión es lo contrario a la autoeficacia.

Sigue haciendo actividades agradables: visita amiga de Madrid, salidas con la compañera de piso, cumpleaños, etc. Confirma que se mantienen algunas somatizaciones: dolor de cabeza y fascitis plantar por examen importante. Se siente en general feliz, contenta, ha empezado a hacer ejercicio y cuidarse de forma habitual. Dada la evaluación positiva, se plantea en próximas sesiones pasar evaluación post y seguimiento.

- **En la décima sesión:** se confirma que no tiene somatizaciones, aunque tiene exámenes. Actualmente sale menos por la alta incidencia de Covid-19. No sabe si cierran la frontera, y está preocupada por si no puede ir a ver a su familia en Navidad. Se analiza mejoría en la paciente y se acuerda ir pasando de forma progresiva a seguimiento, con la posibilidad de seguir trabajando autorregistros y volver a terapia habitual si lo necesita. Se trabajará en próximas sesiones la comida compulsiva y autocontrol. Se acuerda autoevaluarse para registro de medida post intervención. Las actividades propuestas se centran en mantener relajación en dos tardes, mantener actividades placenteras, autorregistro (anexo) magnificación y autoexigencia y detección de pensamiento autoexigentes en los exámenes.
- **En la Sesión onceava:** se confirma el buen estado de ánimo de la paciente. Asegura sentirse más tranquila incluso en periodo de exámenes. No ha necesitado registrar pensamientos autoexigentes. Se facilitan los resultados post-intervención de STAI confirmando una bajada en los niveles de A/E y A/R. Ha dejado de tener manifestaciones somáticas relacionadas con el estrés. En relación con los atracones, se actúa mediante:
 - Psicoeducación: cómo se producen los atracones, por qué y cómo cortarlos. Identificación de cadenas conductuales, como forma de identificar situaciones de riesgo y elaborar conjuntamente posibles estrategias para contrarrestarlas.
 - Control de estímulos para reducir los atracones: estrategias para eliminar la situación de atracón como, por ejemplo, no entrar en la cocina, no cocinar para otros, no pedir comida a domicilio, revisar la lista de la compra en terapia o dejarse comida en el plato.
 - Estrategias de Autocontrol: se le enseña la técnica del semáforo (rojo: para, amarillo: piensa y verde: actúa) y la distracción cognitiva mediante el conteo numérico de 30 a 0 y de 3 en 3. De esta forma, se consiguió demorar el tiempo entre el impulso de comer y la conducta de atracón.

7. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO

En relación con la adherencia al tratamiento, hay que comentar que la paciente se encuentra ahora mismo en seguimiento. Se han pautado a petición de ella una cita mensual precisamente para asegurarse de

continuar con las acciones aprendidas y continuar con los hábitos adquiridos, especialmente con la realización de actividades placenteras, la relajación y el control de los pensamientos catastrofistas.

La intervención ha tenido lugar durante cinco meses, en las que la paciente no ha faltado a ninguna sesión. La posibilidad de realizar la terapia mediante la telepsicología ha jugado un papel fundamental en la adherencia al tratamiento, facilitando la flexibilidad horaria y el poder asistir desde casi cualquier lugar. De hecho, esta terapia se ha llevado a cabo de forma completa, aunque la paciente ha estado en distintos emplazamientos y con diferencias horarias, lo que no habría sido posible sin la utilización de un soporte online.

La alianza terapéutica que se ha establecido con la paciente ha sido muy positiva desde el comienzo de la terapia, viéndose reforzada con la adquisición de los aprendizajes y los objetivos planteados. Para lograr esta alianza, es fundamental un buen dominio de las habilidades del terapeuta, mostrándose como un eje esencial en el éxito de la terapia.

En relación con el cumplimiento de los objetivos, la paciente presentaba en el inicio de consulta tensión muscular, irritabilidad, labilidad emocional. En momentos de alta demanda externa, como en periodo de exámenes, manifestaba dificultad para concentrarse, fatiga y somatizaciones (bultos en las piernas, infecciones, fiebre y dolores de cabeza). Además, estaba preocupada constantemente y se sentía sobrepasada ante imprevistos cotidianos de la vida. Los resultados en el cuestionario STAI mostraban unos altos índices de ansiedad tanto en A/E como en A/R, y en los autorregistros se identificaba un patrón de respuestas cognitivas negativas. Tras la intervención, y en relación con los objetivos pautados, podemos decir que:

- 1) Se logró un entendimiento del origen y mantenimiento del problema. Mediante la psicoeducación y la facilitación de información específica acerca de la ansiedad, el tratamiento y pronóstico, la paciente conoció el problema, lo que le permitió reconocer y abordar situaciones de la vida cotidiana. De esta manera, la información se convirtió en herramienta de cambio, al mejorar los conocimientos, su actitud y el comportamiento hacia el problema, facilitando la consecución de los objetivos.
- 2) Se redujo la ansiedad, tanto cognitiva como fisiológica, lo que se ha reflejado en los resultados del cuestionario STAI, en la percepción de la paciente y en los últimos autorregistros realizados.

	Pre- intervención		Post- intervención	
	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Directas	26	28	17	24
Centiles	75	70	55	55

La activación fisiológica fue el primer objetivo sobre el que se trabajó en la intervención. La paciente declaró sentirse más tranquila, así como tener más autocontrol sobre la activación. En este sentido,

fueron especialmente importantes las respiraciones que realizaba en los momentos en los que sentía malestar por mucha ansiedad. Por otro lado, adquirió hábitos diarios de realización de ejercicios de relajación, haciendo hincapié en épocas de alta demanda, como en exámenes. En definitiva, las técnicas de relajación y su práctica continuada han resultado ser una técnica muy efectiva para la reducción de la activación fisiológica.

Se disminuyó los patrones de pensamiento catastrofistas y las creencias de que preocuparse está cumpliendo una función útil. La paciente informó que se sentía más “segura”, habiendo reducido notablemente la presencia de pensamientos catastrofistas. Al finalizar el tratamiento, en los momentos en los que sentía alta ansiedad, era capaz de recurrir a pensamientos más positivos de la situación como “conductas alternativas”.

Como consecuencia de esta mejora, la paciente fue capaz de anticiparse a situaciones futuras que le pudieran provocar ansiedad, y controlarlas mediante la realización de tareas de comprobación y el control de pensamientos catastrofistas.

- 3) Se consiguió fomentar las conductas de autocuidado y la planificación de actividades placenteras. Mediante la activación conductual, la paciente en la actualidad ha tomado consciencia de la importancia del autocuidado, de realizar a diario pequeñas acciones que le resulten satisfactorias y de programar periódicamente espacios de tiempo dedicados a uno mismo.

Como dificultades en el tratamiento caben destacar los problemas que de forma puntual se produjeron en el sonido o la imagen de las sesiones de telepsicología. En 3 sesiones se perdieron varios minutos con el inicio de la conexión por problemas técnicos en los dispositivos, lo que obligó a retrasar la finalización de las sesiones y, en ocasiones, mover la agenda de otros pacientes. En una de las ocasiones, no se veía correctamente la imagen de la terapeuta, lo que dificultaba la comunicación con la paciente y entorpecía en vínculo terapéutico.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El Trastorno de Ansiedad Generalizada está muy presente en la sociedad actual y, por ende, en la práctica clínica. Existen varios modelos que explican el origen del trastorno, como el Modelo de la Aprensión ansiosa de Barlow, Modelo de la Evitación cognitiva de Borkovec o el Modelo de Intolerancia a la incertidumbre de Dugas (Velázquez, Martínez y Martínez, 2016), destacando, en todos ellos, la importancia de las preocupaciones, la hipersensibilidad y las autoevaluaciones como elementos clave que originan la conducta problema.

Igualmente existen varios manuales diagnósticos, CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-V (APA, 2013), pero todos ellos coinciden en una serie de sintomatología básica, como son la tensión muscular, la ansiedad y preocupación excesiva, las dificultades de concentración, cansancio y dificultad de concentración (Consejería de Salud y Bienestar, 2013).

El caso de S.F. es un ejemplo claro de la sintomatología presente en Trastornos de Ansiedad Generalizada. En este tipo de casos, en los que la conducta no está del todo instaurada, la TCC utilizando como soporte la telepsicología ha resultado ser efectiva para reducir la ansiedad cognitiva y fisiológica sin farmacología. Este es un factor clave, ya que muchos de los pacientes pueden llegar a desarrollar cierta dependencia a la medicación o incluso llegar a resultarles ineficaces con el paso del tiempo. Actuando mediante la psicoterapia, se evita exponerse durante largos periodos de tiempo a los efectos secundarios de los fármacos. Por todo ello, la terapia psicológica juega un rol muy importante en la intervención con pacientes con TAG.

La telepsicología se ha revelado como un gran aliado de la intervención (De la Torre y Pardo, 2019), especialmente con el inicio de la pandemia producida por el COVID-19. En este caso, al igual que otros autores como Cárdenas, Botella, Quero, de la Rosa y Baños (2014) en fobia social, Paz (2021) en su estudio protocolo breve de activación conductual y Portillo, Marín y Hervás (2020), ha resultado ser un soporte efectivo para la realización de la terapia completa y la consecución de los objetivos terapéuticos relacionados con la ansiedad.

En el caso que abordamos, el motivo de consulta de la paciente fue que ciertas situaciones cotidianas le generan mucha ansiedad fisiológica y sensación de pérdida de control. Como objetivo terapéutico general se planteó aprender a gestionar la ansiedad y las preocupaciones. Esto se logró con la modificación de los patrones de pensamiento catastrofistas y la creencia de que preocuparse está cumpliendo una función útil, reduciendo la activación fisiológica, aumentando el autocontrol y generando rutinas que favorecieran la planificación de actividades placenteras. La paciente está actualmente en seguimiento a petición propia orientada a mantener la adherencia terapéutica, ya que la consecución de los objetivos terapéuticos se ha dado por logrados.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Águila, C. (2020). Mindfulness e investigación psicológica positivista: críticas y alternativas. *Psychology, Society, y Education*, 12(1), 57-69. Disponible en <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/8655/2159-9258-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Anderson, P., Rothbaum, B. O., & Hodges, L. F. (2003). Virtual reality exposure in the treatment of social anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(3), 240-247.
- Andino, A. G., y Vindel, A. C. (2001). Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de ansiedad generalizada. *Revista Psiquiatría*. 5(3).
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Bados, A., y García, E. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva. Universitat de Barcelona. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%3bn.pdf>
- Bedoya, L. (2019). Distorsiones cognitivas en terapia cognitiva de Beck. Facultad de Psicología. Disponible en <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/1235>
- Belloch A., López J.L. y Arnáez, S. (2014). Ansiedad por la Salud. Editorial Síntesis
- Blázquez, F. P., Izguerra, D. H., & Medina, M. P. M. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala Generalized Anxiety Disorder Inventory (GADI) para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada en México. *Ansiedad y Estrés*, 25(2), 85-90., DOI [10.1016/j.anyes.2019.08.005](https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.08.005)
- Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica. *Temas de psicología (entrevista y grupos)*.
- Cárdenas, G., Botella, C., Quero, S. de la Rosa, A. y Baños, R. (2014) Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en población mexicana. *Psicología Iberoamericana*, vol. 22, (1), pp. 45-54 Universidad Iberoamericana, Ciudad de México Distrito Federal, México. Consultado en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944229006>
- Caseras, X. (2009). Trastornos de Ansiedad: crisis de angustia y agorafobia. Editorial Amat
- Castrillo Ramírez, P., & Mateos Agut, M. (2021). Adherencia y satisfacción en psicoterapia de grupo online vs presencial en tiempos de COVID-19. *Revista De Psicoterapia*, 32(120), 157-174. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.597>
- D'Adamo, y Lozadab, (2019) Una intervención centrada en prácticas de atención plena (mindfulness) promueve la regulación emocional y la reducción del estrés en profesores. *Ansiedad y Estrés*. Vol. 25. Núm. 2. páginas 66-71 [10.1016/j.anyes.2019.10.002](https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.10.002)
- De la Torre Martí, M., & Cebrián, R. P. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Feixas, G., & Alabèrnia-Segura, J. (2021). Aportaciones de la tecnología a la psicoterapia: El potencial de la Realidad Virtual. *Revista De Psicoterapia*, 32(119), 81-93.
- Gavino, A. (1997). *Técnicas de terapia de conducta*. España: Martinez Roca.
- Gil, A. y Cano, A. (2001). Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de ansiedad generalizada. *Revista Psiquiatría*. 5(3). Disponible en <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2255>

- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gordillo, M. V. (2020). La técnica de relajación progresiva de Jacobson en personas con ansiedad. Tesis Doctoral. Quito: UCE.
- Muñoz, M. (2003). Manual práctico de Evaluación psicológica clínica. Madrid: Síntesis.
- Maldonado, J. G. (2002). Aplicaciones de la realidad virtual en psicología clínica. *Aula médica psiquiátrica*, 4(2), 92-126.
- Olivares, R., & Méndez, C. (2014). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Paz, L. C. (2021). Efecto de un protocolo breve de activación conductual, para uso en telepsicología durante la pandemia por Covid-19, en personas con depresión. Maestría de Psicología. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.
- Prados, J.M. (2015). Ansiedad Generalizada. Guía de intervención. Editorial Síntesis.
- Rothbaum, B. O., Garcia-Palacios, A., & Rothbaum, A. O. (2012). Tratamiento de los trastornos de ansiedad con terapia de exposición a realidad virtual. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 67-70. DOI: [10.1016/j.rpsm.2011.05.003](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.05.003)
- Ruiz, F., Díaz, G., & Villalobos, C. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A. I., Sánchez-Meca, J., Méndez, X., & Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología conductual*, 10(3), 503-522. Disponible en <https://www.um.es/metaanalysis/pdf/7069.pdf>
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía, (2013). Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/saludmental>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., y Cubero, N. S. (1999). STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid, Spain: TEA ediciones.
- Velázquez-Díaz, M., Martínez-Medina, M.P., Martínez-Peréz, M., & Prados, F. (2016). Modelos explicativos del Trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (2), 156-167. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/320407314_Modelos_explicativos_del_Trastorno_por_ansiedad_generalizada_y_de_la_preocupacion_patologica/link/59e2bc2ea6fdcc7154d81cba/download

10. ANEXOS

ANEXO I. TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON (Fundación Pasqual Maragall, 2022)

- 1) **Primera fase: de tensión-relajación:** tensionar y relajar diferentes músculos, sosteniendo unos 10-15 segundos tanto la tensión como la relajación. En este ejemplo nos centraremos en cuatro grupos musculares:
 - Rostro
 - Frente: fruncir el ceño fuertemente y, luego, relajarlo lentamente.
 - Ojos: cerrarlos, apretándolos y notando la tensión en los párpados y, luego, aflojar.
 - Labios y mandíbula: apretar labios y dientes para luego relajar, dejando la boca entreabierta, separando los dientes y dejando la lengua floja.
 - Cuello y hombros
 - Cuello: bajar la cabeza hacia el pecho, notando la tensión en la parte posterior del cuello. Relajar volviendo la cabeza a la posición inicial, alineada con la columna.
 - Hombros: inclinar ligeramente la espalda hacia adelante llevando los codos hacia atrás, notando la tensión en la espalda. Destensar retornando la espalda a su posición original y reposando los brazos en las piernas.
 - Brazos y manos: con los brazos en reposo sobre las piernas, apretar los puños, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Para destensar, abrir los puños y reposar los dedos en las piernas.
 - Abdomen: Tensar los músculos abdominales, “metiendo barriga” y luego, relajarlos.
 - Piernas: Estirar una pierna levantando el pie y llevándolo hacia arriba y los dedos hacia atrás, notando la tensión en toda la pierna: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relajar lentamente, volviendo los dedos hacia adelante y bajando la pierna hasta reposar la planta del pie en el suelo. Repetir con la otra pierna.
- 2) **Segunda fase. Repaso mental:** Consiste en repasar mentalmente todos los grupos musculares y comprobar si realmente están relajados y, si es posible, relajarlos aún más.
- 3) **Tercera fase: Relajación mental:** Consiste en focalizar la atención en el estado de calma. Puede ser de ayuda visualizar una escena agradable que pueda evocar diferentes sensaciones. Un buen ejemplo es visualizarse tumbado en una playa y (evocar los colores, el sonido de las olas, el tacto de la arena, el olor a mar, el calor del sol, la brisa en la piel...

ANEXO II. Variables estudiadas en el proceso de entrevista

- Variables internas:

Sociodemográficas y psicosociales	Del desarrollo	Cognitivas	Psicofisiológicas	Biológicas-médicas
<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Grupo étnico • Estudios • Profesión • Trabajo actual • Nivel socioeconómico • Alojamiento • Acceso a servicios médicos y sociales • Nivel de integración social 	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar en la estructura familiar • Factores de embarazo y perinatales • Primera infancia • Infancia • Adolescencia • Crisis personales y familiares • Abandono y malos tratos • Momentos de aparición de los problemas en relación con estado evolutivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Coeficiente intelectual • Autoestima • Autoeficacia • Esquemas cognitivos • Atribuciones • Estilos Cognitivos • Variables de estructuras y procesos cognitivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Patrones psicofisiológicos de respuesta al estrés • Respuestas alteradas • Emociones y estado de ánimo • Ansiedad • Depresión • Ira • Indefensión • Desesperanza • Optimismo • Esquemas narrativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia de sustancias • Variables biológicas que afectan al comportamiento • Enfermedades médicas que afectan al comportamiento

Variables internas para tener en cuenta en el proceso de evaluación psicológica. Adaptado de Muñoz (2003)

- Variables del contexto:

Condiciones físicas	Condiciones sociales
<ul style="list-style-type: none">• Ruido• Luz• Ambiente atmosférico• Temperatura• Residencia: seguridad, sanidad e identidad personal	<ul style="list-style-type: none">• Grupos familiares y de amistades• Ambientes de ocio vs. ambientes laborales• Redes de apoyo social• Grupos sociales de referencia

Variables externas para tener en cuenta en el proceso de evaluación psicológica. Adaptado de Muñoz (2003).

ANEXO III. Guion de la Entrevista Clínica

- Sesión inicial:

1. “Romper el hielo”: Dedicar los primeros minutos de la entrevista a hablar de cualquier cosa no referente a la consulta.
2. Datos Personales:
 - Iniciales/Número de historia:
 - Sexo:
 - Edad:
 - Profesión:
 - Estado civil:
 - Dirección:
 - Teléfono de contacto:
3. Encuadre terapéutico:
 - Confidencialidad
 - Tarifas
 - Frecuencia/ duración de las sesiones
 - Avisar con antelación si no va a asistir a consulta
 - Si no ha asistido nunca a un Psicólogo explicar en qué consiste un Tto. Psicológico.
 - Preguntar si le podemos tutear.
 - Firmar contrato terapéutico (Protección de datos).
4. Motivo de consulta

- Segunda sesión

5. Exploración de las diferentes áreas
 - Área de la Salud:
 - Situación médica actual y antecedentes médicos.
 - Tratamientos Psicológicos/Psiquiátricos/Farmacológicos actuales o previos.
 - Hábitos de alimentación, actividad física, sueño y actividad sexual.
 - Preguntar si fuma, consume alcohol u otro tipo de drogas.
 - Valorar cuidado/higiene personal.
 - Situación laboral actual.
 - Trayectoria profesional
 - Grado de satisfacción.
 - Área Social:
 - Pareja/amistades/compañeros de trabajo.
 - Ocio
 - Área Personal:
 - ¿Cómo te describirías?, ¿Cómo crees que te ven los demás?, ¿Qué cosas te gustan de ti y cuáles no?...



- Tercera sesión

- Exploración de las conductas problema:
 - En relación con la frecuencia, intensidad, duración y tipo de los ataques.
 - En relación con las sensaciones físicas que experimenta la persona en momentos de elevada ansiedad.
 - Miedo a las sensaciones físicas de ansiedad y a la pérdida de control.
 - Le preocupa tener ataques de ansiedad.

ANEXO IV

Autorregistro de pensamientos y conductas ansiógenas.

día	Hora	¿Qué ha pasado?	¿Qué he pensado?	¿Qué he hecho?	Sensación de ansiedad (0-10)
Lunes					

Autorregistro de exigencias irracionales

AUTORREGISTRO DE EXIGENCIAS IRRACIONALES: la tendencia a confundir el deseo con la realidad			
FECHA	SITUACIÓN EMOCIONAL	PENSAMIENTO IRRACIONAL	PENSAMIENTO RACIONAL
	<ul style="list-style-type: none"> Situación y emoción 	<ul style="list-style-type: none"> Exigencia Irracional "debería, tendría, habría..."¿Qué es lo que yo creo que debió pasar? 	<ul style="list-style-type: none"> Preferencia racional y aceptación de la realidad
Ejemplo	<ul style="list-style-type: none"> Me enfadé... Me entristeció... Me molestó... 	<ul style="list-style-type: none"> No debió... No debería haber... Debí... 	<ul style="list-style-type: none"> Me hubiera encantado...pero la realidad es...es una realidad que no me gusta pero a la cual me tengo que enfrentar Aunque me encantaría que...pero me guste o no, eso existe

ANEXO V. DOCUMENTO PSICOEDUCATIVO DE DISTORSIONES COGNITIVAS

Distorsiones Cognitivas

Las distorsiones cognitivas son aquellas maneras erróneas que tenemos de procesar la información, es decir, malinterpretaciones de lo que ocurre a nuestro alrededor, generando múltiples consecuencias negativas.

En mayor o menor medida, todos podemos presentar alguna vez, algún tipo de distorsión cognitiva. Saber detectarlas y analizarlas, nos ayudará a tener una mente más clara, desarrollando actitudes más realistas y sobre todo, positivas.

A continuación, puedes ver algunas de las distorsiones cognitivas que vimos en la última sesión:

Distorsiones cognitivas más frecuentes:

Distorsión Cognitiva	Descripción	Ejemplos
Leer la mente	<ul style="list-style-type: none"> • Sin las personas decir nada, usted asume que conoce lo que los demás están pensando y que tiene suficiente evidencia de ello. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Ella piensa que soy poco atractivo”, “Él está molesto conmigo”, “Ella piensa que no puedo hacerlo”
Adivinar el futuro	<ul style="list-style-type: none"> • Se predice el futuro en un sentido negativo, involucrando fallas o peligros. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Me irá mal en la entrevista”, “Yo nunca podré entrar a la universidad”, “Seré infeliz en el matrimonio”
Catastrofización	<ul style="list-style-type: none"> • Se espera un desastre. Se piensa que lo que sucederá será terrible e insoportable y no será capaz de enfrentarlo. Aquí se involucra el aspecto afectivo: lo mal que se sentirá usted si el evento tiene lugar. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Sería terrible que ella me dejara”, “No podré soportar fracasar”, “Voy a estar tan nerviosa que no podré hacer nada”
Maximizar/Minimizar	<ul style="list-style-type: none"> • Se hace una evaluación de uno mismo, de otros o de una situación y se exagera o minimiza lo negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Lo que logré no tiene gran mérito, cualquiera lo hubiese hecho”

<p>Etiquetar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asignar rasgos negativos a sí mismo y a otros sin considerar que la evidencia puede llevar a conclusiones menos desastrosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Soy indeseable, Él es una persona no confiable”, “Soy un perdedor”
<p>Descalificar o dejar a un lado lo positivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se considera, de una manera poco razonable, que las experiencias, logros o cualidades propias o ajenas, no valen nada. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Ella dice que le gusto porque teme herir mis sentimientos
<p>Filtro negativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Centrarse exclusivamente en los detalles negativos y raramente descubrir los positivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Nuestro matrimonio no está bien porque ayer discutimos” • (Aunque es la primera discusión en meses)
<p>Sobregeneralización negativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Llegar a una conclusión negativa a partir de un simple y único incidente. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Como obtuve una mala calificación en el examen, significa que fracasaré el curso”
<p>Pensamiento de todo o nada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos extremos (blanco/negro, bueno/malo). Se observa una situación en dos categorías en vez de considerar toda una gama de posibilidades intermedias. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Si no soy el mejor de mi clase, soy un mediocre”
<p>“Debo” o “Tengo”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se interpretan los eventos en términos de cómo se piensa que “deberían ser las cosas”, no teniendo en cuenta lo que es. Es como tener un listado de reglas acerca de cómo debe actuar usted y los demás. Las personas que rompan las reglas hacen que se sienta molesto y si las rompe usted, se siente culpable. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Debería ser más disciplinado. Si no lo logro, voy a ser un hombre débil e inútil”, “Tengo que conseguirme un novio si quiero ser feliz”, “Debo encontrar una solución rápida a todos los problemas”

<p>Personalización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Culpabilizarse por determinados eventos negativos y fallar en analizar que otras personas o variables ajenas también pueden haber influenciado sobre dichos eventos. • Creer que las demás personas tienen una actitud negativa hacia uno, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Mi marido me dejó porque soy una pésima esposa”, siendo el marido extremadamente infiel. • “Mi jefe está indiferente y antipático conmigo porque debo haber hecho algo que no le gustó”
<p>Comparación falsa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretar los eventos con estándares poco realistas. Focalizarse principalmente en aquellos sujetos que son “mejores que yo” en algún aspecto. Hay sentimientos de inferioridad en la comparación. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Ella es más exitosa que yo”, “Yo soy un completo fracaso porque mis amigos tienen mejores empleos”
<p>Orientación hacia el remordimiento o “lo que podía haber sido y no fue”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se focaliza en la idea de haber podido tener mejores resultados en el pasado, más que prestar atención al buen rendimiento en el aquí y el ahora. Pensar que de haber tenido la información que hoy se posee, se podría haber evitado determinados resultados negativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Podría haber tenido un trabajo mejor del que tuve”, Si hubiera elegido bien a mi pareja, no estaría sufriendo”, Yo debería haber sabido el estado de mis cuentas y evitar la quiebra
<p>“Y qué si...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se afirma de manera opositora: “Y qué importa si esto o aquello ocurre” 	<ul style="list-style-type: none"> • “Sí, pero ¿Y qué si soy ansioso?, ¿Y qué si no puedo controlar mi respiración?”
<p>Razonamiento emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pensar que algo tiene que ser real porque él así lo siente. En consecuencia, lo que guía la interpretación de la realidad son los sentimientos más que la razón. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Si me siento un fracasado, lo soy”, “Si siento que mi esposa no me quiere, entonces no me quiere”

Inhabilidad para desconfirmar	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazar aquella evidencia o argumento que puede contradecir los pensamientos negativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ante un ascenso en la empresa, pensar que fue por razones distintas a su capacidad.
Echar la culpa	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar que otras personas son el origen o la causa de sus sentimientos negativos y se niega a tomar la responsabilidad de su propio cambio 	<ul style="list-style-type: none"> • “Mi esposo es el culpable de que yo no haya podido estudiar”, “Yo soy así porque mis padres no fueron cariñosos conmigo”

Tabla 3. Distorsiones Cognitivas en terapia cognitiva de Beck. Adaptado de Bedoya, (2019)