



Intervención en paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada y fobia al examen de conducir

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Silvia Ezquerro Gómez

Tutor/a académico: Carlos Velo Higuera

Fecha de realización del trabajo: 28/02/23

Nº palabras: 11.898

Resumen

El presente estudio clínico expone el caso de una paciente de 23 años con sintomatología compatible con un Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y fobia específica. La paciente acudió a consulta en septiembre de 2022 refiriendo elevada ansiedad, dificultad para conciliar el sueño, baja concentración, y dificultades en la gestión de pensamientos intrusivos sobre la reciente ruptura amorosa y miedo al examen del carnet de conducir. Se describe cómo se llevó a cabo la evaluación y se plantea una intervención desde un enfoque Cognitivo-Conductual con técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnicas de control de la respiración y entrenamiento en relajación seguido de técnicas de exposición. El plan terapéutico incluye evaluación y tratamiento a lo largo de 4 meses con 16 sesiones de 50 minutos. A pesar de continuar aún en tratamiento, se aprecian mejoras significativas con respecto a los objetivos planteados, con un pronóstico crónico pero favorable.

Palabras clave

Ansiedad, caso clínico, fobia, Terapia Cognitivo-Conductual, Trastorno Ansiedad Generalizada.

Abstract

This clinical study presents the case of a 23-year-old patient with symptoms compatible with Generalized Anxiety Disorder (GAD) and specific phobia. The patient came to therapy in September 2022 referring high anxiety, having trouble sleeping, low concentration and with some difficulties managing intrusive thoughts about the recent breakup and the fear of the

driving test. It is described how the evaluation was carried out and it is proposed an intervention from a Cognitive Behavioral approach with techniques such as psychoeducation, cognitive restructuring, control breathing techniques and relaxation training, followed by exposure techniques. The therapeutic plan includes evaluation and treatment over 4 months with 16 sessions of 50 minutes. Despite still being in treatment, there have been significant improvements regarding the objectives outlined, with a chronic but favorable prognosis.

Keywords

Anxiety, Cognitive Behavioral Therapy, clinical study, Generalized Anxiety Disorder, specific phobia.

Índice

Resumen.....	2
1. Introducción.....	5
1.1 Conceptualización de la ansiedad.....	5
1.2. Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	6
1.3. Etiología.....	8
1.4. Evaluación.....	11
1.5. Tratamientos más eficaces.....	12
1.6. Fobia específica.....	15
2. Identificación del paciente y motivo de consulta.....	17
3. Estrategias de Evaluación.....	20
4. Formulación clínica del caso.....	23
4.1. Análisis Psicológico del Problema (origen y mantenimiento).....	23
4.2. Cadenas funcionales.....	26
4.3. Resultados y diagnóstico.....	28
4.4. Objetivos de tratamiento.....	29
5. Tratamiento.....	31
6. Valoración del tratamiento.....	41
6.1. Adherencia al tratamiento.....	41
6.2. Consecución de objetivos.....	42
7. Discusión y conclusiones.....	45
8. Valoración Personal.....	50
9. Referencias bibliográficas.....	50
10. Anexos.....	62

1. Introducción

1.1 Conceptualización de la ansiedad

Se entiende por ansiedad el estado de nerviosismo y agitación producto de una serie de cambios físicos y procesos mentales (Sierra et al, 2003), que se desencadenan ante la anticipación de una amenaza futura o ante la ausencia de un peligro tangible (Kuaik y De la Iglesia, 2019).

La ansiedad es una condición muy común que puede afectar a gran parte de la población en algún momento de sus vidas (OCU, 2018). Lo preocupante es que en los últimos tiempos los casos de ansiedad están aumentando (Macías-Carballo et al., 2019). De hecho, la Organización Mundial de la Salud (2015) estimó que 264 millones de personas en el mundo padecen ansiedad, con una prevalencia de 3,6% en hombres, siendo las mujeres las más afectadas con un 7.7%. Cifras que tras la COVID-19, han aumentado mundialmente en un 25,6%, con una media aproximada de 4.802,4 por 100.000 residentes, equivalente a 374 millones de personas (Santomauro et al., 2021).

Clark y Beck (2012) se refieren a la ansiedad como:

Un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables, que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. (p.23)

En el mismo sentido, Miguel-Tobal (1990) detalla:

La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos

(internos y externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, en gran parte, determinado por las características del sujeto. (p. 310).

La ansiedad se vuelve desadaptativa cuando constituye una reacción desajustada y desproporcionada (Kielholz, 1987), si sobrepasa la frecuencia, intensidad o duración típica (Cía, 2007), o bien si esa amenaza que hemos detectado no presenta ningún peligro real (Vila, 1984) (Pollack et al., 2004). Los síntomas que desencadena suelen ir asociados a sensaciones de bloqueo o de incapacidad para hacer frente a la situación (Cattell, 1983; Kuaik y De la Iglesia, 2019). La ansiedad favorece la aparición de pensamientos anticipatorios del peligro, sentimientos de incertidumbre, frustración, angustia y respuestas de escape o evitación de ciertas situaciones valoradas como peligrosas (Ildefonso, 2017; Thyer, 1987).

1.2. Trastorno de Ansiedad Generalizada

Como mencionábamos al comienzo, la ansiedad es uno de los problemas de salud mental más comunes (OCU, 2018). En el gran espectro en el que se encuadran los trastornos de ansiedad, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es el más habitual entre la población adulta y es el que más demandas de ayuda psicológica genera en Atención Primaria (Macías-Carballo et al., 2019).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada comprende a las personas que sienten un desasosiego desmesurado con relación a situaciones de la vida cotidiana. Algunos de sus síntomas son la preocupación durante la mayoría de los días, la intranquilidad, el agotamiento, dificultades en el sueño, nerviosismo, o baja concentración (APA, 2014; Macías-Carballo et al., 2019). El DSM-V (APA, 2014), recoge los criterios diagnósticos que hay que cumplir para que un paciente reciba el diagnóstico de un Trastorno de Ansiedad Generalizada (ver *Anexo I*).

Todas estas manifestaciones, suelen ir acompañadas de diferentes pensamientos y comportamientos según las circunstancias de cada persona que generalmente van en la línea de: baja tolerancia a la incertidumbre, sobrevaloración del peligro, dificultad en la imposición de límites, baja capacidad de resolución de problemas, aprensión a la preocupación y elusión o negación de lo temido (Fernández-Marcos et al., 2014).

El TAG tiene una alta prevalencia, que se sitúa aproximadamente en el 3,7% a nivel global en la población adulta. Cabe destacar que la prevalencia varía de unos países a otros, siendo más elevada en países con altos ingresos con un 5%, ligeramente menor en países con ingresos medios siendo un 2,8% y encontrando las cifras más inferiores en países de bajos ingresos con una prevalencia aproximada de 1,6% (Ruscio et al., 2017).

Por otro lado, su comorbilidad también tiene unas cifras muy elevadas, situadas en torno al 81,9%, relacionadas en un 63% con trastornos del estado de ánimo y en un 51,7% con otros trastornos de ansiedad (Ruscio et al., 2017). Dentro de la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, la fobia social es la más prevalente 16-59% y después le sigue la fobia específica 16-56% (Noyes, 2001).

Este tipo de trastorno suele iniciarse en la adultez, hacia los 20/30 años (Maina et al., 2016), no obstante, muchos consultantes refieren haber experimentado los síntomas del TAG varios años antes (Bados, 2017).

El curso típico del Trastorno de Ansiedad Generalizada suele ser crónico y fluctuante, sufriendo una agravación de los síntomas en épocas de estrés elevado (Cía, 2007). La remisión total del trastorno se ha observado en muy pocas ocasiones, generalmente, persisten algunos de sus síntomas de manera residual y con menor intensidad (Bados, 2017).

1.3. Etiología

El trastorno de ansiedad generalizada no tiene una causa concreta identificada. Más bien tiene su correlato en una combinación de vulnerabilidades biológicas, psicológicas y ambientales (Bados, 2017), que no implican automáticamente el desarrollo del TAG.

A continuación, se describen los factores que pueden estar relacionados con el desarrollo de un TAG:

A nivel hereditario, el TAG tiene un componente heredable del 31,6%, por lo que supone una carga genética de riesgo moderado (Shimada-Sugimoto et al., 2015). McLaughlin et al. (2008) refieren que las personas que tienen un familiar cercano que sufre TAG, tienen 5 veces mayor probabilidad de padecer dicho trastorno. Existen ciertos factores que pueden ser heredados como es la alta reactividad y sensibilidad al estrés; y rasgos de la personalidad como el neuroticismo, la introversión o la inhibición conductual ante lo extraño (Shimada-Sugimoto et al., 2015).

A nivel neurológico, se ha descubierto que desequilibrios químicos (Martin et al., 2009) en hormonas o neurotransmisores reguladoras del estado anímico como la noradrenalina, serotonina y GABA, (Nuss, 2015) pueden influir en el desarrollo de trastornos de la ansiedad como el TAG.

Se encuentran diferencias en las estructuras cerebrales de personas que padecen TAG, como un mayor volumen de la zona derecha de la amígdala (Makovac et al., 2016), lo cual supone una amígdala más reactiva, que se traduce en la interpretación de estímulos de manera más amenazante (Monk et al., 2008). Asimismo, los estudios demuestran que una mayor cantidad de sustancia gris en ciertas zonas del cerebro está implicada en la aparición de pensamientos anticipatorios, preocupaciones y en la regulación emocional (Schienle et al., 2011).

A nivel psicológico, las personas que han tenido experiencias estresantes durante su crecimiento suelen desarrollar distorsiones cognitivas que les hacen percibir el mundo de una manera peligrosa, interpretan de forma negativa las palabras o acciones de su entorno, o incluso se sienten incapaces para hacer frente a situaciones difíciles o amenazantes (Barlow, 2002; Sibrava y Borkovec, 2006).

De acuerdo con el modelo cognitivo, esto puede resultar en un ciclo de pensamientos negativos que acaban generando estrés y ansiedad (Wells, 2004). La función que cumplen las preocupaciones a corto plazo es la reducción de los pensamientos negativos y, por consecuencia, del malestar, ya que las personas que padecen TAG desarrollan preocupaciones excesivas para prevenir el impacto negativo del sentimiento asociado a esos pensamientos (Gosselin y Laberge, 2003). A largo plazo puede dificultar el proceso emocional y a su vez, continuar manteniendo los pensamientos ansiosos (Rovella y González, 2008). De esta forma, las personas acaban utilizando las preocupaciones como una manera de resolver los problemas (Davey, 1994; Rovella et al., 2011).

El hábito de preocuparse se fortalece a través de la repetición y mediante el refuerzo negativo de, por un lado, la no ocurrencia de los hechos que generan esas preocupaciones y por otro, la baja activación psicológica, que es una consecuencia positiva de las preocupaciones (Borkovec et al., 2004; Roemer et al., 2021). Los procesos mentales implicados en el mantenimiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada son la sobrevaloración del beneficio de preocuparse, la baja tolerancia a la incertidumbre, la elusión cognitiva y la pobre capacidad de resolución de problemas (Dugas et al., 2005).

Estas personas relacionan la ansiedad, preocupación y miedo con rasgos de personalidad negativos, por lo que se los cuestionan con gran autoexigencia y autocrítica. Las personas con TAG se adentran en una serie de comportamientos problemáticos para evitar o

escapar de la desagradable sensación de las preocupaciones y su consiguiente autoevaluación negativa (Roemer et l., 2021).

Los factores ambientales involucrados en el desarrollo y mantenimiento del TAG, hacen referencia a eventos vitales negativos que aparezcan de manera repentina induciendo una gran carga de estrés (Gosselin y Laberge, 2003). En este sentido, la experimentación de vivencias traumáticas tempranas durante el desarrollo y los estresores psicológicos durante la adultez, aumentan el riesgo de desarrollar un TAG (Roomruangwong et al., 2018). Tales vivencias pueden ser: sufrir un abandono, pérdida o inversión de roles durante la infancia, falta de interacciones sociales, baja satisfacción con la vida (Gosselin y Laberge, 2003), tener padres alcohólicos, haber sufrido maltrato, etc. (Bados, 2017).

Burstein y Ginsburg (2010) descubrieron la influencia que tiene ser educado por una persona que padece ansiedad, ya que los niños aprenden este manejo ansioso de las situaciones a través de la observación y repetición de los modelos que les rodean. Los padres con TAG educan a sus hijos en la creencia de que el mundo es peligroso y que, por tanto, hay que estar continuamente alerta, por lo que no desarrollan adecuadamente su capacidad para identificar las posibles amenazas que les rodean. Estos niños aprenden que las preocupaciones y anticipaciones les ayudan a estar preparados para sobrellevar la incertidumbre (Aktar et al., 2017).

En resumen, puede haber cierta vulnerabilidad biológica y psicológica que podría estar latente hasta que se combina con la experiencia de un evento negativo estresante (Gosselin y Laberge, 2003), que puede generar que las personas respondan con preocupación y ansiedad pudiendo llegar a desarrollarse el TAG (Barlow, 2002; Sibrava y Borkovec, 2006).

1.4. Evaluación

Para evaluar a personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada, el terapeuta, según las necesidades y características del paciente, utiliza una serie de instrumentos de evaluación que permiten detectar y confirmar dicha problemática.

Entrevistas

La entrevista utilizada por excelencia es la “Entrevista estructurada para los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados, según el DSM-V (ADIS-5): versión para adultos” (Brown y Barlow, 2014). Es una herramienta que indica la existencia y diagnóstico de trastornos de ansiedad siguiendo los criterios y clasificación del DSM-V y permite evaluar otro tipo de trastornos recogidos en el DSM-V (APA, 2014).

Cuestionarios

En el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada existen diferentes cuestionarios estandarizados que evalúan la ansiedad general y síntomas más concretos del trastorno como las preocupaciones (Bados, 2005).

Para medir la ansiedad de manera general se administra el State-Trait Anxiety Inventory -STAI-(Spielberger et al., 1970). Cuestionario que mide la Ansiedad-Rasgo y la Ansiedad- Estado. Ansiedad-rasgo hace referencia a la ansiedad como una tendencia estable en el tiempo, como una característica de la persona. Ansiedad-estado se refiere al estado emocional en el momento actual, por lo tanto, es cambiante y transitorio (Buela-Casal et al., 2015).

Para medir los síntomas más específicos del TAG existen muchas escalas, pero las más utilizadas son:

- Cuestionario de Preocupación y Ansiedad (WAQ) (Dugas et al., 2001). Es un cuestionario de cribado que mide los criterios diagnósticos del TAG según el DSM-V (APA, 2014). Sus preguntas exploran las preocupaciones recurrentes, si son excesivas, su duración, la complejidad de su gestión y su grado de interferencia en la vida diaria.
- Cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GADQ- IV) (Newman et al., 2002). Es un instrumento de cribado que se administra al inicio del tratamiento para detectar si el paciente cumple los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 2014) para el TAG. Sin embargo, no indica la gravedad de este.
- Cuestionario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania (PSWQ) (Meyer et al., 1990), en su versión española PSQW (Sandin et al., 2009). Instrumento creado para evaluar la frecuencia del hecho de preocuparse, siendo esta la característica fundamental del TAG, y para medir todas las dimensiones de las preocupaciones, en cuanto a su excesividad e incontrolabilidad (Fresco et al., 2002).
- Escala del trastorno de ansiedad generalizada-7 (GAD-7). Es una escala breve auto aplicable que se emplea para evaluar el TAG (Spitzer, 2006).

1.5. Tratamientos más eficaces

La División 12 de la American Psychological Association (s.f) reconoce como tratamientos de intervención eficaces para el trastorno de ansiedad generalizada tanto la Terapia cognitiva como la Terapia conductual.

La Terapia cognitiva, mediante la reestructuración cognitiva, modifica las creencias y los patrones de pensamiento negativo y catastrófico que las preocupaciones están manteniendo.

La Terapia conductual emplea técnicas como el entrenamiento en relajación, la planificación de actividades agradables, posponer ciertos pensamientos y preocupaciones hasta un momento programado y la exposición controlada a pensamientos y situaciones que son evitadas.

Ambos enfoques, utilizados de manera individual, se han demostrado eficaces. Sin embargo, las investigaciones demuestran que la combinación de ambas terapias es más ventajosa (Capafons, 2001). Los pensamientos, sentimientos y comportamientos están interrelacionados de tal forma que, si alteramos uno, puede aliviar los problemas en los demás (ej: modificar los pensamientos negativos llevará a sentir menos ansiedad). Esta combinación se conoce como Terapia Cognitivo Conductual (TCC) siendo la que mayor rigor científico posee para el tratamiento del TAG (Carpenter et al., 2018).

Dentro de la TCC destacan diferentes intervenciones según la importancia que unos autores u otros dan, tanto a los componentes cognitivos como la reestructuración; a los conductuales como la exposición; o a la relajación.

Autores como Barlow et al. (1998) demuestran que el tratamiento con mayor eficacia es la combinación de técnicas cognitivo-conductuales y el entrenamiento en relajación (Fernández-Marcos et al., 2014). Fundamentan su programa de tratamiento en técnicas dirigidas a la reestructuración cognitiva; entrenamiento en relajación; exposición; modificación de conductas que mantienen la preocupación y ansiedad; toma de decisiones y establecimiento de límites; y entrenamiento en resolución de problemas (Brown et al., 1993, 2001).

La reestructuración cognitiva es una técnica en la que el terapeuta guía al paciente a reconocer y cuestionar sus creencias irracionales o pensamientos distorsionados a través del

diálogo y debate (Bados y García, 2010), para reemplazarlos por pensamientos alternativos que no generen la alteración emocional que producían los iniciales (Clark, 1989).

El entrenamiento en solución de problemas es una técnica que ayuda al paciente a encontrar posibles soluciones a las dificultades que aparecen en su día a día y requieren de una respuesta funcional que el paciente no está siendo capaz de encontrar. Primero se identifica cuál es el problema y se recoge la información relacionada. A continuación, se generan posibles soluciones alternativas. Después se realiza la toma de decisiones, en la que se valoran las ganancias y pérdidas de cada una de las soluciones, para poder comparar y decidir. Finalmente se lleva a cabo la solución elegida y se reevalúa, por si fuera necesario realizar cambios (Nezu y D´Zurilla, 2007).

Por otro lado, Dugas y Robichaud (2007) basan su modelo de intervención en las variables características implicadas en mantener el TAG: la baja tolerancia a la incertidumbre que genera y mantiene las preocupaciones y la ansiedad al desarrollar sesgos que interpretan la información y las situaciones como peligrosas (Burgos y Gómez, 2019); las creencias de utilidad de las preocupaciones; la elusión cognitiva; y la afrontación al problema con una desconfianza en la capacidad propia de resolver las dificultades (Dugas et al., 1998; Ladouceur et al., 2000; Rodríguez et al., 2004).

Finalmente, el tratamiento farmacológico empleado en combinación con los tratamientos psicológicos utiliza fármacos como los antidepresivos, benzodiazepinas y anti convulsionantes y en numerosas ocasiones han demostrado eficacia en ensayos con placebo y grupo control (Newman et al., 2013). Sin embargo, también poseen muchas limitaciones y desventajas (Newman et al., 2013), y no parece haber un claro consenso del efecto añadido que puedan tener los fármacos en combinación con la TCC (Bond et al., 2002; Crits-Christoph et al., 2011).

Áreas de mejora para el tratamiento existente del TAG

Hay ciertos pacientes con TAG que aparentemente no muestran resultados de mejora significativos en el largo plazo cuando emplean la tradicional TCC (Borkovec y Ruscio, 2001).

Estos datos han provocado intentos de mejora dirigiéndose a ciertos aspectos que se ha demostrado que están relacionados con el mantenimiento del TAG (Newman et al., 2013). Esos tratamientos han orientado sus avances a la terapia focalizada en la emoción y regulación emocional (Crits-Christoph et al., 2011; Mennin 2006), a la terapia integrativa, que incluye estrategias específicas para gestionar los problemas interpersonales y la evitación emocional (Newman et al., 2004), a los problemas interpersonales (Crits-Christoph et al., 2011), a las terapias de aceptación y compromiso y mindfulness (Roemer et al., 2008; Roemer y Orsillo, 2007), a la tolerancia a la incertidumbre (Dugas et al., 2005), a los sesgos atencionales (Amir y Taylor, 2012), a la entrevista motivacional (Westra, 2011), así como una perspectiva metacognitiva (Wells y King, 2006). De todas formas, aun no hay evidencia empírica suficiente que demuestre que ninguno de estos nuevos tratamientos sea superior a la tradicional TCC (División 12 de la APA, s.f).

1.6. Fobia específica

Dada la alta comorbilidad del Trastorno de Ansiedad Generalizada y la fobia específica 16-56% (Noyes, 2001), conviene dedicar unas líneas a describir brevemente dicho trastorno.

La fobia específica consiste en un miedo irracional asociado a un objeto o situación específica, su evitación y la persistencia de ese temor en el tiempo, llegando a causar un malestar clínicamente significativo (APA, 2014; Eaton et al., 2018). El DSM-V (2014),

recoge los criterios diagnósticos que una persona tiene que cumplir para recibir el diagnóstico de Fobia específica (ver *Anexo 2*).

Los estudios indican que las personas que presentan una fobia específica muy pocas veces reciben tratamiento, ya que con evitar dicha situación u objeto, reducen el malestar (Lee et al., 2007).

El tratamiento que tiene mayor evidencia para tratar la fobia específica es la Terapia Cognitivo Conductual a través de la exposición en diferentes variantes (Wolitzky-Taylor et al., 2008). Según la División 12 de la APA (s.f), este tipo de tratamientos se basan en la exposición del paciente al estímulo temido, ya que las fobias específicas se mantienen por el escape o la evitación de dicho estímulo. Como las personas no permanecen el tiempo suficiente ante el estímulo temido, no llegan a comprobar que la ansiedad disminuye por sí sola y que dicho estímulo no es tan peligroso (Eaton et al., 2018).

Entre los tratamientos de exposición más empleados se utiliza la desensibilización sistemática, la exposición en imaginación, en vivo y a través de realidad virtual (Choy et al, 2007), siendo estas dos últimas formas las que demuestran mayor eficacia (Wechsler et al., 2019).

La desensibilización sistemática real es una variación de la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958), técnica cuyo objetivo es disminuir, tanto el nivel de ansiedad, como las respuestas de escape o evitación ante estímulos temidos. Utiliza la relajación como respuesta antagónica a la ansiedad, posteriormente se realiza una jerarquía de estímulos ordenados de menor a mayor según la ansiedad que provocan, y finalmente se lleva a cabo la exposición en vivo al estímulo fóbico de manera gradual mientras se realiza la respuesta incompatible con la ansiedad (Labrador y Crespo, 2014).

Dentro de las técnicas de exposición, hay una variante que es la autoexposición, que consiste en exponerse a los estímulos temidos en vivo y sin el acompañamiento del terapeuta, por lo que el paciente completa un autorregistro con cada exposición para comentarlo posteriormente en sesión con el terapeuta. Esta técnica dota a los usuarios de la agencialidad de su cambio y mantiene los resultados más fácilmente al realizarse en el entorno natural del paciente (Foa y Wilson, 1992; Echeburúa et al., 2014). El tratamiento en exposición se acompaña de psicoeducación, reestructuración cognitiva de los pensamientos irracionales y entrenamiento en relajación (Thng et al., 2020).

El objetivo de este trabajo es la presentación de un caso clínico de una mujer con TAG que ha desarrollado una fobia específica al examen del carnet de conducir. Tras la información presentada anteriormente en la introducción, en la que se revisan diferentes aspectos y características de ambos trastornos, se presenta seguidamente la identificación de la paciente, la evaluación llevada a cabo y los resultados de esta a través de la formulación clínica y cadenas funcionales. Finalmente, se especifican los objetivos de la intervención, cómo se ha abordado el tratamiento y su valoración.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Identificación del paciente

Con el fin de respetar el Código Deontológico profesional y de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos, para preservar la identidad de la paciente se emplearán únicamente sus iniciales para referirse a ella, y evitar que pueda ser reconocida.

P. L. es una mujer de 23 años que se encuentra estudiando el tercer curso de la carrera de Fisioterapia en Madrid. Convive con su madre, padre y hermana menor, de 16 años.

Motivo de consulta

P.L. acude a consulta en septiembre de 2022 refiriendo que en los últimos seis meses se le han acumulado diversas circunstancias que quiere aprender a gestionar. En este sentido expresa “me veo desbordada por la ansiedad” y dice no saber con exactitud cuando empezó la sintomatología, ya que siempre vive las cosas con mucha ansiedad. Sin embargo, en los últimos meses esto se ha agravado.

Expresa que vivió la pandemia con mucha ansiedad, “tenía mucho miedo por si contagiaba a alguien de COVID-19 y fallecían por mi culpa” y lo vivía de manera muy ansiosa, con gran sentimiento de culpa y responsabilidad. Describe cómo su vida quedó limitada por el miedo a contagiar a los demás, dejando de hacer actividades como ir a clase, quedar con sus amigos o pareja, ir al gimnasio, etc.

En su ámbito familiar, manifiesta tener muy buena relación con su madre, incluso ser ésta su persona de apoyo y, sin embargo, refleja tener una mala relación con su padre, que es muy autoritario, al que define como “una persona muy estricta y exigente, que critica mucho y al que hay que darle muchas explicaciones de hasta la cosa más simple”. Explica que con su hermana también tiene una relación complicada, “salta a la mínima, te dice las cosas de muy malas formas e insultando” a lo que P.L. refiere haber tratado de “llevarse bien” en diversas ocasiones y, al no conseguirlo, se ha alejado emocionalmente de ella. Además, explica que tanto su padre como su hermana, “son unos histéricos, con el carácter muy marcado, es como si fueran chihuahuas, todo el rato criticando”. Refiere que se ha criado con un alto nivel de exigencia familiar donde se premiaban mucho los logros y se criticaban mucho los errores.

En el ámbito social, expresa sentirse en ocasiones “fuera de lugar”, a pesar de tener buenas amistades. Por otro lado, P.L. mantenía una relación sentimental de 9 meses de duración. Sin embargo, cuando acude a terapia, explica haber finalizado dicha relación

amorosa, hace una semana. Expresa muchos pensamientos relacionados con la culpa y con “debería haberlo hecho mejor”; “tendría que haber aguantado más”, ya que fue ella quien decidió terminar la relación cuando tomó consciencia de que estaba anteponiendo siempre las necesidades de su pareja a las suyas.

Expresa querer trabajar en diversas áreas, especialmente en la gestión de su ruptura amorosa, concretamente para manejar los pensamientos de culpabilidad que siente.

Igualmente le gustaría aprender a gestionar el miedo que presenta ante el examen de conducir, al cual se ha presentado en cinco ocasiones y en algunas de ellas ha sufrido una activación fisiológica muy desagradable, con taquicardia, hormigueo en parte de la cara y perdiendo incluso la capacidad de hablar. Añade que le agobia y presiona el desembolso económico que están haciendo sus padres para pagar el carnet de conducir.

Describe ser una persona muy autoexigente y perfeccionista, y reconoce que le cuesta legitimar sus necesidades y poner ciertos límites.

Evolución del problema

Cuando P.L. tenía siete años, su hermana pegaba y mordía, por lo que recibieron atención psicológica a domicilio, la hermana individualmente y juntas realizando talleres.

P.L. refiere que lleva desde 2015 acudiendo a los profesionales de la salud mental, ya que sufrió Anorexia Nerviosa, la cual ha remitido y ya no hay síntomas expresados. Asimismo, tuvo ataques de ansiedad para los que le recetaron Diazepam y durante dos meses, Sertralina. Durante este tiempo, acudió a un grupo terapéutico en el que realizaba talleres grupales para personas con Trastorno de Conducta Alimentaria. Sin embargo, comenta que no se sintió muy cómoda. Refiere que hace tiempo que ya no presenta ninguna sintomatología relacionada con el TCA.

Con su terapeuta anterior ha trabajado, entre otras cosas, la gestión emocional de la ansiedad frente a exámenes y en cuanto a relaciones sociales y de pareja.

En septiembre de 2022 retoma la terapia psicológica en el Centro Ohana Psicología y Atención Psicoeducativa.

Hasta el momento, P.L. ha recibido 16 sesiones de terapia individual.

P.L. padece de asma, no fuma, y bebe de manera ocasional como parte del ocio. No refiere problemas alimenticios, realiza deporte a diario y acude a la primera sesión con cierta dificultad para concentrarse y conciliar el sueño, que atribuye a la ansiedad, teniendo en ocasiones pesadillas.

3. Estrategias de Evaluación

En las primeras sesiones se emplearon una serie de instrumentos de evaluación para valorar la situación de P.L. y poder elaborar un programa de intervención adecuado a sus necesidades. En las sesiones posteriores, se ha continuado recabando información sobre la evolución de P.L. a través de autorregistros y cuestionarios.

Durante la evaluación, la psicóloga supervisora a cargo de la intervención de P.L. toma la decisión de emplear estas técnicas como método de evaluación.

Evaluación inicial:

- Entrevista semiestructurada: En la primera sesión, se siguió el modelo de entrevista semiestructurada utilizada en la Universidad Europea de Madrid (Serrador, 2021) con el fin de evaluar las conductas problema que han hecho a P.L. acudir a terapia. De este modo, se realizaron una serie de preguntas para profundizar sobre la frecuencia, duración e intensidad del problema, así como sobre las soluciones previamente intentadas. Así mismo, se evaluaron las diferentes áreas de su vida para comprender cómo se estaban

viendo afectadas. La entrevista semiestructurada es un recurso muy útil, ya que permite abordar pautadamente los aspectos más importantes a tener en cuenta, dejando además un margen para recabar la información que excede de la guía de preguntas.

El sistema de registro de la información relatada fue a través de la toma de notas a lo largo de las sesiones.

- Línea de vida: Por otro lado, se ha ido trabajando durante los primeros minutos de las sesiones una línea de vida con el fin de completar la información, continuar evaluando y conocer cómo se ha construido P.L., sus patrones de crianza, sus estilos de afrontamiento, su forma de reaccionar ante los conflictos y manera de resolverlos, etc (Benavente et al., 2022). Dicha línea de vida se ha ido ampliando poco a poco, de 0-5 años, 5-10 años, 10-15 años, 15-20 años y de 20-23 años, momento actual.
- Observación conductual durante las sesiones: Es un método que complementa la información verbal obtenida a través de las sesiones. El lenguaje no verbal ayuda a completar la información verbal de la paciente. De esta forma, se puede observar si es congruente su gesto con la información relatada, si ciertos temas le ponen nerviosa o le incomodan, incluso se puede apreciar cómo reacciona ante la información que la terapeuta le proporciona, si sigue nuestro discurso, si hay algo que no está comprendiendo, etc (Martínez et al., 2013).
- Autorregistros: Dado que no podemos observar las conductas de los pacientes en su vida diaria, una opción muy útil es emplear autorregistros, los cuales ofrecen información relevante sobre las conductas problema que observamos (Ballesteros, 2013).
En la primera sesión se puso como tarea cumplimentar un autorregistro (*ver Anexo 3*), que recoge los pensamientos, sentimientos y conductas generados en una situación, con el fin de evaluar el proceso en el que se dan las conductas problema.

Evaluación del progreso de las sesiones:

- Autorregistros: En sesiones posteriores, se ha encomendado rellenar con periodicidad semanal el mismo autorregistro mencionado anteriormente, con el fin de observar la evolución de P.L. ante el tratamiento.

Por otro lado, se creó un nuevo autorregistro (*ver Anexo 4*) para trabajar la fobia, que se fue rellenando cada vez que P.L. se exponía a las diferentes situaciones aversivas jerarquizadas. Se pidió que puntuara del 1 al 10 la ansiedad que le producía exponerse a cada una de las situaciones aversivas en el momento previo, durante y posterior a la exposición, para observar si se reducía la ansiedad tras esta. Asimismo, se le pidió que rellenara lo que pensaba, sentía y hacía, antes, durante y después de enfrentarse al estímulo aversivo. Finalmente, se le solicitó que, cada vez que se expusiera a cada una de las situaciones jerarquizadas, rellenara el mismo autorregistro en las filas consiguientes para tener una representación visual de su evolución.

- Cuestionarios: A lo largo de la evaluación y sesiones sucesivas, se observaron síntomas relacionados con la ansiedad, por lo que, para evaluar sus niveles de ansiedad, se administró el cuestionario autoevaluativo STAI (State Trait Anxiety Inventory) en su adaptación española (Buela-Casal et al., 2015), que mide la Ansiedad-Rasgo como tendencia estable con una consistencia interna α de 0,82-0,91 y la Ansiedad-Estado como circunstancia transitoria con 0,89-0,95, con el fin de orientar en cuanto al plan de intervención que se va a seguir y como manera de evaluar la evolución y efectividad del tratamiento aplicado.

4. Formulación clínica del caso

4.1. Análisis Psicológico del Problema (origen y mantenimiento)

Al realizar el análisis de un caso, normalmente se plantean dos hipótesis. En primer lugar, la hipótesis de origen trata de dar respuesta a cómo comenzó la conducta problema. Para ello se atiende a las variables disposicionales, tanto personales como del entorno, que estuvieron presentes en el origen de la conducta problema. Por otro lado, la hipótesis de mantenimiento intenta explicar qué factores están influyendo en la conducta problema para que en la actualidad siga sucediendo, ya que un comportamiento que no es reforzado de ninguna manera se extingue y desaparece.

-Hipótesis de origen: Tras la evaluación realizada, se observa que no hay un origen concreto de la problemática de P.L., si no que, a lo largo de su vida, ha tenido una historia de aprendizaje con diferentes factores que han facilitado la problemática motivo de consulta. A este respecto, existen variables disposicionales que han formado parte de la vida de la paciente que cabe especificar, como la figura de un padre autoritario, muy exigente y crítico, que ha criado a la paciente con un estilo educativo orientado a la productividad y al logro, con frases como “vales tanto en cuanto seas productiva y exitosa”. Esto ha influido en el desarrollo de esquemas cognitivos y creencias disfuncionales que han generado un alto nivel de autoexigencia y perfeccionismo, siendo manifestados por parte de la paciente con verbalizaciones como “haga lo que haga nunca es suficiente”. Se hipotetiza que estas variables han precipitado en P.L. una baja tolerancia a la incertidumbre y, por tanto, elevada necesidad de control, expresada en forma de rumiaciones y anticipaciones constantes sobre las diferentes alternativas que podrían suceder o que podría haber hecho de manera diferente. Al mismo tiempo, cada error que ha cometido a lo largo de su vida, según ella misma refiere, ha sido muy criticado, por lo que también se identifica una gran autocrítica, una baja tolerancia a la frustración y miedo al fracaso. Se recogen más adelante (figura 2) expresiones

al respecto, con verbalizaciones como “si cometo errores soy una fracasada” “qué van a pensar los demás de mí si no lo consigo”. La paciente ha aprendido a utilizar la preocupación como una estrategia de afrontamiento que la prepara para hacer frente a los estresores.

Dentro de la manera ansiosa en la que P.L. se enfrenta a las situaciones, se identifica una dificultad especial en la gestión emocional respecto al examen del carnet de conducir. En este sentido, tras numerosos suspensos acompañados de sintomatología muy desagradable como taquicardia, sudores fríos, entumecimiento de la mitad de la cara, en combinación con pensamientos intrusivos negativos relacionados con las creencias de “soy una torpe”, “no lo voy a conseguir nunca” “soy una inútil por fallar otra vez” “deberías hacerlo mejor”, el examen de conducir se ha condicionado aversivamente.

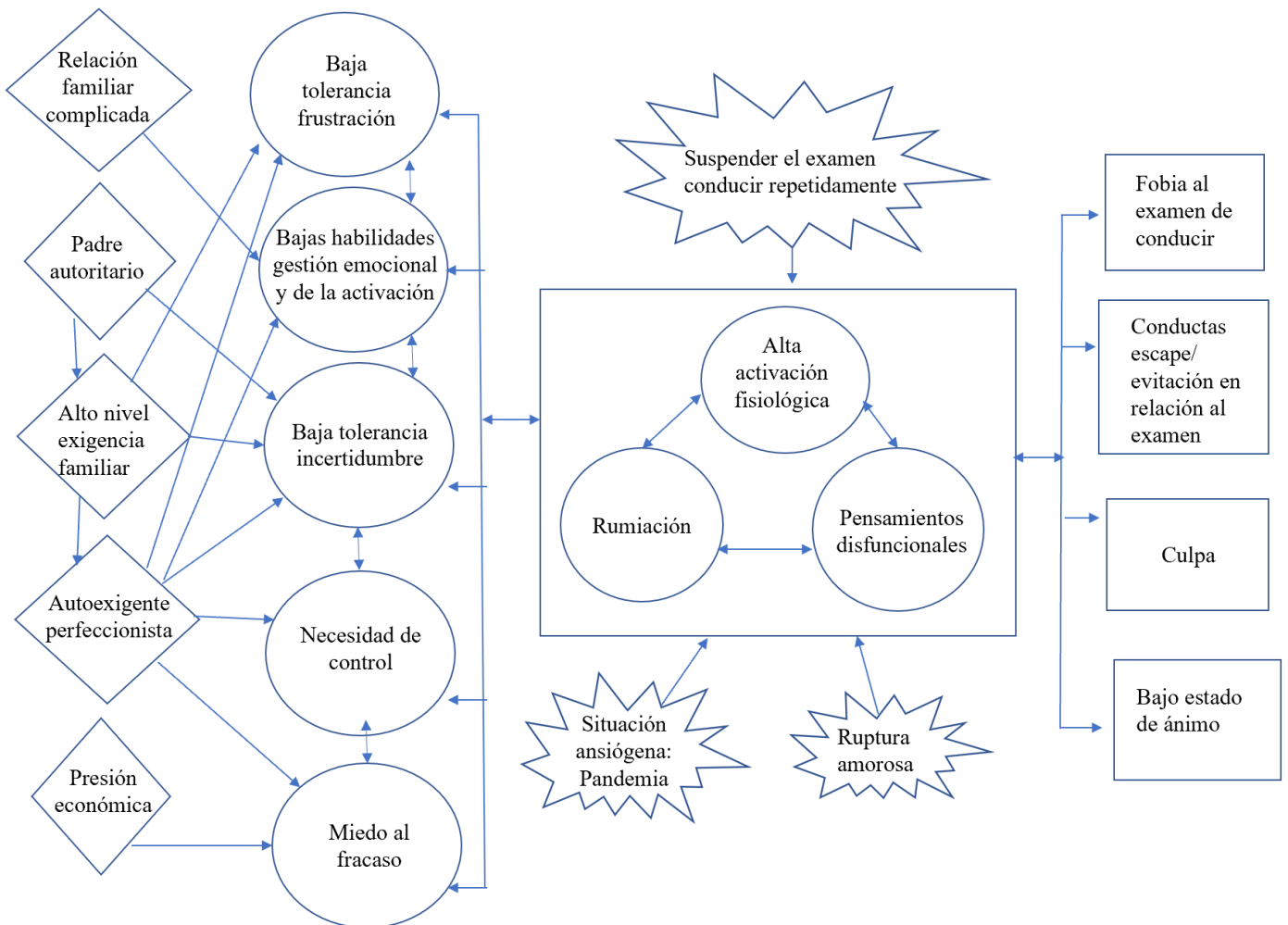
Todos estos factores se combinan con los estresores que ha vivido en los últimos meses: miedo a contagiar la COVID-19 y que alguien fallezca, ruptura amorosa y numerosos suspensos del examen de conducir, siendo, por tanto, variables desencadenantes del problema de consulta de P.L.

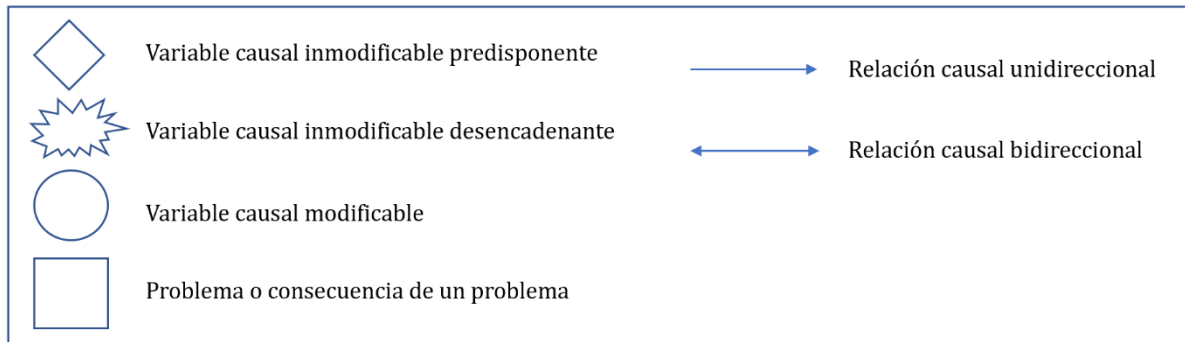
-Hipótesis de mantenimiento: Dada la baja tolerancia a la incertidumbre, P.L. utiliza la preocupación y anticipación en situaciones que escapan de su control, reforzándose positivamente al ofrecerle una falsa sensación de control y negativamente al disminuir la incertidumbre que siente y, por tanto, su malestar. Las preocupaciones, se mantienen por lo mencionado y, como tras preocuparse, generalmente no suceden las situaciones temidas, disminuye la ansiedad reforzándose negativamente. De forma similar sucede con el perfeccionismo, la autocrítica, la autoexigencia y la culpabilidad, ya que auto flagelarse cumple la función de sensación de control y de reducción del malestar, al confirmarse sus reglas verbales, convirtiéndose en un bucle continuo.

Con respecto a la obtención del permiso de conducir, las conductas de evitación “hablar sobre el examen con su familia o amigos” y “apuntarse de nuevo a la autoescuela”, reducen a corto plazo los pensamientos intrusivos y el malestar que supone exponerse a la situación temida, reforzándose negativamente así la evitación. Sin embargo, al evitar o no exponerse el tiempo suficiente como para observar la reducción de la activación, a largo plazo se mantiene la fobia.

Figura 1

Formulación clínica del caso P.L.





Siguiendo el modelo de Haynes y O'Brien (1990), se expone un resumen de la formulación clínica (figura 1), recogiendo las variables desencadenantes que precipitan el desarrollo de la problemática por la que P.L. acude a consulta; las principales variables causales inmodificables que afectan a todas las demás; y las variables causales modificables. Todo esto se ve expresado y retroalimentado por las conductas problema o sus consecuencias.

4.2. Cadenas funcionales

Seguidamente se detallan las conductas problema de P.L. distinguiendo principalmente tres: el alto nivel de perfeccionismo, autocrítica, miedo al fracaso y autoexigencia; las preocupaciones; y la fobia al examen de conducir. Parece interesante ilustrar algunas de las cadenas funcionales más importantes, para completar y plasmar información relevante en el análisis de este caso, atendiendo a la idiosincrasia del paciente.

Figura 2

Área problema 1. Perfeccionismo, autocrítica, miedo al fracaso y autoexigencia

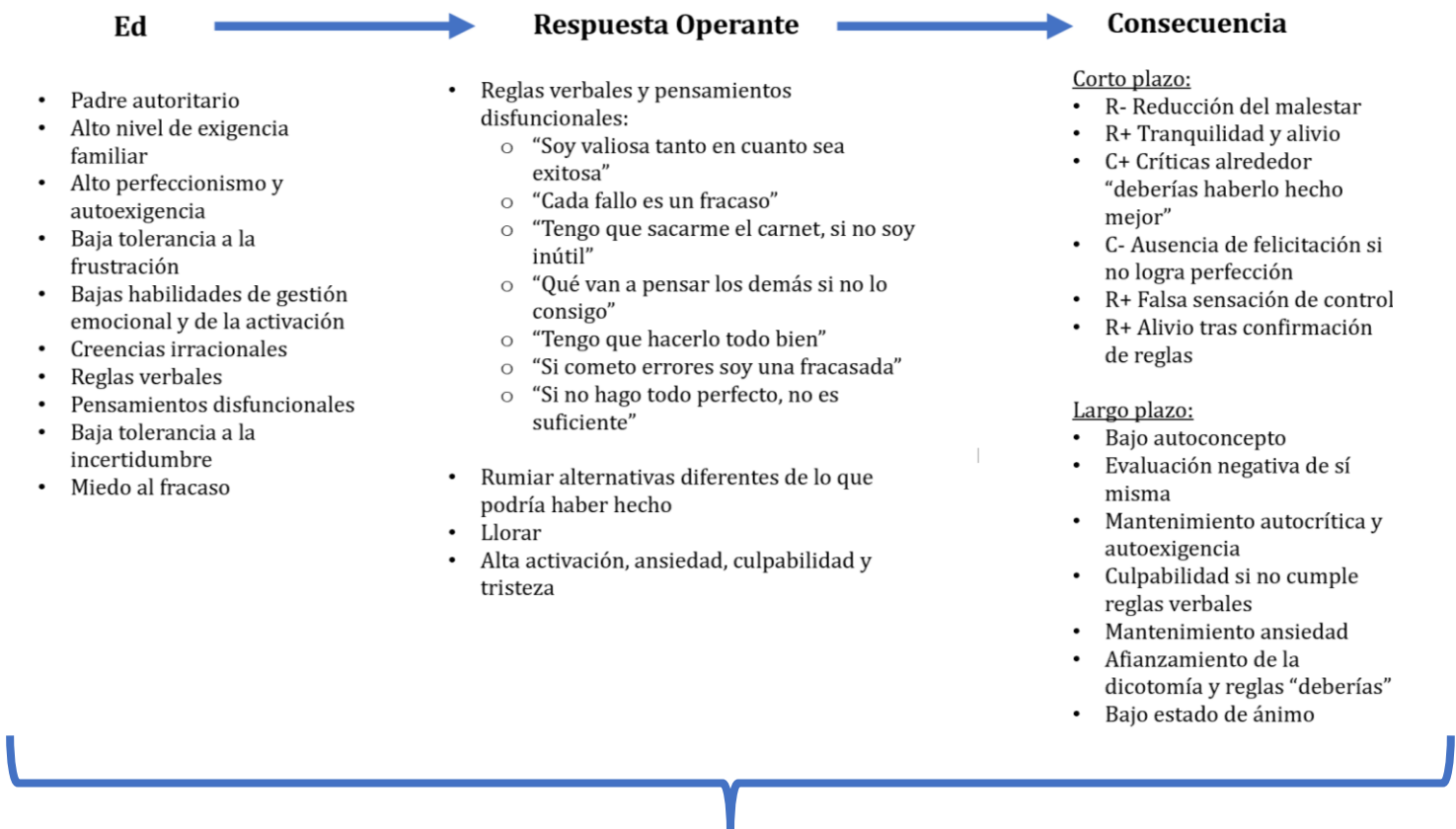


Figura 3

Área Problema 2. Preocupaciones

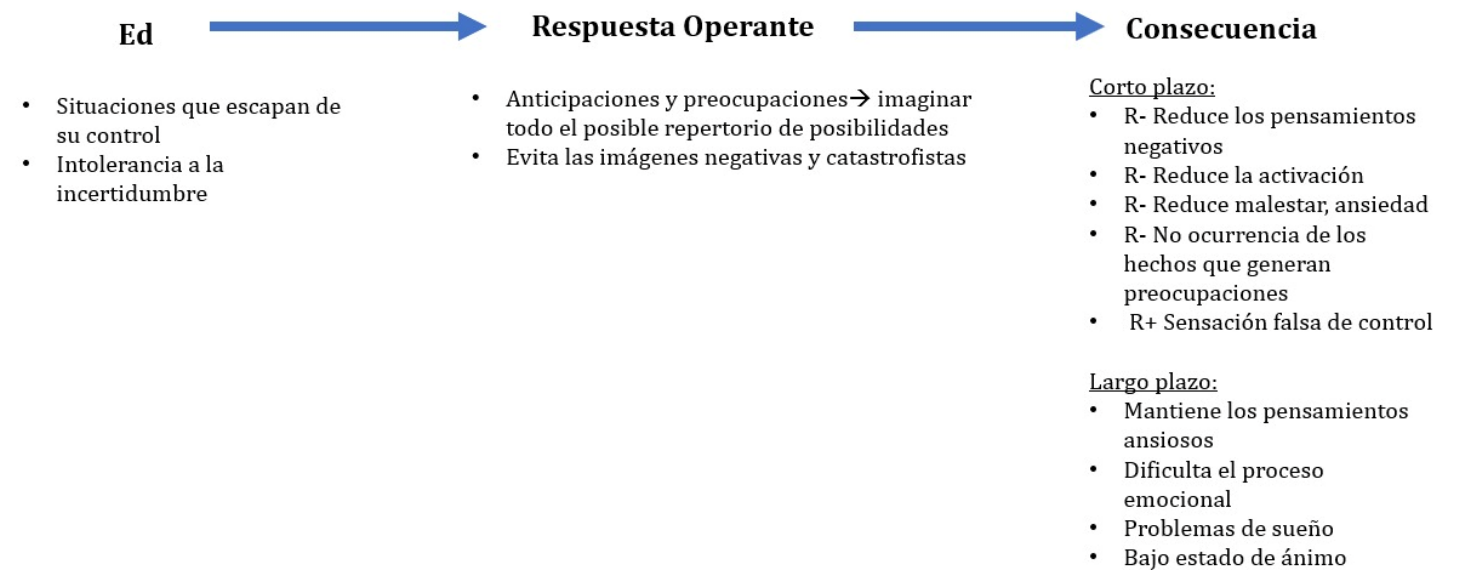
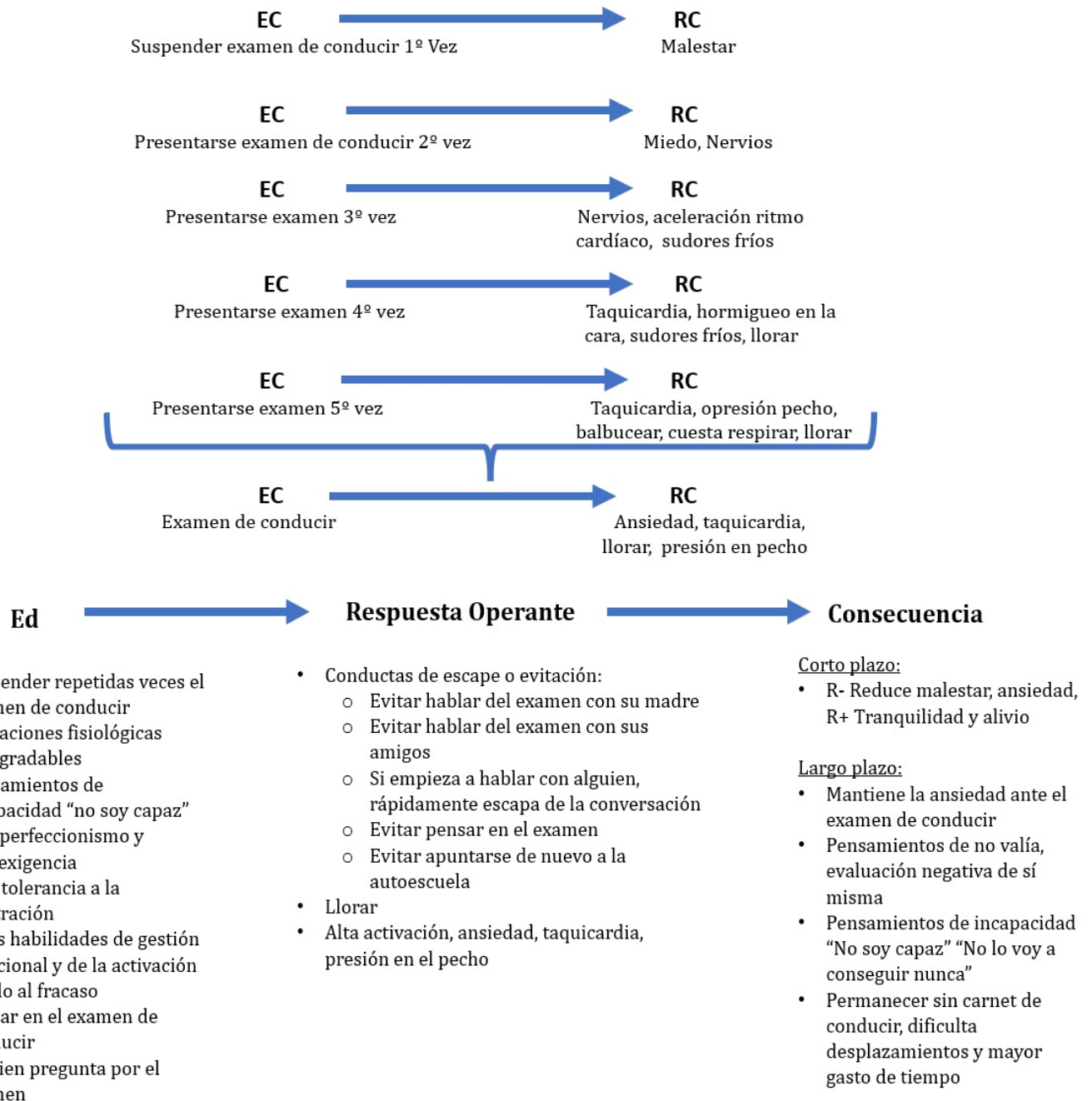


Figura 4

Área Problema 3. Fobia al examen permiso de conducir



4.3. Resultados y diagnóstico

Seguidamente se describen las puntuaciones alcanzadas por P.L. en el cuestionario administrado. En el STAI se obtuvo en Ansiedad-Estado una puntuación ya transformada en decatipo de 6, situándose en el percentil 50, lo que indica que la ansiedad del momento en el

que se administró el cuestionario estaba en un nivel medio bajo. En cuanto a la Ansiedad-Rasgo, alcanzó una puntuación transformada en decatipo de 8, situándose en el percentil 85%, lo cual indica un nivel muy elevado de ansiedad como tendencia estable de P.L., siendo la puntuación máxima un 10 (ver *Anexo 5*).

Teniendo en cuenta estos resultados y tras efectuar las cadenas funcionales del caso, haciendo uso también del DSM-V, se puede concluir que P.L. presenta un Trastorno de Ansiedad Generalizada (300.02/F41.1), que ha provocado el desarrollo de una fobia específica situacional (300.29/F40.248) al examen de conducir, al padecer sintomatología coincidente con los criterios requeridos del DSM-V para ambos trastornos (APA, 2014) (ver *Anexo 1 y 2*).

4.4. Objetivos de tratamiento

Los objetivos que P.L. manifestó que quería trabajar cuando acudió a terapia el 8-09-22, fueron:

- Aprender a gestionar la ansiedad
- Acompañamiento en su ruptura amorosa.
- Aprender a gestionar los pensamientos intrusivos.
- Ganar confianza en sí misma.

Teniendo en cuenta las demandas y objetivos planteados por la paciente y tras la evaluación realizada, se operativizaron y se acordaron conjuntamente los objetivos terapéuticos, con sus técnicas correspondientes, según recogemos en la siguiente tabla:

Tabla 1

Objetivos y técnicas del tratamiento

Objetivos	Técnicas
1. Reducir la frecuencia e intensidad de los pensamientos intrusivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación triple sistema de respuesta. • Reestructuración cognitiva. Identificación de pensamientos negativos y cuestionamiento.
2. Mejorar la capacidad de afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación en emociones. • Identificación de la emoción. • Psicoeducación sobre la ansiedad. • Entrenamiento en regulación emocional. • Reestructuración cognitiva.
3. Aumentar el control de la activación	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de control de la respiración. • Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson.
4. Remisión de la fobia al examen de conducir	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre la ansiedad • Entrenamiento en regulación emocional. • Técnicas de control de la respiración. • Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson. • Desensibilización sistemática real. • Auto exposición. • Reestructuración cognitiva.

- 5. Aumentar las habilidades sociales
 - Entrenamiento en habilidades sociales.
 - Estilos de comunicación.
 - Entrenamiento en asertividad.
 - Derechos asertivos.
 - Entrenamiento en auto exposición a situaciones ansiógenas.
 - Reestructuración cognitiva (Priorizarse sin culpabilidad).

 - 6. Formar al paciente en métodos para mejorar su autoestima
 - Reestructuración cognitiva.
 - Buena persona vs mala persona.
 - Discurso más realista, amigo.
 - Psicoeducación: Qué está dentro y fuera de nuestro control y de qué somos responsables y de qué no.
 - Entrenamiento en auto exposición
-

5. Tratamiento

El tratamiento de P.L. que aún no ha finalizado, se compone hasta el momento de 16 sesiones de terapia individual de 50 minutos de duración aproximadamente con una periodicidad semanal.

El enfoque tomado como referencia es el Cognitivo-Conductual. Para explicar el diseño del tratamiento, se resume a continuación la relación entre las sesiones, los objetivos terapéuticos planteados y sus respectivas técnicas empleadas para llevarlos a cabo (tabla 2).

Cabe destacar que, es la psicóloga supervisora a cargo de la intervención quien ha tomado la decisión sobre el tratamiento y las técnicas a efectuar. La intervención se ha

dirigido a las dificultades que más afectaban a P.L. es decir, la regulación emocional de la ruptura amorosa y el examen de conducir.

Tabla 2

Sesiones con objetivos y técnicas

Sesión	Objetivos	Técnicas
1	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación inicial • Alianza terapéutica • Encuadre terapéutico • Explicación del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada • Autorregistros
2	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación inicial • Reducir la frecuencia e intensidad de los pensamientos intrusivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación triple sistema de respuesta • Reestructuración cognitiva (discurso más justo y realista) • Identificación de pensamientos negativos
3	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación miedo examen conducir • Mejorar la capacidad de afrontamiento (examen de conducir y ruptura amorosa) 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre la ansiedad (fisiológicamente, mantenimiento y triple sistema de respuesta) • Devolución de su análisis funcional
4	<ul style="list-style-type: none"> • Entender cómo se ha construido P.L. • Mejorar la capacidad de afrontamiento (ruptura amorosa) 	<ul style="list-style-type: none"> • Línea de vida (0-5 años) • Reestructuración cognitiva (duelo sano vs duelo complicado)

- | | | |
|---|--|---|
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> • Entender cómo se ha construido P.L • Reducir la frecuencia e intensidad de los pensamientos intrusivos | <ul style="list-style-type: none"> • Línea de vida (5-10 años) • Entrenamiento en solución de problemas. • Reestructuración cognitiva (Identificación y legitimación de necesidades). |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la capacidad de afrontamiento • Entender cómo se ha construido P.L | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación en emociones • Identificación de la emoción • Entrenamiento en regulación emocional • Línea de vida (10-15 años) |
| 7 | <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la frecuencia e intensidad de los pensamientos intrusivos • Formar al paciente en métodos para mejorar su autoestima • Entender cómo se ha construido P.L. | <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva (buena persona vs mala persona = persona ideal vs realista) • Reestructuración cognitiva (priorizarse no es egoísta ni de mala persona) • Línea de vida (15-20 años) |
| 8 | <ul style="list-style-type: none"> • Entender cómo se ha construido P.L. • Disminución de la fobia al examen de conducir | <ul style="list-style-type: none"> • Línea de vida (20-25 años) • Cuestionario STAI • Psicoeducación sobre la ansiedad • Explicación de la Desensibilización Sistemática y auto exposición |
| 9 | <p>Aumentar el control de la activación</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en respiración diafragmática • Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson |

10	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el control de la activación • Disminución de la fobia al examen de conducir • Ajustar expectativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en respiración • Jerarquizar estímulos, ordenarlos y graduarlos de 0-10 • Reestructuración cognitiva (fracasar vs fallar)
11	Disminución de la fobia al examen de conducir	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en auto exposición a situaciones temidas siguiendo jerarquía estímulos • Entrenamiento en autorregistro evolución exposición situaciones temidas
12, 13, 14	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la fobia al examen de conducir • Reducir la frecuencia e intensidad de los pensamientos negativos intrusivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto exposición gradual a situaciones temidas siguiendo jerarquía estímulos • Autorregistro evolución exposición situaciones temidas.
15 (preexamen)	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la fobia al examen de conducir • Ajustar expectativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva (posibilidad de suspender y de aprobar) • Estrategias preexamen y post examen
16 (post examen)	Disminución de la fobia al examen de conducir	<ul style="list-style-type: none"> • Validación emocional y refuerzo • Recorrido de logros

Las primeras dos sesiones se centraron en la evaluación y recogida de información para la elaboración del tratamiento individualizado y personalizado. Además, estas primeras sesiones fueron imprescindibles para construir una buena alianza terapéutica y crear un

espacio en el que P.L. se sintiera cómoda para comunicar y compartir sus emociones en un ambiente seguro, y fomentar así la adherencia al tratamiento. De hecho, construir una buena alianza predice resultados satisfactorios (Corbella y Botella, 2003).

El objetivo principal de la primera sesión fue vincular con la paciente y evaluar el motivo por el cual acude a terapia. Se valoró si P.L. había acudido previamente al psicólogo con el fin de ajustar expectativas sobre la labor en terapia y el rol activo tanto del psicólogo como del paciente. Posteriormente se realizó el encuadre terapéutico y se revisó conjuntamente el contrato terapéutico para aclarar la duración, periodicidad de las sesiones, método de pago y se firmó el consentimiento informado. Finalmente se hizo una pequeña devolución y se establecieron los objetivos terapéuticos. Para terminar, se mandó como tarea un autorregistro para completar la información sobre las conductas problema, recogiendo las situaciones en las que presenta ansiedad, así como sus pensamientos, emociones y conductas.

En la segunda sesión se continuó evaluando y creando alianza, además de empezar a introducir la intervención. El tratamiento comenzó dirigiéndose a la gestión de manera ajustada de la reciente ruptura amorosa por petición y necesidades de la paciente, ya que acude a terapia muy desbordada. Se utilizó la tarea del autorregistro para introducir la psicoeducación sobre el triple sistema de respuesta. La psicoeducación es una técnica que se lleva a cabo a lo largo de todo el tratamiento con el objetivo de ofrecer al paciente información psicológica técnica, pero adaptada a su entendimiento, relacionada con su proceso y dificultades, para que pueda conocer la explicación de ciertos constructos y mecanismos de funcionamiento (Bulacio et al., 2004). Por otro lado, se trabajó con la reestructuración cognitiva en forma de diálogo socrático para adquirir un discurso más realista, amable y justo consigo misma, con el fin de disminuir el alto malestar generado por los sentimientos de culpa y egoísmo al priorizar sus necesidades. Esto se realizó analizando su autorregistro y modificando sus creencias irracionales y disfuncionales. Finalmente, se

entrenó brevemente en la identificación de pensamientos negativos para aprender a identificar situaciones en las que aparecen y poder cuestionarlos y reemplazarlos por unos más ajustados y realistas.

En la tercera sesión, se evaluó más pormenorizadamente el miedo referido a examinarse de la parte práctica del carnet de conducir. P.L. relató los desagradables episodios que había vivido las 5 veces anteriores que se había presentado al examen y el alto malestar que le generaba, llegando a desbordarse emocionalmente al relatarlo y viéndose incapaz para hacerle frente. Se validó mucho recogiendo las emociones de la paciente, dándole importancia y demostrándole que no son juzgadas y que tienen sentido según las experiencias y aprendizajes que ha realizado a lo largo de su vida, pero que ahora mismo ya no están siendo adaptativas (Linehan, 2003). Finalmente, se hizo una psicoeducación sobre la ansiedad, explicando cómo actúa a nivel fisiológico, cómo se ha condicionado con cada examen y cómo se mantiene el miedo a través de la devolución de su análisis funcional.

En posteriores sesiones, dadas las características de la paciente y para conocer mejor la forma en la que se ha construido como persona, se dedicaron los primeros minutos de sesión a ir construyendo una línea de vida de cinco en cinco años hasta su edad actual (Benavente et al., 2022), ya que P.L. tiene unos pensamientos disfuncionales y ciertas creencias irracionales con las que ha crecido y que han construido su forma de pensar y verse a sí misma.

En la cuarta sesión, se llevó a cabo una línea de vida desde que P.L. nació hasta los 5 años, para entender cómo fueron sus primeros años de vida y enseñarle a qué dar importancia en la manera de construirla como tarea para las siguientes sesiones. Se continuó trabajando la gestión de la ruptura amorosa a través de una reestructuración cognitiva sobre lo que es un

duelo sano y un duelo complicado, ya que P.L. se cuestionó con duras autocríticas su proceso de duelo por echar de menos a su expareja.

En la quinta sesión, durante los primeros minutos, se retomó la línea de vida de los 5 a los 10 años, que P.L. había realizado como tarea, y se comentó cómo se había enfrentado a los conflictos y cómo los solucionaba en esa edad. Por otro lado, P.L. comparte gimnasio con su expareja y cada vez que le ve (prácticamente a diario) le provoca un gran malestar y le desestabiliza mucho, por lo que valora cambiarse de gimnasio. Por ello, se entrenó en solución de problemas para valorar las opciones que existen. Finalmente, P.L. decidió quedarse en el mismo gimnasio, ya que consideró que cambiarse tenía demasiados inconvenientes. Para reducir los pensamientos intrusivos de culpabilización, se reestructuró cognitivamente y se entrenó en identificar sus necesidades a través de la pirámide de Maslow (1958) y en legitimarlas, ya que cada vez que P.L. lo hace, aparecen una serie de pensamientos negativos y acaba sintiéndose culpable y egoísta.

En la sexta sesión, se comentó la línea de vida de los 10 a los 15 años que P.L. tenía como tarea y se dedicó el resto de la sesión a la gestión emocional en base a su ruptura amorosa, ya que es lo que más trae a sesión. Primero se realizó la psicoeducación sobre las emociones a través de la metáfora de las cartas (ver *Anexo 6*), se explicó su función y la información que aportan sobre nuestras necesidades. Posteriormente, para aprender a identificar las emociones, se utilizaron unas tarjetas de vocabulario emocional (ver *Anexo 7*), que muestran un amplio repertorio de emociones. Finalmente, se realizó un entrenamiento en regulación emocional siguiendo una serie de pasos en forma de diálogo con uno mismo (ver *Anexo 8*).

En la séptima sesión, se comenzó con la línea de vida de los 15 a los 20 años que P.L. trae como tarea y relata la mala relación que tiene con su hermana. Ese día P.L. vino con

mascarilla a sesión a pesar de haberse hecho una prueba de antígenos y tener un resultado negativo, pero refería “no me perdonaría si resulta que al final tengo COVID, te contagio y acaba falleciendo alguien” “si no, sería mala persona”. Se aprovechó esa circunstancia para realizar una reestructuración cognitiva sobre lo que es ser mala y buena persona.

Posteriormente se comparó la buena persona ideal inalcanzable a la que ella hace referencia, y la buena persona realista. En este diálogo se entrenó en priorizarse a sí misma y se reestructuró la idea de que hacerlo es de malas personas y egoístas. Finalmente, se cerró la sesión con la idea de que únicamente es responsable de sus emociones, opiniones y decisiones, y no de las de los demás y que la terapeuta, al invitarle a quitarse la mascarilla estaba asumiendo el posible riesgo, y, en caso de contagio, habría sido la decisión y responsabilidad de ésta.

En la octava sesión, se finalizó la línea de vida con lo que habían sido sus últimos años, de los 20 a los 23. En esta sesión se observó una reducción y buena gestión de la sintomatología de la ruptura, por lo que la intervención se focalizó en la reducción de la fobia al examen de conducir. Se administró el cuestionario STAI (Buela-Casal et al., 2015), y se llevó a cabo una psicoeducación sobre la ansiedad (ver *Anexo 9*) aplicándolo a su experiencia con el carnet de conducir. Se describió cómo se manifiesta a nivel cognitivo, motor y fisiológico y cómo actúa el sistema nervioso simpático para dar una respuesta de lucha o huida, y cómo a través de la respiración se puede activar el parasimpático. Con apoyo del análisis funcional, se le explicó cómo en su caso estaba siendo mantenida esta fobia al examen de conducir. Finalmente se especificó cómo se iba a abordar esta problemática en las siguientes sesiones a través de la combinación de la desensibilización sistemática real (Labrador y Crespo, 2014) y la auto exposición (Echeburúa et al., 2014). El proceso de esta combinación de técnicas fue, en primer lugar, enseñar una respuesta incompatible con la

ansiedad; posteriormente, jerarquizar los estímulos temidos; y, finalmente, entrenar la autoexposición gradual a dichas situaciones temidas.

En la novena sesión, se comenzó con el entrenamiento en la respuesta incompatible con la ansiedad, a través del entrenamiento en respiración y relajación. Se entrenó en respiración diafragmática (Labrador, 2014) (ver *Anexo 10*) y relajación muscular progresiva de Jacobson (ver *Anexo 11*), con el objetivo de inducir en la paciente un estado de baja activación fisiológica, para exponerse a las situaciones temidas sin llegar a experimentar una hiperactivación (Labrador, 2014). Como tarea se propuso practicar a diario estas técnicas de control de la respiración, ya que su objetivo es aprender a controlar conscientemente la respiración en condiciones ideales, de manera que se pueda automatizar y generalizar a situaciones de mucha tensión (Hazlett-Stevens y Craske, 2003).

En la décima sesión, se retomó el entrenamiento en respiración para comprobar que se estaba realizando correctamente. Posteriormente, se jerarquizaron y graduaron los estímulos ansiógenos, puntuándolos del 0 al 10 según el nivel de ansiedad que generan, y se ordenaron de menor a mayor puntuación. Se ajustaron expectativas sobre la posibilidad, tanto de aprobar como de suspender el examen. Mediante la reestructuración cognitiva se debatió sobre el significado de fallar y fracasar para P.L., ya que es muy autocrítica y no se permite fallar, apareciendo pensamientos como “eres una inútil” “no lo vas a conseguir nunca”, etc. Se concluyó que los fallos forman parte del proceso de aprendizaje.

En la undécima sesión, se comenzó el entrenamiento en auto exposición, con el objetivo de que P.L. progresivamente se vaya enfrentando a las situaciones que le producen menor reactividad fisiológica y que vaya desensibilizando cada estímulo hasta llegar al último, que es el examen de conducir. Se le recordó que, previo a exponerse, realizara las respiraciones para enfrentarse a dichas situaciones desde una posición calmada y poco

activada. Finalmente, se construyó un autorregistro para recoger las auto exposiciones a la situación temida, la ansiedad pre, durante y post a la exposición, los pensamientos, emociones y conductas. Se encargó como tarea auto exponerse a las primeras situaciones de la jerarquía y rellenar el autorregistro para comentarlo en próximas sesiones.

En la duodécima, decimotercera y decimocuarta sesión se recogió y comentó el autorregistro sobre las situaciones a las que se había auto expuesto, y se reforzó mucho. P.L. estaba muy contenta por alcanzar ciertos retos que no logrado en mucho tiempo. Se reflexionó sobre cómo la ansiedad que había anticipado que tendría al exponerse, realmente había sido más baja. Esto fue muy relevante para P.L. ya que fue consciente de cómo anticipa las situaciones con una preocupación o ansiedad elevada y tal como refiere ella “luego acaba no siendo tan horrible como imaginé, no lo he pasado fatal para nada”. Por otro lado, también se reflexionó sobre cómo la ansiedad que tiene al exponerse a la situación temida disminuye al aguantar y terminar la auto exposición, lo cual le da a P.L. una sensación de logro y agencialidad en su cambio a medida que va a exponiéndose a las situaciones.

La decimoquinta sesión, fue la última antes del examen de conducir y P.L. expresó que era la primera vez que se encontraba tan tranquila en los días previos al examen. Se encontraba nerviosa, pero de manera ajustada, conciliaba bien el sueño, ya no lloraba al pensar en el examen y se veía capacitada. Se realizó una reestructuración cognitiva abordando tanto la posibilidad de aprobar como de suspender y la manera en la que iba a ser su discurso en cada situación. Se planteó enfrentarse al examen como la última exposición de la jerarquía, con el objetivo de exponerse a una situación temida con unos nervios ajustados, sin el malestar tan elevado que las otras veces había experimentado. Finalmente, se diseñó conjuntamente un listado, tanto con estrategias previas como posteriores al examen, para que la ayudasen a permanecer en un estado de baja activación, y con recursos para gestionar el resultado (ver *Anexo 12*).

La decimosexta sesión, fue la posterior al suspenso del examen, y, a pesar de la rabia que sentía por haber suspendido, P.L. se encontraba muy satisfecha, en primer lugar, con su gestión durante la exposición al examen y, en segundo lugar, por su gestión del suspenso, ya que no experimentó rúbias ni pensamientos disfuncionales al respecto. P.L. reconoce sentirse muy orgullosa de sí misma y se siente plenamente capaz de enfrentarse a la siguiente convocatoria con los aprendizajes adquiridos. En esta sesión se validó y reforzó mucho y se hizo un recorrido de lo logrado hasta el momento, diferenciando entre cómo la P.L. de hace unos meses se hubiera enfrentado a estas situaciones, y cómo se estaba enfrentando en el momento actual.

Este ha sido el abordaje que se ha realizado hasta el momento actual en el tratamiento de P.L. a lo largo de 16 sesiones.

6. Valoración del tratamiento

6.1. Adherencia al tratamiento

P.L. lleva 4 meses en un tratamiento que aún continúa en curso. Cabe destacar que ha mostrado un gran compromiso con la terapia y se ha implicado mucho en dicho tratamiento. Esto se ha podido observar a lo largo de las sesiones, ya que se ha mostrado muy activa y no ha cancelado ninguna sesión. Desde el primer momento refirió que su salud mental era su prioridad y los eventos que le han podido surgir los ha adaptado para acudir siempre a terapia. Además, su involucración se ha visto reflejada en el cuidado y atención que ha puesto a cada tarea que se le encomendaba, completándolas rigurosamente y con mucho interés. También se ha observado en el detalle con el que ha elaborado cada autorregistro y, sobre todo, en la puesta en práctica de las herramientas aprendidas fuera de sesión, generalizando así su aprendizaje.

La alianza terapéutica con P.L. ha sido muy buena desde el inicio del tratamiento lo que ha sido fundamental en su motivación y adherencia, ya que, tal y como refiere, “este es en el único sitio en el que siento que puedo decir lo que pienso de verdad, sin sentir que tengo que complacer a nadie”, lo que ha facilitado en gran medida el tratamiento.

6.2. Consecución de objetivos

Se ha observado una mejoría en los síntomas con los que P.L. acudió a terapia y se ha logrado la mejora y consecución de varios objetivos. Se plantearon inicialmente seis objetivos de los cuales se ha llegado a trabajar hasta el cuarto objetivo, quedando por abordar los dos últimos.

El proceso terapéutico ha llevado una evolución positiva, y ha sido generalmente lineal, con pequeñas fluctuaciones que ha ido gestionando a medida que se daban situaciones en las que se ponían a prueba los avances logrados en terapia. Esto sucedía generalmente cuando tenía encuentros inesperados con su expareja. Sin embargo, aplicando las herramientas aprendidas, lograba gestionarlo.

La valoración de la evolución del paciente se ha medido empleando manifestaciones verbales y conductas observables. De momento no se han administrado cuestionarios que indiquen la evolución con respecto a los que inicialmente se administraron. Sin embargo, sí se prevé hacerlo próximamente.

Se detalla a continuación cuál ha sido la consecución de cada uno de los objetivos planteados al comienzo del tratamiento, en orden de intervención.

-Reducir la frecuencia e intensidad de los pensamientos intrusivos: La paciente ya es capaz de identificar cuándo aparecen los pensamientos intrusivos, y ella misma realiza su cuestionamiento, utilizando un discurso más amable y realista consigo misma. Muchas veces

en sesión se ha observado como P.L. ha dicho alguna frase que inmediatamente ha procedido a modificar y reemplazar por algo más realista. La paciente refiere haber percibido la disminución de la frecuencia e intensidad de este tipo de pensamientos, a pesar de no haber remitido totalmente.

-Mejorar la capacidad de afrontamiento: En este aspecto se percibe un gran avance. Cuando P.L. acudió a terapia, se encontraba muy desbordada emocionalmente por la combinación de situaciones que estaba experimentando, en especial por la reciente ruptura amorosa. P.L. actualmente se encuentra regulada. Además, ya no le cuesta expresarse sin llanto, algo que al inicio del tratamiento sucedía en numerosas sesiones al relatar cómo se sentía.

En cuanto a la ruptura, ya no tiene dificultades en la gestión de sus emociones, refiriendo encontrarse con su expareja sin desestabilizarse emocionalmente. Incluso se encuentra abierta a conocer gente nueva y está quedando de nuevo con potenciales parejas.

-Aumentar el control de la activación: En primera instancia, P.L. se mostró resistente en la puesta práctica de las respiraciones entre sesiones, debido a que olvidaba realizarlas. Esto se subsanó poniendo una alarma para recordarlo y así entrenarlas a diario. Ahora la paciente expresa que es una práctica incorporada en su vida diaria, lo que le hace sentirse más tranquila y menos activada, teniendo una reacción más ajustada ante sucesos cotidianos que le generan estrés o preocupación.

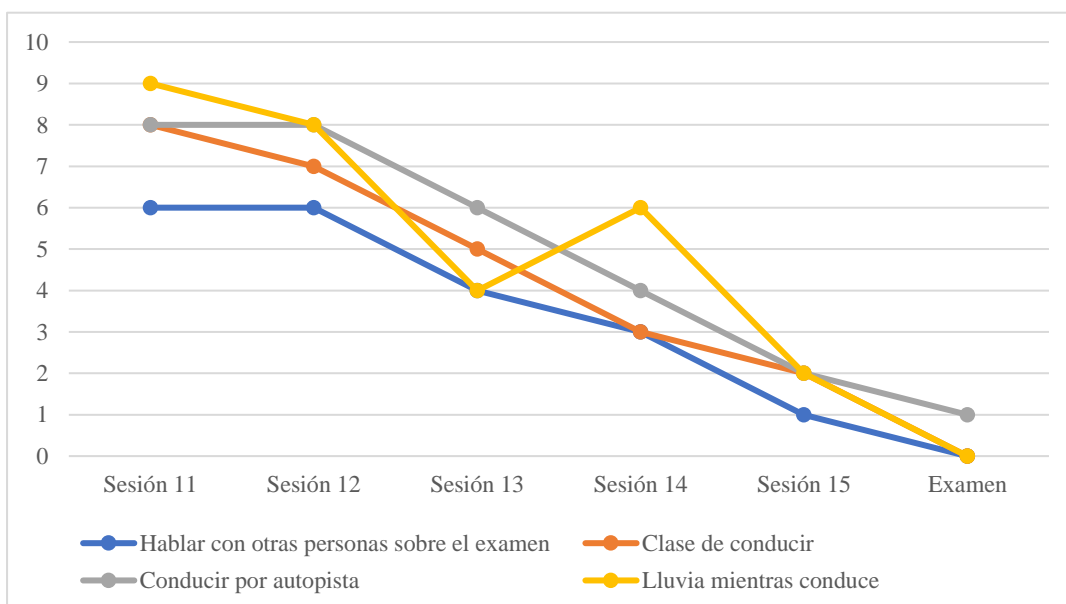
-Remisión de la fobia al examen de conducir: Este ha sido el último objetivo trabajado. P.L. ha experimentado una relevante y significativa reducción de los síntomas de ansiedad en la última presentación al examen de conducir. De hecho, la paciente refiere ser la primera vez desde que adquirió dicha fobia que se ha presentado sin experimentar la respuesta ansiosa tan desagradable que sufría en ocasiones anteriores. Además, tras suspender

el examen, tuvo un discurso amable y realista consigo misma y tal y como explica, no se hundió, como había sucedido en otras ocasiones.

Para evaluar más pormenorizadamente la remisión de los síntomas asociados a la fobia, cada semana P.L. rellenaba un autorregistro con la ansiedad experimentada durante las exposiciones a las situaciones temidas. En la figura 5 se observa un gráfico con el recuento de los niveles subjetivos de ansiedad experimentada (eje de ordenadas) a lo largo de las sesiones de la auto exposición y desensibilización sistemática real (eje de abscisas).

Figura 5

Niveles de ansiedad subjetivos durante sesiones de exposición



Estos han sido los objetivos logrados hasta el momento actual durante la intervención con P.L. Su pronóstico es crónico, como es propio de las personas con TAG, pero muy favorable, ya que se han logrado grandes avances. Sin embargo, aún precisa continuar su tratamiento para afianzar los objetivos alcanzados y continuar interviniendo sobre el resto de los objetivos, ya que, dadas sus necesidades, se priorizó el trabajo de unos objetivos sobre

otros. Por tanto, la línea de intervención propuesta para continuar el tratamiento de P.L. se dirigirá a:

- Prevención de recaídas respecto a la fobia al examen de conducir.
- Aumentar sus habilidades sociales.
- Formar a la paciente en métodos para mejorar su autoestima y confianza en sí misma.

Finalmente, una dificultad encontrada durante la intervención fue la necesidad de P.L. de presentarse rápidamente al examen de conducir, porque le caducaba la parte teórica. Por dicho motivo, el tratamiento se centró en este objetivo, dedicándole las sesiones restantes hasta la prueba, sin afianzar el aprendizaje por falta de tiempo. La manera en que se procedió podría haber generado el riesgo de propiciar una incubación de la ansiedad, manteniendo en mayor medida la fobia. Sin embargo, P.L. se presentó al examen, y los niveles de ansiedad fueron muy bajos.

7. Discusión y conclusiones

A lo largo de este trabajo, se ha hablado de uno de los problemas de salud mental que más demandas genera en atención primaria (Macías-Carballo et al., 2019). El Trastorno de Ansiedad Generalizada, afecta al 3,7% de población adulta a nivel global (Ruscio et al., 2017).

La COVID-19 y las situaciones que se han vivido durante la pandemia, han provocado que este tipo de sintomatología ansiosa haya aumentado en gran medida (Santomauro et al., 2021), desencadenando el desbordamiento emocional de muchas personas. Este es el caso de P.L. en el que las vulnerabilidades personales y contextuales con las que ha crecido, en combinación con una mala gestión de los estresores, entre ellos, la

ansiedad durante la pandemia o su ruptura amorosa, han derivado en el desarrollo de su problemática actual.

El presente estudio aborda un caso de un Trastorno de Ansiedad Generalizada causado por una concurrencia de circunstancias que le han llevado a un afrontamiento disfuncional de las situaciones, lo que ha convergido en una sucesión de síntomas, generando una respuesta de ansiedad generalizada y malestar emocional en diversos aspectos de su vida.

Además, debido a las dificultades en la gestión de la ansiedad anticipatoria que para ella supone presentarse al examen práctico del carnet de conducir, unido a la sintomatología extremadamente desagradable que experimenta durante la prueba y por las creencias y los posteriores pensamientos distorsionados tras el suspenso repetido de dicho examen, ha condicionado aversivamente esa situación, desarrollando una fobia específica al examen del carnet de conducir.

En vista de estos resultados, se constata la alta comorbilidad que tiene el TAG con la fobia específica siendo esta de un 16-56% (Noyes, 2001).

Es un caso muy representativo de cómo se han desarrollado las preocupaciones a modo de mecanismo de afrontamiento de situaciones que escapan de su control, manteniéndose al ser reforzadas positivamente, ofreciendo una falsa sensación de control, y negativamente, al reducir los pensamientos negativos, la activación, y por tanto el malestar. También es un caso que representa el condicionamiento aversivo de una situación, y su mantenimiento mediante conductas de escape y evitación de los estímulos temidos, a través de reforzamiento negativo, al reducirse el malestar.

El tratamiento con mayor evidencia científica para estas problemáticas es la TCC (Carpenter et al., 2018), por lo que este caso se ha abordado desde este enfoque.

Como se ha mencionado a lo largo del trabajo, la persona a cargo de la toma de decisiones respecto a la evaluación, objetivos e intervención de este caso ha sido la psicóloga responsable del centro. Tras la revisión de la bibliografía, se observa que la evaluación y ciertos aspectos de la intervención, quedan fuera de la fundamentación aplicable.

En primer lugar, no se evaluó adecuadamente el TAG, ya que se realizó una entrevista general y no se administraron cuestionarios de cribado. Hubiera sido más riguroso utilizar la entrevista estructurada para los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados, según el DSM-V (ADIS-5): versión para adultos (Brown y Barlow, 2014), para detectar si, efectivamente, padece un TAG. Posteriormente, deberían haber administrado las baterías de cuestionarios pertinentes con el fin de recabar información más pormenorizada sobre sus preocupaciones, como el cuestionario de preocupación y ansiedad (WAQ) (Dugas et al., 2001), cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GADQ- IV) (Newman et al., 2002) o la versión española del cuestionario de preocupaciones del estado de Pensilvania (PSWQ) (Sandin et al., 2009).

Por otro lado, en el tratamiento para la fobia al examen de conducir no se han aplicado con rigurosidad las técnicas, ya que se han tomado las bases de la desensibilización sistemática y de la auto exposición y se han combinado. La desensibilización sistemática utiliza la relajación como respuesta incompatible a la ansiedad durante la presentación al estímulo fóbico, y la auto exposición, utiliza la relajación como paso previo a la exposición a la situación temida con el fin de enfrentarse con un bajo nivel de activación. En este caso se usaron ambas para acudir con un bajo nivel de activación al examen y como respuesta incompatible durante el mismo.

En este mismo sentido, la intervención elegida por la psicóloga responsable ha estado muy centrada en la solución del síntoma, en lugar de en el trabajo sobre la base. La paciente acudió a terapia muy desbordada por su reciente ruptura amorosa, por lo que se comenzó

trabajando la gestión emocional. Posteriormente, P.L. expresó el miedo y necesidad inminente de presentarse al examen de conducir, por lo que las sesiones se enfocaron en ese aspecto. Esta intervención era necesaria, ya que, sin esa gestión emocional previa, no habría sido posible el tratamiento. Sin embargo, se ha prescindido del tratamiento específico del TAG, que es el problema base de P.L.

A pesar de no haberse realizado una intervención explícita sobre las preocupaciones siguiendo los tratamientos estandarizados, sí se ha llevado a cabo implícitamente, al abordar el área de la ruptura amorosa y el examen, por lo que las mejoras observadas en el TAG se explican por la intervención transversal efectuada sobre las preocupaciones expresadas por P.L. en cada área trabajada.

Como área de mejora, se podría haber realizado una intervención paralela, trabajando en la gestión emocional, a la par que, interviniendo sobre su baja tolerancia a la incertidumbre y las preocupaciones, que están presentes en su vida diaria, siguiendo el modelo de trabajo de Barlow et al (1998) o de Dugas y Robichaud (2007). Ya que, aunque los síntomas de la fobia al examen de conducir disminuyan, es más probable que haya una recaída si no se trabaja su manera de enfrentarse a las dificultades.

Por un lado, este trabajo contribuye a la comunidad científica demostrando la eficacia de la TCC en un estudio de caso único comórbido que coincide con los criterios diagnósticos del DSM para TAG y fobia específica (APA, 2014).

Cada vez más enfoques de la psicología experimental se basan en la información adquirida de los estudios de caso único, aportando un enfoque ideográfico. Por ello, por otro lado, este trabajo constituye una aportación específica a los pacientes diagnosticados con TAG y fobia específica al examen de conducir, al tomar como base los tratamientos estandarizados que la bibliografía ha demostrado eficaces (Barlow et al., 1998; Dugas y

Robichaud, 2007), y aplicar de éstos las técnicas que mejor se adaptan a sus necesidades, logrando una intervención personalizada y adecuada.

El trabajo aporta información sobre la importancia de entender que no estamos ante etiquetas diagnósticas, sino que tratamos personas con características individuales. El enfoque nomotético es muy útil y práctico. Sin embargo, se desvirtúa si no se tiene en cuenta la idiosincrasia de cada paciente, que es lo que ha determinado en este caso, el tratamiento y las técnicas empleadas.

Además, la relevancia añadida de este estudio ha sido hacer hincapié en cuáles son las buenas prácticas que desempeñar en la evaluación e intervención, en adición a valorar las áreas de mejora cuando se lleva a cabo un estudio de caso.

La limitación del trabajo es la propia de los casos únicos, ya que los resultados de este tratamiento pueden no ser generalizables a personas que tengan los mismos diagnósticos.

Para futuras líneas de investigación, sería recomendable continuar trabajando con estudios de caso único sobre esta problemática y combinar los hallazgos obtenidos de las áreas clínica y de investigación para contrastar los resultados utilizando métodos cuantitativos. De esta manera, se podrán diseñar o adaptar técnicas de intervención eficaces que consideren las diferencias individuales y que se puedan extrapolar a nuevos modelos de intervención.

Por otro lado, sería interesante desarrollar en mayor profundidad las técnicas de exposición en realidad virtual, de forma que se pueda acompañar a los pacientes en la exposición a situaciones más complejas, como es el propio examen de conducir.

En el presente trabajo se ha descrito y analizado desde un enfoque Cognitivo Conductual la evaluación e intervención de un caso clínico de una mujer con un TAG que ha desarrollado una fobia específica al examen del carnet de conducir. Estos cuatro meses de

intervención han brindado unos aprendizajes básicos y necesarios para la práctica profesional. La intervención con sintomatología ansiosa es muy común entre las personas que acuden a consulta, por lo que el estudio de este caso constituye una base esencial y de gran utilidad para la práctica clínica, objetivo del máster habilitante.

8. Valoración Personal

La práctica sobre la que versa este trabajo me ha permitido desenvolverme a solas con un paciente, enfrentarme a mis miedos y ser capaz de superarlos (ver llorar a un paciente, no saber darle respuesta a una pregunta...) y ser testigo de cómo una persona a través de su esfuerzo y de mi trabajo, mejora y gana bienestar.

Participar en este caso y materializarlo con este trabajo, me ha hecho crecer, tanto a nivel profesional como personal. Esta profesión es maravillosa y tener la fortuna ser parte del proceso de evolución de un paciente es una experiencia emocionante.

9. Referencias bibliográficas

- Aktar, E., Nikolić, M., y Bögels, S. M. (2017). Environmental transmission of generalized anxiety disorder from parents to children: worries, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 137-147.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Amir, N., y Taylor, C. T. (2012). Combining computerized home-based treatments for generalized anxiety disorder: An attention modification program and cognitive behavioral therapy. *Behavior therapy*, 43(3), 546-559.
- Bados, A. (2005). Trastorno de ansiedad generalizada. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*, 15

- Bados, A. (2017). Trastorno de ansiedad generalizada: Naturaleza, evaluación y tratamiento.
- Bados, A., y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, 15*
- Ballesteros, R. F. (2013). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Pirámide.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford press.
- Barlow, D.H., Esler, J.K.L, y Vitali, A.E. (1998). Psychological treatments for panic disorder, phobias and generalized anxiety disorder. En P.E. Nathan, y J.M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments that Work* (pp.288-318). Oxford University Press.
- Benavente, M. D. R., Vargas, K. M., Domínguez, P. B., Rivera, C. F., y Olivas, O. L. (2022). La línea de vida como recurso metodológico. Dos ejemplos en el contexto universitario. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales, 12(1), 3*.
- Bond, A. J., Wingrove, J., Curran, H. V., y Lader, M. H. (2002). Treatment of generalised anxiety disorder with a short course of psychological therapy, combined with buspirone or placebo. *Journal of Affective Disorders, 72(3), 267-271*.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., y Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, y D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). Guilford Press
- Borkovec, T. D., y Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 62, 37-45*.
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and related disorders interview schedule for DSM-5 (ADIS-5)-adult and lifetime version: Clinician manual*. Oxford University Press.

- Brown, T.A., O'Leary, T.A y Barlow, D.H. (2001). Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 154-208). Guilford Press.
- Brown, T.A., O'Leary, T.A. y Barlow, D.H. (1993). Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2ª ed., pp. 137-188). Guilford Press.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, N. (2015). *Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo* (9ª ed. rev.). Madrid: TEA Ediciones.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Álvarez, C. D., y Benatuil, D. El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de Investigación*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Burgos, M. P., y Gómez, J. L. G. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: caso clínico. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 19(1), 99-126.
- Burstein, M., y Ginsburg, G. S. (2010). The effect of parental modeling of anxious behaviors and cognitions in school-aged children: An experimental pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 506–515.
- Capafons, A. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., y Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, 35(6), 502-514.
- Cattell, R. B. (1983). La naturaleza y medida de la ansiedad. *Estudios de Psicología*, 4(16), 47-59.

- Choy, Y., Fyer, A. J., y Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical psychology review*, 27(3), 266-286.
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: Manual diagnóstico y terapéutico*. Polemos.
- Cía, A. H. (2007). Trastorno de Ansiedad Generalizada: Actualización Diagnóstica y Terapéutica, y Comentarios Sobre el artículo " A Review of Basic and Applied Research on Generalized Anxiety Disorder". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), 29-33.
- Clark, D. A., y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclee de Brouwer.
- Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford University Press.
- Corbella, S. C., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Crits-Christoph, P., Newman, M. G., Rickels, K., Gallop, R., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J. L., Ring-Kurtz, S. y Pastva, A. M. (2011). Combined medication and cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1087-1094.
- Davey, G. C. (1994). Worrying, social problem-solving abilities, and social problem-solving confidence. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 327-330.
- Dugas, M. J. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*: Routledge.

- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R. y Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur le Inquiétude et l'Anxiété: Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de Therapie Comportementale et Cognitive*, 11, 31-36.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., y Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy*, 36(2), 215-226.
- Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., y Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 57-70.
- Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., y Miloyan, B. (2018). Specific phobias. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 678-686.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Ortiz, C. (2014). Técnicas de exposición. En F. J. Labrador. (Ed.), *Manual de técnicas de modificación de conducta* (pp. 261-279). Ediciones Pirámide.
- Fernández-Marcos, T., Calero-Elvira, A., y Santacreu, J. (2014). Un Caso de Ansiedad Generalizada o un Problema de Asertividad: el Análisis Funcional como Herramienta Clave para Fijar el Plan de Tratamiento. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 2(1).
- Foa, E. B., y Wilson, R. (1992). *Venza sus obsesiones*. Robinbook.
- Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Mennin, D. S., y Turk, C. L. (2002). Confirmatory factor analysis of the Penn State worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 313-323.
- Gosselin, P., y Laberge, B. (2003). Etiological factors of generalized anxiety disorder. *L'encephale*, 29(4 Pt 1), 351-361.
- Haynes, S. N., y O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10(6), 649-668.

- Idefonso, B. C. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 20(1), 239-251.
- Katzman, M. A., Copeland, A., Klassen, L. J., Chokka, P., y Brawman-Mintzer, O. (2011).
Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, 41(2), 95-103.
- Kielholz, P. (1987). *Angustia: Aspectos psíquicos y somáticos*. Ediciones Morata.
- Kuaik, I. D., y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50.
- Labrador, F. J. (2014). Técnicas de control de la activación. En F. J. Labrador. (Ed.), *Manual de técnicas de modificación de conducta* (pp. 199-222). Ediciones Pirámide.
- Labrador, F. J. (2014). Técnicas de control de la activación. En F. J. Labrador. (Ed.), *Manual de técnicas de modificación de conducta* (pp. 199-222). Ediciones Pirámide.
- Labrador, F. J., y Crespo, M. (2014). Desensibilización sistemática. En F. J. Labrador. (Ed.), *Manual de técnicas de modificación de conducta* (pp. 243-259). Ediciones Pirámide.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., y Thibodeau, N. (2000).
Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 957-964.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lee, S., Tsang, A., Zhang, M. Y., Huang, Y. Q., He, Y. L., Liu, Z. R., ... y Kessler, R. C. (2007).
Lifetime prevalence and inter-cohort variation in DSM-IV disorders in metropolitan China. *Psychological Medicine*, 37(1), 61-71.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós.

- Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, M. L., Beltrán-Parrazal, L., y Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *ENeurobiología*, *10*(24).
- Maina, G., Mauri, M., y Rossi, A. (2016). Anxiety and depression. *Journal of Psychopathology*, *22*, 236-250.
- Makovac, E., Meeten, F., Watson, D. R., Garfinkel, S. N., Critchley, H. D., y Ottaviani, C. (2016). Neurostructural abnormalities associated with axes of emotion dysregulation in generalized anxiety. *NeuroImage: Clinical*, *10*, 172-181.
- Martin, E. I., Ressler, K. J., Binder, E., y Nemeroff, C. B. (2009). The neurobiology of anxiety disorders: brain imaging, genetics, and psychoneuroendocrinology. *The Psychiatric clinics of North America*, *32*(3), 549–575.
- Martínez, M. R., Álvarez, L., Yaque, E., Hernández, L., y Rodríguez, Z. (2013). *Manual de técnicas de exploración psicológica*. Editorial Pueblo y Educación.
- Maslow, A. H. (1958). A Dynamic Theory of Human Motivation. En C. L. Stacey y M. DeMartino (Eds.), *Understanding human motivation* (pp. 26–47). Howard Allen Publishers.
- McLaughlin, K. A., Behar, E., y Borkovec, T. D. (2008). Family history of psychological problems in generalized anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, *64*(7), 905–918.
- Mennin, D. S. (2006). Emotion regulation therapy: An integrative approach to treatment-resistant anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *36*(2), 95-105.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour research and therapy*, *28*(6), 487-495.
- Miguel-Tobal, J. J. (1990). La ansiedad. En J. L. Pinillos y J. Mayor (Eds.), *Tratado de psicología general: Motivación y emoción* (pp. 309-344). Alhambra.

- Modelo de entrevista semiestructurada. (2021). En C. Serrador, M12: Modelos y Técnicas Avanzadas de Diagnóstico. Universidad Europea de Madrid.
- Monk, C. S., Telzer, E. H., Mogg, K., Bradley, B. P., Mai, X., Louro, H. M., Chen, G., McClure-Tone, E. B., Ernst, M., y Pine, D. S. (2008). Amygdala and ventrolateral prefrontal cortex activation to masked angry faces in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 568–576.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., y Molnar, C. (2004). Integrative therapy for generalized anxiety disorder. En R. G. Heimberg, C. L. Turk y D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 320-350). Guilford Press.
- Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., y Castonguay, L. G. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 275-297.
- Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T., y Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33(2), 215-233.
- Nezu, A. M., y D'Zurilla, T. J. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention*, 3ªed. Springer Publishing Company.
- Noyes Jr, R. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 41-55.
- Nuss P. (2015). Anxiety disorders and GABA neurotransmission: a disturbance of modulation. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 165–175.

- Organización de Consumidores y Usuarios (OCU). (2018, 16 de enero). *Encuesta de OCU sobre ansiedad y depresión*. Recuperado el 27 de octubre de 2022, de <https://www.ocu.org/organizacion/prensa/notas-de-prensa/2018/depresion160118>
- Pollack, M. H., Smoller, J. W., Otto, M. W., Scott, E. L., y Rosenbaum, J. F. (2004). Fenomenología del trastorno de angustia. En D. Stein y E. Hollander (Eds.), *Tratado de los Trastornos de Ansiedad*. (1ª ed., pp. 291-301). Ars Médica.
- Rodríguez, M. G., Castro, W. P., Pérez, J. M. B., y Rovella, A. (2004). La predicción del trastorno de ansiedad generalizada en función de variables de proceso. *Psicología y Salud*, 14(2), 179-188.
- Roemer, L., Eustis, E. H., y Orsillo, M. (2021). Generalized anxiety disorder: an acceptance-based behavioral therapy. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp.184-217). Guilford publications.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., y Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1083-1089.
- Roemer, L., y Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior therapy*, 38(1), 72-85.
- Roomruangwong, C., Simeonova, D. S., Stoyanov, D. S., Anderson, G., Carvalho, A., y Maes, M. (2018). Common environmental factors may underpin the comorbidity between generalized anxiety disorder and mood disorders via activated nitro-oxidative pathways. *Current topics in medicinal chemistry*, 18(19), 1621-1640.

- Rovella, A., González, M., Peñate, W., y Ibáñez, I. (2011). Preocupación-rasgo y trastorno de ansiedad generalizada en una muestra de la población general: el papel diferencial de la intolerancia a la incertidumbre, la evitación cognitiva, la orientación negativa al problema y las metacreencias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(2), 101-108.
- Rovella, A., y Rodríguez, M. G. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades*, 9(17), 179-194.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H... y Scott, K. M. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465-475.
- Sandín, 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. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., ... y Ferrari, A. J. (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.
- Schienle, A., Ebner, F., y Schäfer, A. (2011). Localized gray matter volume abnormalities in generalized anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(4), 303–307.
- Shimada-Sugimoto, M., Otowa, T., y Hetttema, J. M. (2015). Genetics of anxiety disorders: Genetic epidemiological and molecular studies in humans. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 69(7), 388-401.

- Sibrava, N.J., y Borkovec, T.D. (2006). The cognitive avoidance theory of worry. En G.C.L. Davey y F. Tallis. (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 239-258). Wiley.
- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Society of clinical psychology division 12 of the American Psychological Association. (s.f). *Psychological treatment target: Generalized Anxiety Disorder*.
<https://div12.org/diagnosis/generalized-anxiety-disorder/>
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Inventory*. Consulting Psychological Press.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine* 166(10), 1092–1097.
- Thng, C. E., Lim-Ashworth, N. S., Poh, B. Z., y Lim, C. G. (2020). Recent developments in the intervention of specific phobia among adults: a rapid review. *F1000Research*, 9.
- Thyer, B. A. (1987). *Treating anxiety disorders: A guide for human service professionals*. Sage Publications.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Spaulding, S. A., y Brown, J. M. (1995). The practice of behavior therapy: A national survey of cost and methods. *Behaviour Therapist*, 18, 1-4.
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En J. Mayor y F. J. Labrador (Eds.), *Manual de Modificación de conducta* (pp. 229-264). Alhambra.
- Wechsler, T. F., Kümpers, F., y Mühlberger, A. (2019). Inferiority or even superiority of virtual reality exposure therapy in phobias? A systematic review and quantitative meta-analysis on

randomized controlled trials specifically comparing the efficacy of virtual reality exposure to gold standard in vivo exposure in agoraphobia, specific phobia, and social phobia. *Frontiers in psychology*, 10, 1758.

Wells, A. (2004). A Cognitive Model of GAD: Metacognitions and Pathological Worry. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, y D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 164–186). The Guilford Press.

Wells, A. (2004). A Cognitive Model of GAD: Metacognitions and Pathological Worry. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, y D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 164–186). The Guilford Press.

Wells, A., y King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 206-212.

Westra, H. A. (2011). Comparing the predictive capacity of observed in-session resistance to self-reported motivation in cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 106-113.

Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., y Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 1021-1037.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization.

10. Anexos

Anexo I

Criterios diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada DSM-V (APA, 2014)

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Facilidad para fatigarse.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
 - F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración

negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Anexo 2

Criterios diagnósticos de la Fobia específica según el DSM-V (APA, 2014)

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar si:

Codificar basándose en el estímulo fóbico:

300.29 (F40.218) Animal (p. ej., arañas, insectos, perros)

300.29 (F40.228) Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua)

300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)

Nota de codificación: Seleccionar el código CIE-10-MC específico como sigue: **F40.230** miedo a la sangre; **F40.231** miedo a las inyecciones y transfusiones; **F40.232** miedo a otra atención médica; o **F40.233** miedo a una lesión.

300.29 (F40.248) Situacional (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados)

300.29 (F40.298) Otra (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados).

Nota de codificación. Cuando está presente más de un estímulo fóbico, se debe hacer constar todos los códigos CIE-10-MC aplicables

(p. ej., miedo a las arañas y a viajar en avión, F40.218 fobia específica, animal y F40.248 fobia específica, situacional)

Anexo 3

Autorregistro

Situación	¿Qué pienso?	¿Qué siento?	¿Qué hago?

Anexo 4

Autorregistro exposiciones

Situación	Ansiedad Pre	¿Qué pienso?	¿Qué siento?	¿Qué hago?	Ansiedad durante	Ansiedad Post

Anexo 5

STAI (State Trait Anxiety Inventory) en su adaptación española (Buela-Casal et al., 2015)

STAI

Apellido y nombre: _____
 Edad: _____ Sexo: Varón Mujer Fecha: ____/____/____
 Centro: _____ Curso/puesto: _____
 Otros datos: _____

A-E A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conténelo al dar la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Alo	Bastante	Mucho
1 Me siento calmado.	0	1	2	3
2 Me siento seguro.	0	1	2	3
3 Estoy tenso.	0	1	2	3
4 Estoy contrariado.	0	1	2	3
5 Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6 Me siento alterado.	0	1	2	3
7 Estoy preocupado por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8 Me siento descausado.	0	1	2	3
9 Me siento angustiado.	0	1	2	3
10 Me siento confortable.	0	1	2	3
11 Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12 Me siento nervioso.	0	1	2	3
13 Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14 Me siento muy "ataido" (como oprimido).	0	1	2	3
15 Estoy relajado.	0	1	2	3
16 Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17 Estoy preocupado.	0	1	2	3
18 Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19 Me siento alegre.	0	1	2	3
20 En este momento me siento bien.	0	1	2	3

A-R A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conténelo al dar la respuesta que mejor describa cómo se siente VD. generalmente.

	Nada	Alo	Bastante	Mucho
21 Me siento bien.	0	1	2	3
22 Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23 Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24 Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25 Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26 Me siento descansado.	0	1	2	3
27 Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
28 Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29 Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30 Soy feliz.	0	1	2	3
31 Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32 Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
33 Me siento seguro.	0	1	2	3
34 Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35 Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36 Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37 Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38 Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39 Soy una persona estable.	0	1	2	3
40 Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

STAI

Apellido y nombre: _____
 Edad: _____ Sexo: Varón Mujer Fecha: ____/____/____
 Centro: _____ Curso/puesto: _____
 Otros datos: _____

A-E Sumo las puntuaciones de esta parte (1 a 20) y traslade el resultado a la casilla correspondiente. Una vez obtenida la puntuación directa (PD) consulte los baremos en el manual para obtener la puntuación transformada.

	Nada	Alo	Bastante	Mucho
1	0	1	2	3
2	0	1	2	3
3	0	1	2	3
4	0	1	2	3
5	0	1	2	3
6	0	1	2	3
7	0	1	2	3
8	0	1	2	3
9	0	1	2	3
10	0	1	2	3
11	0	1	2	3
12	0	1	2	3
13	0	1	2	3
14	0	1	2	3
15	0	1	2	3
16	0	1	2	3
17	0	1	2	3
18	0	1	2	3
19	0	1	2	3
20	0	1	2	3

A-R Sumo las puntuaciones de esta parte (21 a 40) y traslade el resultado a la casilla correspondiente. Una vez obtenida la puntuación directa (PD) consulte los baremos en el manual para obtener la puntuación transformada.

	Nada	Alo	Bastante	Mucho
21	0	1	2	3
22	0	1	2	3
23	0	1	2	3
24	0	1	2	3
25	0	1	2	3
26	0	1	2	3
27	0	1	2	3
28	0	1	2	3
29	0	1	2	3
30	0	1	2	3
31	0	1	2	3
32	0	1	2	3
33	0	1	2	3
34	0	1	2	3
35	0	1	2	3
36	0	1	2	3
37	0	1	2	3
38	0	1	2	3
39	0	1	2	3
40	0	1	2	3

Handwritten calculations:
 A-E = 18 (Suma 1 a 20) → PD = 6 (Puntuación transformada)
 A-R = 35 (Suma 21 a 40) → PD = 8 (Puntuación transformada)


Anexo 6

Metáfora emociones como cartas

Las emociones son adaptativas, traen un mensaje, son como cartas que nos informan sobre nuestras necesidades. Lo que tenemos que hacer es a medida que nos van llegando las cartas de las emociones, abrirlas para saber qué mensaje nos traen. Lo que suele pasar es que, muchas veces no queremos abrir esas cartas, por lo que se van acumulando encima de nuestra mesa, ya que el mensaje es importante que nos llegue, por lo que siguen llegando cartas para recibir el mensaje que traen. Llega un momento que se nos han amontonado tantas cartas que incluso se nos caen encima, nos desbordan las cartas. Lo que tenemos que hacer es ir abriendo las cartas de las emociones para recibir el mensaje que nos quieren transmitir, e ir abordándolas en lugar de ignorarlas.

Anexo 7

Tarjetas emocionales



Calle Alcalá 8, 28042 Madrid
Tlf: 923 021 193
info@ohanapsicologia.es
www.ohanapsicologia.es

TARJETAS EMOCIONALES

Culpable	Confusa	Abatida
Dominada	Desilusionada	Engañada
Traicionada	Irritada	Amenazada
Ofendida	Bloqueada	Decepcionada
Asustada	Insatisfecha	Temerosa
Humillada	Colérica	Frustrada
Angustiada	Injusticia	Humillada
Avergonzada	Despreciada	Rechazada
Agotada	Cabreada	Impotente
Tensa	Indefensa	Triste
Atrapada	Arrepentida	Vacia
Inquieta	Preocupada	Desconfiada
Descontrolada	Nerviosa	
Afortunada	Encantada	Apreciada
Querida	Alegre	Inspirada
Libre	Expectante	Concentrada
Segura	Divertida	Interesada
Descansada	Agradecida	Optimista
Pacífica	Involucrada	Confiada
Exultante	Halagada	Emocionada
Autónoma	Comprendida	Esperanzada
Cuidada	Motivada	Radiante
Sofidora	Vital	Complacida
Ilusionada	Unida a...	Despierta
Serena	Interesada	Entusiasmada
Relajada	Valorada	

Anexo 8

Entrenamiento en regulación emocional

Esta técnica consta de una serie de pasos en forma de diálogo con uno mismo:

1º Validar y aceptar la emoción sin juzgar, ya que las emociones son legítimas siempre, lo que puede ser cuestionable es su gestión.

2º Identificar la emoción a través de las tarjetas de vocabulario emocional.

3º Identificar por qué me estoy sintiendo así, cuál es la necesidad que tengo que cubrir, ya que las emociones informan de nuestras necesidades.

4º Una vez identificada, responder a ¿Es ajustada esta emoción?

- Si la respuesta es que **sí**, cabe preguntarse:

- ¿Qué depende de mí?

Se hace una valoración de riesgos y beneficios, se realiza una toma de decisiones, se efectúa la acción y se valoran los resultados para saber cómo actuar en siguientes ocasiones.

- ¿Es algo que no depende de mí?

No queda más remedio que aceptarlo y tolerar el malestar.

El objetivo no es encontrarse bien, si no aguantarlo.

- Si la respuesta a es un **no**:

Lo que hay que hacer es regularse en el triple sistema de respuesta.

- En cuanto a los *pensamientos* negativos y culpabilizadores, reestructurar ese discurso interno para que sea más realista y amable, un discurso parecido al que se tendría con una amiga.

- En *el nivel fisiológico*, la regulación va encaminada a realizar respiraciones como desactivación y a hacer deporte como liberación.

- Finalmente, las *conductas* que permiten regularse en un momento de desbordamiento emocional van dirigidas a cambiar el foco del objeto desagradable, por ejemplo, si se encuentra con su expareja en el gimnasio y se desborda emocionalmente, la estrategia sería contar cuántas personas tienen una toalla blanca, cuántas chicas y cuántos chicos hay en la sala, a modo de distracción instantánea, no para negar la emoción, si no para poder poner en práctica lo mencionado anteriormente y llevar a cabo el proceso de gestión emocional.

Anexo 9

Psicoeducación ansiedad

TALLER DE RELAJACIÓN ADULTOS

1ª SESIÓN:

1.1. ¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?

La ansiedad es una respuesta natural de los organismos que se expresa de múltiples formas:

- **Cognitivo:** Son todos los pensamientos que se generan cuando estamos nerviosos. Por ejemplo "Estoy nervioso" "No voy a ser capaz de hacer..." "Nunca podré superar..."
- **Motor:** Son todas las acciones que realizamos. La más frecuente suele ser la agitación motora (hacer las cosas más rápido) mover una parte del cuerpo (por ejemplo, la pierna) etc. Pero también conductas como comer más, fumar más, morderse las uñas, etc.
- **Fisiológico:** Es lo que sucede a nivel corporal: Latidos fuertes del corazón, sensación de ahogo, respiración agitada o rápida, tensión muscular, etc.

SN SIMPÁTICO Vs. SN PARASIMPÁTICO

La emoción de **ansiedad** tiene lugar cuando anticipamos o percibimos algún tipo de **amenaza**. Cuando este proceso se da nuestro cerebro envía un mensaje a una sección de nervios llamada Sistema Nervioso Autónomo.

El SNA tiene dos ramas: el **Sistema Nervioso Simpático (SNS)** y el **Sistema Nervioso Parasimpático (SNP)** implicadas de forma directa en el control de energía corporal y de preparación para la acción.

De forma simple podemos decir que:

- El **SN Simpático** es el encargado de la **respuesta de lucha/huida**, libera energía para preparar a nuestro cuerpo para la acción.
- El **SN Parasimpático** es el sistema que se encarga de la **restauración**, devolviendo a nuestro cuerpo a un estado de normalidad, previo a la activación, nos relaja.

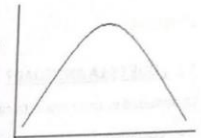
En resumen, cuando experimentamos ansiedad se activa la rama simpática, mediante este taller de técnicas de relajación queremos ofrecer herramientas para que se desactive la rama Simpática, y se active la parasimpática.



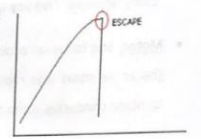
Calle Alcañiz 8, 28042 Madrid
Tlf: 623 021 193
info@ohanapsicologia.es
www.ohanapsicologia.es

¿CÓMO SE MANTIENE LA ANSIEDAD?

Esta es la **LA CURVA DE LA ANSIEDAD**. Como es una respuesta de activación, no se puede mantener en el tiempo indefinidamente, ya que el organismo llegaría a consumir todos sus recursos. Así que, pasado un tiempo, la ansiedad se reduce por sí sola.



Muchas veces, las personas utilizamos **conductas de escape** para evitar el malestar que nos produce la ansiedad. Con esto, a corto plazo podemos sentir que la ansiedad disminuye. Sin embargo, a largo plazo, no desaparecerá, es como poner un parche, y realmente no llegamos a exponernos a las cosas que nos dan ansiedad, por lo tanto, no llegamos a ver cómo disminuye nuestra ansiedad.



¿Y qué tengo que hacer para deshacerme definitivamente de la ansiedad, en momentos que no me sirve para nada o incluso me perjudica?

Ese sería el modo adecuado de plantear la situación, porque no queremos deshacernos de la ansiedad en **TODAS LAS OCASIONES** ¿a qué no? NO.

La ansiedad es una **respuesta útil** (como hemos visto anteriormente), no para enfrentarnos a nuestros miedos, pero sí cuando necesitamos, por ejemplo, ir deprisa (para coger un autobús que se escapa, si nos persigue un ladrón etc.)

Anexo 10

Entrenamiento en respiración diafragmática

1.3. ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA:

FORMA 1:

El **objetivo** de este ejercicio es aprender a **dirigir el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones**. Para lo cual se debe colocar una mano en el vientre y otra encima del estómago. Con este ejercicio, se debe percibir al respirar movimiento en la mano situada en el vientre, pero no en la situada sobre el estómago. Al principio puede parecer difícil, pero es una técnica que se controla en unos 15-20 minutos.

Trucos:

- Imagina que estás hinchando un globo.
- Hincha el vientre intentando apretarlo contra el pantalón.
- Dirige el aire a la parte más baja del tronco.



Duración:

- 2 minutos. Descansar otros 2 minutos.
- Realizar el ejercicio 4 veces.

FORMA 2:

El **objetivo** es aprender a **dirigir el aire inspirado a la zona inferior y media de los pulmones**. Es igual al ejercicio anterior, sin embargo, una vez llenado la parte inferior, se debe llenar también la zona media. Se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la del vientre.




Calle Alcañiz 8, 28042 Madrid
Tlf: 623 021 193
info@ohanapsicologia.es
www.ohanapsicologia.es

Proceso: Poner una mano en el vientre y otra en el estómago. Vamos a hacer una inspiración en dos tiempos.

- ✓ En el **primer tiempo** hinchamos el vientre (mano debajo del ombligo).
- ✓ En el **segundo** intentamos hinchar el estómago

Truco: Es importante marcar mucho cada tiempo para darnos cuenta de a dónde vamos a dirigir el aire y diferenciar cómo hinchamos las distintas zonas.

Duración:

- ✓ 2 minutos. Descansar otros 2 minutos.
- ✓ Realizar 3-4 veces el ejercicio.

Anexo 11

Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson

Consiste en entrenar a la paciente para que aprenda a identificar la sensación de tensión y relajación en cada grupo muscular del cuerpo, de manera que cuando experimente esa tensión, la localice rápidamente y pueda poner en marcha la relajación aprendida en dicho grupo muscular (Labrador, 2014).

2.1. RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

¿Cómo se hace?

Este método tiene tres fases:

1. La **primera fase** se denomina **tensión-relajación**. Se trata de tensionar y luego relajar diferentes grupos de músculos en todo su cuerpo, con el fin de que aprenda a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tensión muscular y otro de relajación muscular. Esto permite el logro de un estado de relajación muscular que progresivamente se generaliza a todo su cuerpo. Se debe tensionar varios segundos entre cinco y diez minutos y relajar lentamente.
2. La **segunda fase** consiste en **revisar mentalmente los grupos musculares**, comprobando que se han relajado al máximo.
3. La **tercera fase** se denomina **relajación mental**. En la cual se debe pensar en una escena agradable y positiva, o en mantener la mente en blanco. Se trata de relajar la mente a la vez que continúa relajando todo su cuerpo.

Estas tres fases pueden durar entre **10 y 15 minutos**. No se debe tener prisa. Esta técnica se puede repetir varias veces al día.

¿Entrenamos?

Posición inicial: Cierra los ojos, siéntate en el sillón o acuéstate en la cama lo más cómodamente para que tu cuerpo pueda relajarse al máximo posible.

PRIMERA FASE: Tensión-relajación

- **Relajación de cara, cuello y hombros** con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):
 - ✓ **Frente:** Arruga unos segundos y relaja lentamente.
 - ✓ **Ojos:** Abrir ampliamente y cerrar lentamente.
 - ✓ **Nariz:** Arrugar unos segundos y relajar lentamente.
 - ✓ **Boca:** Sonreír ampliamente, relajar lentamente.

Anexo 12

Lista de estrategias previas al examen

- Ir a cenar con su familia el día de antes
- Hacerse el desayuno de siempre
- Playlist motivadora



Calle Alcañiz 8, 28042 Madrid
Tlf: 623 021 193
info@chanapsicologia.es
www.chanapsicologia.es

- ✓ **Lengua:** Presionar la lengua contra el paladar, relajar lentamente.
- ✓ **Mandíbula:** Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relajar lentamente.
- ✓ **Labios:** Arrugar como para dar un beso y relajar lentamente.
- ✓ **Cuello y nuca:** Flexionar hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexionar hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.
- ✓ **Hombros y cuello:** Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.
- **Relajación de brazos y manos**
 - ✓ Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relajar lentamente.
- **Relajación de piernas:** Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relajar lentamente.
- **Relajación de tórax, abdomen y región lumbar** (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla):
 - ✓ **Espalda:** Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.
 - ✓ **Tórax:** Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente.
 - ✓ **Estómago:** Tensar estómago, relajar lentamente.
 - ✓ **Cintura:** Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla.

SEGUNDA FASE: Repaso

Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.

TERCERA FASE: Relajación mental

Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.

- Respiración diafragmática
- Sacar a pasear a su perra
- Abrazo de buena suerte
- Mensajes positivos Post-it
- Tener un discurso amigo

Lista de estrategias para el post examen

- Sacar a pasear a su perra
- Salir a cenar con amigas
- Pintarse los labios
- Tener un discurso consigo misma realista y amable

Anexo 13

Consentimiento informado

OHANA PSICOLOGÍA Y ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS DE SESIONES DE PSICOTERAPIA

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación en las sesiones de psicoterapia. Léalo atentamente y consulte con el/la terapeuta todas las dudas que se le planteen.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA RECOGIDA DE DATOS DE LAS SESIONES

Desde "Ohana Psicología y Atención Psicoeducativa" ubicado en C. Alcañiz, 8, 28042 Madrid se lleva a cabo una recogida de información de las sesiones de psicoterapia con fines formativos y de desarrollo profesional para las terapeutas que realizan su labor en el centro. Los datos recogidos podrán emplearse para el desarrollo de trabajos de investigación.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación e investigación y solamente por parte del equipo de terapeutas que desempeña su labor en el centro, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar, rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento se dejarán de utilizar sus datos con fines de formación y desarrollo profesional.

OHANA PSICOLOGÍA Y ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. N. Madrid he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la recogida de datos de las sesiones de psicoterapia y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación, investigación y desarrollo profesional para el equipo de terapeutas del centro.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, consiento en participar y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En Madrid, a 21 de Octubre de 2022

Firmado / [Firma]

Don/Dña.: [Firma]