

“Estudio de caso sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada”

Máster en Psicología General Sanitaria

Autora: María Valles Carrillo

Tutora clínica: Andrea Rodríguez Collado

Tutor académico: Eduardo Polin Alia

Fecha de realización del trabajo: 19/10/2022 - 28/02/2023

Nº palabras: 11.952

Resumen

En el presente trabajo, se expone el estudio de caso de una paciente que presenta sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Dentro de los trastornos de ansiedad, el TAG actualmente es el más frecuente en la población adulta, aumentando su prevalencia a raíz de la pandemia del coronavirus en el 2020. Este trastorno, se caracteriza por la ansiedad exacerbada, y la preocupación intensa y constante sobre diversos aspectos y sucesos de la vida diaria. El motivo de consulta por el que acude la paciente es reducir sus niveles de ansiedad y las preocupaciones incontrolables sobre situaciones rutinarias, sobre todo tras la marcha de su hijo a un país extranjero. A lo largo del proceso terapéutico, se ha realizado una exhaustiva evaluación con diversas técnicas (entrevista semiestructurada, observación conductual, autorregistros y cuestionarios). Posteriormente, se procedió a la elaboración de un plan de tratamiento ajustado a las características idiosincráticas de la paciente y siguiendo el enfoque de la terapia cognitivo-conductual, empleando técnicas como la reestructuración cognitiva, la desensibilización sistemática y técnicas del control de la activación. El tratamiento aún no ha finalizado, por lo que se ha incluido el pronóstico acerca del desarrollo de las próximas sesiones, sin embargo, en las doce sesiones que se han realizado hasta el momento, se han observado mejoras notables.

Palabras clave: ansiedad generalizada, estudio de caso, tratamiento cognitivo-conductual

Abstract

This paper presents a case study based on a patient presenting symptoms of Generalized Anxiety Disorder (GAD). GAD is currently one of the most frequent conditions among anxiety disorders in adult population. It has increased its prevalence as a result of the coronavirus pandemic in 2020. This disorder is characterized by exacerbated anxiety, and intense and constant worry about various aspects and events of daily life. The reason for the patient's consultation is to reduce her anxiety levels and uncontrollable worries in everyday situations, which have specially increased after her son's departure to a foreign country. Throughout the therapeutic process, an exhaustive evaluation was carried out using several techniques (semi-structured interview, behavioral observation, self-recording and questionnaires). Subsequently, a treatment plan was developed, adjusted to the idiosyncratic characteristics of the patient, and following the cognitive-behavioral therapy approach, using techniques such as cognitive restructuring, systematic desensitization and activation control techniques. The treatment has not yet been finished; therefore, the prognosis of the treatment on the development of the next sessions has been included. Nonetheless, during the past twelve sessions, that have been carried out so far, remarkable improvements have been observed.

Keywords: generalized anxiety, case study, cognitive-behavioral treatment

ÍNDICE

Resumen

Marco teórico

1. Introducción	8
1.1 Contextualización de la ansiedad.....	8
1.2 Conceptualización del Trastorno de Ansiedad Generalizada	9
1.3 Criterios diagnósticos.....	10
1.4 Prevalencia.....	11
1.5 Etiología.....	12
1.6 Teorías explicativas y Modelos teóricos.....	13
1.7 Comorbilidad	15
1.8 Propuestas de intervención psicológica eficaces	16
2. Identificación y motivo de consulta	18
2.1 Identificación del caso	18
2.2 Motivo de consulta.....	18
2.3 Antecedentes	19
3. Estrategias de evaluación	20
4. Formulación clínica del caso	24
4. 1 Historia del problema.....	24
4.2 Hipótesis de origen y mantenimiento	26
4.3 Análisis funcional del problema	27



4.4 Resultados de las pruebas de evaluación	30
4.5 Conclusiones y diagnóstico.....	33
4.6 Objetivos terapéuticos.....	34
5. Tratamiento	35
6. Valoración del tratamiento	43
7. Discusión y conclusiones.....	47
8. Referencias bibliográficas	52
9. Anexos	55



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	22
Tabla 2.....	29
Tabla 3.....	35
Tabla 4.....	37



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	32
Figura 2	45

1. Introducción

1.1 Contextualización de la ansiedad

Ciertos estados emocionales, como el miedo y la ansiedad, promueven la supervivencia de la especie humana. Estos son inherentes al ser humano porque ante una amenaza externa, se manifiesta una reacción que impulsa al ser humano a enfrentarse a la situación de una forma adaptativa, dando lugar a la activación fisiológica, psicológica, cognitiva, afectiva y conductual para garantizar la seguridad. En ocasiones, estas emociones resultan disfuncionales cuando la persona responde a estímulos inofensivos como si se trataran de estímulos realmente peligrosos (Rodríguez, 2017).

La ansiedad, según Galindo et al., (2020), se considera patológica cuando se presenta irracionalmente, ya sea porque el estímulo no está disponible, la intensidad es excesiva con relación al estímulo neutro, la recurrencia es infundada o la duración es desmedidamente prolongada, ocasionando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona.

Otro concepto estrechamente relacionado con la ansiedad es la preocupación. Cuando esta última se excede en frecuencia e intensidad se puede convertir en una problemática que derive en una patología mental (Galindo et al., 2020).

Los problemas de ansiedad son unos de los más prevalentes en nuestro país y a nivel mundial, pues la interferencia en las esferas personal y social es elevada. Según la Encuesta Europea de Salud en España (EESA) proporcionada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2021), se estima que en 2020 el 5,3% de la población padece ansiedad crónica. En concreto, uno de los trastornos de ansiedad más prevalentes en nuestro país es el trastorno de ansiedad generalizada.

1.2 Conceptualización del Trastorno de Ansiedad Generalizada

El Trastorno de Ansiedad Generalizada, a partir de ahora abreviado como TAG, se define como una preocupación excesiva, caracterizada por anticipar ciertos acontecimientos, siendo esta incontrolable, duradera y reiterativa. Asimismo, esta ansiedad surge en aquellas situaciones que el sujeto percibe difíciles de controlar (Ballespí, 2014)

Desde la primera conceptualización del TAG hasta la fecha, los autores han tenido algunas controversias por las diferentes modificaciones que ha sufrido durante décadas.

Esto se puede observar en la enorme evolución que ha sufrido el DSM desde su primera edición hasta la más actualizada. En el DSM-I (APA, 1952), tuvo una enorme influencia Freud, pues fue la primera persona en conceptualizar el TAG y lo denominó desde el enfoque psicoanalítico “neurosis de angustia”, en este primer manual únicamente se incluía la sintomatología somática del trastorno. Más adelante, en el año 1968, el TAG se conocía como “ansiedad crónica”, la cual se ubicaba en el DSM-II en la categoría general de la neurosis de angustia. Posteriormente, se incluye en el DSM-III (APA, 1980) el TAG como una categoría diagnóstica independiente, sin embargo, no es hasta 7 años después, cuando emerge la revisión de este último manual, el DSM-III-R (APA, 1987), en el cual aumenta el interés empírico, identificando este trastorno como una entidad clínica que proviene de la excesiva preocupación. En 1994, se publica el DSM-IV, este manual le da importancia al criterio de incontrolabilidad de las preocupaciones. En el año 2014, se publicó el último manual hasta la fecha, el DSM-V, en este, el TAG se encuentra ubicado dentro del primer bloque de los trastornos de ansiedad (Rodríguez, 2017).

1.3 Criterios diagnósticos

Además, con la finalidad de establecer un diagnóstico claro de TAG, se han establecido en el DSM-V diferentes criterios diagnósticos:

- Criterio 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).
- Criterio B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- Criterio 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):
 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.
- Criterio 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.
- Criterio 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).
- Criterio 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).

Nota. Recuperado de American Psychiatric Association (2014), p. 222.

1.4 Prevalencia

El TAG es uno de los trastornos de ansiedad que aparece más tarde, aunque al mismo tiempo según algunos autores se podría decir que es el segundo trastorno más prevalente en los menores de edad (Ballespí, 2014).

Por consiguiente, existe una extensa variabilidad en los datos de prevalencia del TAG dependiendo de diferentes variables como: instrumentos empleados, criterios diagnósticos utilizados, metodología de la entrevista y país de residencia. Según el estudio ESEMed (2006), la prevalencia vital española del TAG era del 1,9%, siendo superior en otros países europeos, pues aumenta la prevalencia al 2,8% y sobre todo en Estados Unidos siendo del 5,7% (Bados, 2017).

En el 2020, se hizo otro estudio en la Universidad Complutense de Madrid realizado con las pruebas PHQ-9 y GAD-7 sobre una muestra representativa de la población. En este estudio, el 19,6% de los encuestados dieron positivo en la prueba de cribado del TAG. Se ha comparado esta prevalencia con las obtenidas en España en la Encuesta Europea de Salud

pocos años antes, y se ha observado que aún utilizando los mismos instrumentos la prevalencia se ha duplicado (Cano-Vindel y Ruiz, 2021).

Los individuos de países desarrollados y los de procedencia europea presentan mayor riesgo de desarrollar TAG (Ballespí, 2014).

Respecto a las diferencias de género, se ha observado que las mujeres presentan el doble de probabilidad de tener este trastorno; estas diferencias de género suelen observarse a partir de la adolescencia (Orgilés, 2012).

1.5 Etiología

La etiología y el mantenimiento de los problemas de ansiedad es multicausal. Tanto los factores individuales como los ambientales han demostrado estar implicados en la aparición de este trastorno (APA, 2018).

La gran mayoría de las personas que padecen TAG, consideran haber sido ansiosas siempre, por ello algunos autores dicen que se trata de un trastorno de personalidad ansioso caracterizado por rasgos neuróticos (Garay, 2019).

Según los estudios epidemiológicos llevados por Kessler et al., (2005), la edad media de aparición del TAG es de 31 años. También se ha comprobado, que cuanto más pronto se inicie el TAG, mayor suele ser el deterioro asociado, teniendo más probabilidad de que este trastorno sea persistente y de presentar otros trastornos comórbidos (Rodríguez, 2017).

El pronóstico de este trastorno suele ser vital, pues a pesar de que los pacientes reciban un tratamiento psicológico adecuado y los síntomas actuales disminuyan, lo más frecuente es que la sintomatología residual continúe a nivel subumbral como rasgo de la personalidad (Prados, 2013).

En cuanto a los principales factores de riesgo que predisponen a desarrollar este trastorno, se considera que son el temperamento, la genética, un estado socioeconómico bajo y la sobreprotección parental (APA, 2018).

1.6 Teorías explicativas y Modelos teóricos

Existen diferentes teorías clásicas que pretenden explicar el aprendizaje de los Trastornos de ansiedad. Por un lado, se encuentra el condicionamiento clásico que explica que un estímulo que un principio era neutro se empareja con otro estímulo que previamente producía una respuesta específica. De este modo este estímulo adquiere función de estímulo condicionado (EC), adquiriendo asimismo cierto valor predictivo, pues pasa a elicitar respuestas reflejas similares a las que elicita el estímulo con el que se emparejó en un inicio. Por otro lado, se encuentra el condicionamiento operante, que explica que se produce el reforzamiento negativo, pues aumenta la conducta de evitación, siendo este reforzamiento el condicionamiento operante más potente, dado que hace que se mantenga la conducta de evitación, y explicará el origen y el mantenimiento de algunas de las conductas más relevantes involucradas en las fobias específicas (Orozco et al., 2015).

En los últimos treinta años han surgido múltiples explicaciones sobre el TAG, a continuación, Velázquez et al., (2016) exponen sus respectivos modelos:

- **Modelo de la aprensión ansiosa de Barlow (1988):** este define la aprensión ansiosa como un proceso ubicado en los diferentes trastornos de ansiedad, sobre todo en el TAG. Esta, se inicia cuando la persona percibe un suceso estimular que conlleva proposiciones almacenadas en la memoria a largo plazo, desencadenando una activación fisiológica y sensaciones de incapacidad, impredecibilidad e incontrolabilidad. Consecuentemente, se darán cambios atencionales donde la persona

se centrará en sí misma y hará autoevaluaciones, produciendo un aumento del arousal crónico, derivando en un estado de hipervigilancia continuo. Resumiendo, este modelo propone que la preocupación es patológica e incontrolable y que emerge tras la activación de un esquema cognitivo de incapacidad.

- Modelo de la Evitación cognitiva de Borkovec y cols (1994), al que posteriormente, en 2004 se unieron Alcaine y Behar: este considera la preocupación como un intento verbal-lingüístico para evitar imágenes catastróficas asociadas a estímulos aversivos. Según Borkovec, la preocupación requiere una motivación para actuar frente a una amenaza, y así encontrar una solución al problema. Aunque, esta preocupación sería considerada como patológica cuando al preocuparse la persona recupera fácilmente imágenes aversivas que paradójicamente intenta evitar. Todo esto, supone una activación fisiológica y creándose un círculo vicioso. Por lo tanto, la preocupación patológica es la tendencia que tienen los individuos de percibir el mundo como un sitio peligroso.
- Modelo metacognitivo de la preocupación y del trastorno de ansiedad generalizada de Wells (2006): este autor considera que la preocupación patológica emerge del origen y el mantenimiento de creencias metacognitivas positivas que aluden al mismo proceso de preocupación, por ejemplo, “cuánto más tiempo dedique a preocuparme, menos sufriré”. Estas creencias tienen lugar por dos tipos de procesos, por un lado, el aprendizaje por modelado de las figuras parentales con tendencia a la preocupación, y por otro el refuerzo negativo que acontece cuando después de preocuparse no se interpretan amenazas. El TAG se caracteriza por la aparición de las meta-preocupaciones, es decir, “preocuparse de estar preocupado”, (por ejemplo: “cómo continúe preocupándome por lo que me sucedió ayer me va a dar un infarto”).

- Modelo de la intolerancia a la incertidumbre de Dugas (1998): Los autores de este modelo asocian la etiología y el mantenimiento de las preocupaciones excesivas con la intolerancia a la incertidumbre. Esta última, hace referencia a la tendencia de la persona para actuar negativamente ante un suceso incierto, sin importar la probabilidad de que ocurra ni las consecuencias que pueden tener lugar. Este modelo pone de manifiesto que cuanto más elevado sea el nivel de intolerancia a la incertidumbre, mayor serán las reacciones, dando lugar a una alta activación emocional, hipervigilancia y un estado de evitación cognitiva.
- Modelo de la preocupación perseverativa inducida por el estado de ánimo de Davey (2006): Este autor alude que las personas “preocupadizas” utilizan la preocupación para intentar solucionar los problemas, aunque con escasa confianza en sí mismas para resolverlos. La característica fundamental de la preocupación patológica es la perseverancia cognitiva disfuncional que propicia la baja autoconfianza y la valoración positiva de las preocupaciones.

1.7 Comorbilidad

En cuanto a la comorbilidad del TAG con el resto de los trastornos que se proponen en el DSM-V, se observa que a pesar de que las mujeres y los varones que padecen este trastorno tienen síntomas similares, los patrones de comorbilidad son distintos.

Lo más probable, es que las personas que han sido diagnosticadas del TAG también cumplan con los criterios de los trastornos depresivos unipolares y de otro trastorno de ansiedad. Esto es así, dado que la preocupación excesiva, es decir, el neuroticismo que caracteriza al TAG se relaciona a antecedentes del temperamento y a factores de riesgo de origen ambiental y genético que los trastornos comórbidos tienen en común. Por lo contrario, es poco probable la comorbilidad del TAG con los trastornos de la conducta, los trastornos

del neurodesarrollo, los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, los trastornos psicóticos y los trastornos neurocognitivos (APA, 2018).

1.8 Propuestas de intervención psicológica eficaces

En este apartado, se proponen los tratamientos empíricamente validados según la división 12 de la APA para el TAG, que pueden proporcionarse individualmente o en combinación, pero todos siguen el enfoque de las terapias cognitivas y conductuales.

Esta terapia tiene la premisa de que los sentimientos, los pensamientos y los comportamientos están interrelacionados, por lo tanto, para conseguir aliviar los síntomas en uno es necesario modificar los problemas en otro, esto se observa cuando se alteran los pensamientos automáticos negativos, que conlleva la reducción de la sintomatología ansiosa.

Las diferentes técnicas de intervención que proponen estos enfoques tienen el objetivo de cambiar los patrones instaurados de pensamientos catastróficos y las falsas creencias de que preocuparse en exceso por cosas de la vida diaria es útil.

La evidencia de la investigación, según la Sociedad de Psicología Clínica (2023), plantea que emplear la terapia conductual y la cognitiva de forma independiente tiene efectos beneficiosos en los pacientes, sin embargo, se ha mostrado mayor eficacia cuando ambas terapias se combinan, dando lugar a las terapias cognitivo-conductuales (TCC). Estas sugieren para el manejo del TAG emplear la combinación de técnicas del control de la activación con la técnica de reestructuración cognitiva. A continuación, se van a conceptualizar las técnicas previamente mencionadas:

- La técnica de reestructuración cognitiva de Beck (1967), parte de la premisa de que el ser humano está capacitado para procesar adecuadamente lo que le sucede. La reestructuración cognitiva consiste en un tratamiento extenso que a su vez engloba diversas técnicas, instrumentos y fases, como la alianza terapéutica. Asimismo, Beck

propone tres conceptos básicos: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. Trabajando estos conceptos en terapia, el psicólogo de una forma directiva ayudaría al paciente a identificar y modificar sus pensamientos distorsionados de una forma más realista y funcional, formulando hipótesis que posteriormente se contrastarán (Bados, 2017).

- Las técnicas del control de la activación permiten reducir la sintomatología en los pacientes con TAG. Por un lado, para reducir la tensión muscular la técnica más adecuada sería la relajación muscular progresiva de Jacobson, utilizada desde comienzos del siglo XIX. Esta técnica utiliza métodos de tensión-relajación para mejorar la calidad del sueño, el autocontrol y la tolerancia frente a diversas situaciones, aumentar el rendimiento físico, reducir el cansancio y eliminar tensiones musculares (Labrador, 2022). Por otro lado, se encuentra la técnica de respiración diafragmática. Esta consiste en realizar una inhalación profunda y consciente utilizando fundamentalmente el diafragma. El objetivo de la técnica es activar el sistema nervioso parasimpático para emitir respuestas antagonistas a la ansiedad. Para conseguir una mayor eficacia, debe practicarse frecuentemente, de forma diaria en una duración de 5 minutos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2021, puso de manifiesto algunas recomendaciones que pueden ayudar a convivir con el TAG, sobre todo para aliviar los posibles síntomas que puedan emerger después del tratamiento psicológico: practicar ejercicio físico de forma regular, tener buenos hábitos de alimentación y de sueño, no ingerir estimulantes en exceso, tener una red social activa, compartir el malestar con el entorno cercano (Jiménez-Suarez, 2022)

El objetivo de este Trabajo de Fin de Máster es abordar el proceso terapéutico de una paciente que cumple con las características del TAG.

2. Identificación y motivo de consulta

2.1 Identificación del caso

La paciente, a la que de ahora en adelante se le denominará L.H., es una mujer de 47 años, casada con un hombre de 48 años con el que tiene dos hijos, el mayor tiene 14 años y la pequeña 10 años. Se licenció en economía y trabaja desde hace veinte años como mánager de una empresa de renting, siendo la responsable del funcionamiento de un equipo de trabajo. La unidad familiar es de nacionalidad española y tienen un nivel sociocultural alto, pues ambos progenitores desempeñan empleos altamente cualificados.

Respecto a otros datos de interés de la paciente relacionados con sus hábitos de vida, comenta que duerme entre 7 y 8 horas por las noches y se siente descansada cuando se despierta. Utiliza la férula de descarga para evitar los efectos del bruxismo aquellos días que se ha sentido más nerviosa. En cuanto a la alimentación, únicamente se ve alterada cuando sufre episodios altamente ansiosos.

En relación con los tratamientos previos, recibió tratamiento farmacológico orientado a la reducción de la sintomatología ansiosa, pero actualmente no mantiene dicho tratamiento. Por otro lado, refiere que acudió a terapia psicológica por “*depresión posparto*”, pero únicamente acudió a 4 sesiones y terminó abandonando la terapia.

L.H. no refiere presentar patologías físicas ni enfermedades crónicas.

2.2 Motivo de consulta

El motivo de consulta es que padece sintomatología ansiosa desde hace unos 15 años y refiere no haberla sabido manejar correctamente nunca. A su vez, L.H. manifiesta el deseo de dejar de preocuparse por la mayoría de las cosas que le acontecen en su vida diaria, sobre todo aquellas que conciernen a su familia. Comenta que a pesar de que los episodios ansiosos y las preocupaciones recurrentes llevan mucho tiempo con ella, acude ahora porque los

síntomas se han agravado a raíz de que su hijo mayor partiera a Estados Unidos para estudiar durante un año.

2.3 Antecedentes

L.H acudió previamente al psicólogo cuando tenía 34 años, un año después de tener a su primer hijo, alude que tenía sintomatología de depresión postparto, sin embargo, abandonó la terapia a los pocos meses porque no sintió que conectara con la terapeuta.

Relata que en terapia se encontraba incómoda y juzgada pues se le preguntaba sobre aspectos de su infancia y se intentaba explorar el apego con su hijo, haciéndole sentir “mala madre” por actuaciones que considera de elección personal, como la vía de alimentación de su bebé. Se explora que sufrió un aborto espontáneo dos años antes de tener a su primer hijo y comenta que este suceso le generó muchos miedos en su posterior embarazo y futura crianza de sus hijos, sobre todo del mayor, pues siempre ha sentido que es vulnerable y debe protegerle del mundo externo.

3. Estrategias de evaluación

En este punto, se exponen los diferentes instrumentos de evaluación, tanto de carácter cualitativo como cuantitativo, que se han utilizado en terapia para recoger información del caso de L.H. La mayoría de los instrumentos evaluativos son cualitativos.

El proceso de recogida de información de la paciente fue más exhaustivo en las dos primeras sesiones, esto facilitó conocer más a fondo el problema y de este modo poder realizar una intervención más ajustada a la problemática actual. Sin embargo, cabe resaltar que, aunque existe una fase concreta de evaluación, se ha evaluado a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Desde un primer momento, el instrumento de evaluación que se ha utilizado en todas las sesiones ha sido la *entrevista semi-estructurada*.

La *entrevista semi-estructurada* es un proceso comunicativo que permite conocer la situación biográfica actual de todo sujeto que tiene una historia, conformada por la sedimentación de sus experiencias subjetivas previas, la cuales son experimentadas por él como subjetivas y exclusivas (De Toscano, 2009). Es una técnica muy útil para recabar información de carácter pragmático e indagar de qué manera actúan las personas y cómo reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales. Tiene el objetivo de obtener información acerca de las creencias y opiniones del paciente, entendiendo esto como unidades de conocimiento que no pueden ser contrastadas de forma objetiva. Por lo tanto, se trata de un instrumento capaz de adaptarse a los diferentes individuos, pues no sirve únicamente para recoger datos si no que trabaja con las palabras del entrevistado y con sus diversas maneras de sentir, teniendo en cuenta las emociones que se despliegan en el espacio terapéutico (De Toscano, 2009). En las primeras sesiones, esta entrevista se utilizó como técnica por excelencia, pues permitió recabar información biográfica indispensable de

la paciente, recopilada en diferentes áreas de interés: área social, área emocional, área laboral y aficiones.

Simultáneamente a la *entrevista semi-estructurada*, se ha utilizado la *observación conductual*, que ha permitido obtener datos relevantes sobre el lenguaje no verbal de la paciente. Esta técnica pertenece al enfoque conductista y se define como la primera forma de relación con los objetos que van a ser estudiados mediante la atención, la recopilación y el registro de información, esto lo permiten los sentidos (oído, vista, olfato, tacto, sentidos kinestésicos y cenestésicos) para tener una visión global del contexto natural. Por lo tanto, la *observación conductual*, como su propio nombre indica, consiste en observar comportamientos (Caballo, 2005). Algunas de las conductas que se explorarán en el proceso de evaluación serán: la capacidad de mantener una conversación, la comprensión de las instrucciones, el tono de voz, la postura corporal en la silla, los movimientos corporales, la expresión facial, la concordancia entre los gestos y el discurso, el contacto ocular que mantiene, cómo es la estética (vestimenta y aseo personal), entre otros.

A partir de la tercera sesión, se le pidió a la paciente que rellenara situaciones que le preocupaban en ese momento en un *autorregistro* para recoger información relevante de las emociones y pensamientos que se desencadenan en las situaciones que le generan ansiedad en su día a día. El autorregistro es el paso previo para conseguir modificar la interpretación distorsionada de las distintas situaciones que se dan en la vida diaria, haciendo conscientes los pensamientos automáticos (sobre todo, negativos) con el objetivo de modificarlos mediante distintas técnicas de intervención por otros más objetivos y adaptativos (Bados, 2017). En la Tabla 1 se puede observar el autorregistro que se proporcionó a la paciente para su posterior cumplimentación en el contexto natural, preferiblemente en su domicilio por las noches. Este autorregistro parte del Modelo ABC de Ellis (1962), fue su primer modelo lineal, perteneciente al enfoque cognitivo-conductual, siendo la A: Acontecimiento o

situación problemática, la B: Los pensamientos y las creencias que surgen de esta situación, y la C: Las consecuencias emocionales y conductuales que se desencadenan.

Tabla 1

Autorregistro basado en el Modelo ABC de Ellis (1962)

Acontecimiento	Pensamientos y creencias	Consecuencias emocionales y conductuales

Posteriormente, cuando la paciente consiguió realizar el autorregistro basado en el Modelo ABC sin ninguna dificultad, se le propuso en sesión que pusiera en tela de juicio la veracidad de las creencias irracionales con diferentes pruebas de realidad. Asimismo, más adelante se le pidió que ofreciera alternativas adaptativas y realistas sobre cómo podría reaccionar nuevamente ante esas situaciones. Para todo esto, se utilizó el denominado Modelo circular o contextual ABCDE de Ellis (1994). En sesión, se reflexionó sobre que se incorporaría en la columna D: Debate y cuestionamiento de creencias irracionales, y la columna E: Nuevas creencias y efectos.

Por último, con el objetivo de obtener información de carácter cuantitativo y obtener resultados objetivos se le ha administrado en dos momentos diferentes; antes de iniciar el tratamiento psicológico y después bien avanzado el tratamiento, el *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), desarrollada por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1999) y adaptada al castellano por Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos (2011). Se trata de un cuestionario autoaplicado que evalúa la ansiedad como estado transitorio y como rasgo latente, puede aplicarse de forma individual o colectiva a

adolescentes y adultos con un nivel cultural mínimo que les permita comprender las instrucciones y las diferentes preguntas del cuestionario. Tiene una duración aproximada de 15 minutos. El objetivo principal de este cuestionario es evaluar por un lado la ansiedad Estado (A/E), que pretende evaluar la condición emocional transitoria del organismo humano, caracterizada por sentimientos subjetivo de tensión y aprensión y por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo (SNA); y por otro lado, la ansiedad Rasgo (A/R), que indica una relativamente estable propensión ansiosa por la que se diferencian las personas en su tendencia a percibir las situaciones como amenazantes, y por consecuencia elevan su A/E (Spielberger, 1994).

Dado que la adaptación española se realizó en 1982, se ha realizado una revisión del STAI, reuniendo a una muestra de 1.036 adultos. En cuanto al análisis de la fiabilidad, se obtuvieron mediante el alpha de Cronbach para los ítems de la subescala de A/R un valor de 0,90 y para la subescala A/E se obtuvo una cifra de 0.94. Referente al análisis de la validez de criterio, tanto en la subescala A/R como en la A/E se obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman de 0,79. En este estudio se observa que este cuestionario mantiene unas adecuadas propiedades psicométricas y que es sensible al aumento de estímulos ambientales que producen estrés. Por lo tanto, el STAI es fiable en pacientes que padecen ansiedad, aunque tiene correlaciones elevadas con instrumentos de depresión, como el BAI, por lo que es posible que también evalúe rasgos de la depresión (Guillén, 2014).

4. Formulación clínica del caso

4. 1 Historia del problema

L.H refiere que en su infancia y adolescencia sufría mucho si suspendía un examen y le daba miedo cometer errores. Tenía miedo de defraudar a sus padres porque eran exigentes y estrictos con ella en todos los ámbitos.

Además, sus progenitores le hacían responsable de sus problemas matrimoniales, puesto que en numerosas ocasiones hizo de intermediaria entre ambos cuando había algún conflicto en la pareja, pues su madre le pedía que hablara con su padre y viceversa. Esta triangulación de L.H por parte de los progenitores la hacía partícipe de los conflictos parentales, ya que tanto el padre como la madre buscaban una alianza con ella para obtener el apoyo en el conflicto con el otro cónyuge.

Todo esto le condujo a tener una fuerte discrepancia con el modelo educativo que imperaba en su casa, teniendo la certeza de que si en algún momento tenía hijos les educaría de una forma más empática y flexible. Por ello, L.H refiere que lleva sufriendo elevada ansiedad desde su adolescencia, aunque ha sido más consciente en la edad adulta, período en el que se agravó la ansiedad en dos momentos concretos: el primero, cuando tuvo a su primer hijo; motivo por el que acudió a terapia por primera vez y el segundo, cuando este se marcha a estudiar a Estados Unidos viviendo con una familia desconocida durante un año, motivo por el que acude a terapia actualmente.

Previamente a tener su primer hijo, tuvo un aborto espontáneo que le generó muchos miedos en el futuro como madre.

En cuanto a la infancia de su hijo, considera que fue una etapa complicada para ella. Cuando este era bebé lloraba descontrolada y desmesuradamente, lo que le producía mucho estrés. Asimismo, L.H durante el primer año de vida de su hijo, decidió darle biberón como

única vía de alimentación para controlar las cantidades de las tomas por miedo a que le ocurriera algún problema de salud.

Desde que su hijo vive en Estados Unidos, hace aproximadamente 6 meses, refiere que ha tenido una reducción del apetito y en las ocasiones en que a su hijo le ocurre un problema esto le genera náuseas, llegando a desencadenar ocasionalmente en vómitos. Esta situación también le genera pesadillas frecuentes por las noches, además de un estado de hipervigilancia nocturna, porque dada la diferencia horaria, su hijo le suele llamar a partir de la 1 a.m., y ella se suele irse a dormir antes.

Comenta que la decisión de que su hijo se fuera a vivir a un país extranjero fue decisión suya, ya que considera que esta experiencia será muy beneficiosa para él en un futuro, sin embargo, este pensamiento entra en contradicción con sus sentimientos, ya que le genera mucho malestar el hecho de no poder controlar la vida de su hijo, pues cree que es vulnerable y no podrá resolver por sí solo los problemas que le acontezcan. Por lo tanto, trata de adelantarse a las posibles dificultades y problemas que le puedan acontecer allí a su hijo.

L.H. se considera una persona muy controladora, excesivamente responsable y con tendencia a preocuparse demasiado por sucesos de la vida diaria. Además, manifiesta sentirse identificada con el carácter y la personalidad de su hijo, motivo por el que tiende a responsabilizarse en exceso de su posible sufrimiento.

Las formas de la paciente de intentar solucionar el problema antes de acudir a terapia han sido: leer muchos libros de psicología y practicar Mindfulness. Sin embargo, no le ha resultado eficiente pues cree conocer la teoría, pero no se ve capaz de ponerla en práctica.

Actualmente, elabora listas para organizar su día a día y el de su familia, de este modo consigue aliviar el malestar que le genera dejar su vida en manos de la improvisación.

Refiere que siempre ha tenido cierta tendencia a estar excesivamente informada sobre las noticias de la televisión y los periódicos, generalmente diariamente, sin embargo, esto se

ha agravado tras la pandemia mundial del Coronavirus, pues lleva casi 3 años revisando más frecuentemente los sucesos que ocurren en el mundo.

Se observa que acude con una estética cuidada, su postura corporal es erguida y su tono de voz es calmado.

4.2 Hipótesis de origen y mantenimiento

Teniendo en cuenta la información anterior, se podría decir que el principal problema de la paciente es la elevada sintomatología ansiosa, presentando dificultad para tolerar la incertidumbre y estando preocupada persistentemente.

Se hipotetiza que han podido influir en el origen de esta problemática las siguientes variables disposicionales:

- La excesiva exigencia por parte de sus padres durante su infancia y adolescencia.
- La mediación en los conflictos de sus padres durante su infancia.
- La elevada autoexigencia, sobre todo en el ámbito académico y laboral.
- El aborto espontáneo que sufrió dos años antes de tener a su primer hijo.
- La sintomatología de depresión postparto con su primer hijo.

Se podría considerar que actualmente el problema se sostiene, puesto que pueden influir las siguientes hipótesis de mantenimiento:

- Tener creencias irracionales sobre la capacidad de su hijo para resolver problemas.
- El estilo parental protector y controlador, pues muestra una preocupación excesiva por ser una buena madre, como creer que una buena madre debe prever y solucionar todas las posibles amenazas de sus hijos.
- Tener instaurada la creencia de que el mundo es peligroso y amenazante.
- La situación de lejanía de su hijo, dado que lleva un año viviendo en un país extranjero.

- Tener un puesto de trabajo de mucha responsabilidad, pues está a cargo de un equipo.
- Estar sobreinformada sobre las noticias que ofrecen diversos medios de comunicación.

4.3 Análisis funcional del problema

Como se comentaba, por un lado, la paciente presenta una elevada dificultad para tolerar la incertidumbre. Esto probablemente se deba a que, cuando era pequeña sus padres eran muy exigentes con ella, lo que le llevó a ser autoexigente consigo misma. También, el hecho de que tuviera que mediar en los conflictos de ambos progenitores pudo llevarle a intentar controlar todas las situaciones inciertas del futuro, con el fin de evitar conflictos y malestar. Otra estrategia que ha desarrollado desde hace unos años para controlar la incertidumbre ha sido mantenerse extremadamente informada de las noticias que ocurren en el mundo, a pesar de que esta conducta le produce ansiedad, pues en las noticias suelen divulgar sucesos desagradables. Esto, a su vez, le lleva a la creencia de que el mundo es peligroso y a sobreestimar la ocurrencia de sucesos negativos, manteniendo altos niveles de alerta. Todo esto, sumado a tener un trabajo de excesiva responsabilidad, puede haber incrementado sus niveles de ansiedad. Asimismo, todo ello ha podido influir en que elabore listas diarias para organizar su día a día, pues de esta forma controla lo que va a suceder y alivia el malestar que le producirá cometer errores. Sin embargo, a pesar de que todas estas interacciones han sucedido durante muchos años de su vida, acude ahora a terapia porque probablemente aprendió a vivir con la ansiedad de menor intensidad, pero de forma prolongada y generalizada, considerándola como rasgo de personalidad.

Por lo tanto, se podría decir que el principal desencadenante de la elevada ansiedad actual de la paciente es la ausencia de su hijo en su vida diaria desde que se fue a EE. UU. Esta situación le produce mucho malestar, pues influye la ansiedad de base y latente que sufre

desde hace mucho ante lo incontrolable. Además, el aborto espontáneo que sufrió, le ha producido miedo porque le sucediera algo, por lo que ha tenido actitudes controladoras y protectoras con él. A su vez, considera que este no es capaz de solucionar problemas de forma exitosa, por lo que está altamente preocupada y pendiente de él durante todo el día para tratar de prever que sufra, lo que aumenta su sensación de seguridad y control. Por lo que, no controlar la vida de su hijo le produce pesadillas, dolor de estómago y sentimientos de culpa, esta última precede de las creencias irracionales sobre la maternidad. En su estilo parental protector, también puede haber influido la educación que recibió por parte de sus padres, con el objetivo de evitar que sus hijos sufran lo que ella sufrió como mediadora. Todas estas actitudes preventivas y controladoras, a corto plazo producen alivio del malestar y sensación de seguridad, y a largo plazo conllevan un incremento de la ansiedad.

A modo de resumen, a continuación, se presenta una tabla en la que constan los antecedentes que preceden a la ansiedad, las respuestas cognitivas, fisiológicas, motoras y emocionales de la ansiedad, y las consecuencias a corto y largo plazo que este desencadena (Tabla 2).

Tabla 2

Análisis funcional de la problemática de L.H

Antecedentes	Conducta	Consecuentes
<p>Predisponentes (lejanos)</p> <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoexigencia y perfeccionismo. <p>Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mediar los conflictos de sus padres en adolescencia. • Educación exigente de sus padres en su infancia y adolescencia. • Aborto espontáneo. <p>Precipitantes (próximos)</p> <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencias irracionales sobre la maternidad. • Creencia de que su hijo es vulnerable e 	<p>Nivel cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupaciones sobre lo incierto y desconocido. • Pensamientos anticipatorios ansiógenos sobre que su hijo sufrirá si ella no controla la situación. • Distorsiones cognitivas como la sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de sucesos negativos. • Pesadillas sobre los sucesos desagradables que pueden acontecer a su hijo en EE. UU. <p>Nivel fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción del apetito. • Náuseas y vómitos. 	<p>Corto plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alivio del malestar y de la activación, adelantándose a solucionar los posibles problemas que le pueden suceder a su hijo. (Ref -) • Aumento de la sensación de seguridad y control (Ref +) <p>Largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la ansiedad por el excesivo control de las situaciones. • Incremento de la sintomatología fisiológica.

incapaz de

solucionar

conflictos.

- Creencia de que el mundo es peligroso.
- Estilo parental sobreprotector.

Nivel motor

- Elaborar listas para planificar y organizar su vida diaria.

Nivel emocional

- Culpa
- Miedo

Externos:

- La marcha de su hijo a un país extranjero.
 - Tener un trabajo de elevada responsabilidad.
 - Estar sobreinformada sobre las noticias diarias.
-

4.4 Resultados de las pruebas de evaluación

Tras el uso de diferentes técnicas de evaluación se observa que en el autorregistro se obtiene información muy relevante (anexo 1). La paciente durante varias semanas registra situaciones que le preocupan actualmente, sobre todo respecto a lo que le sucede a su hijo en EE. UU. Se comprueba que L.H trata de evitar el sufrimiento de su hijo, pues cree que está viviendo en un ambiente amenazante, por lo que ella se mantiene en alerta para intentar solventar lo que le pueda surgir, experimentando miedo y ansiedad.

Respecto al segundo modelo de Ellis (ABCDE), la paciente comparte en sesión qué opciones incorporaría en las columnas D y E. En la primera columna reflexiona sobre sus creencias irracionales, ofreciendo pruebas objetivas de que estas no son ciertas, y en la segunda propone otras interpretaciones y reacciones que podrían darse en un futuro ante las situaciones acontecidas y anotadas en el autorregistro.

La alternativa de respuesta más adaptativa ante los sucesos que le preocupan fue la de la situación de desconfianza con su marido (anexo 1). En este cambiaría su actuación de comprobar el teléfono de su marido por esperar a que las emociones desagradables reduzcan su intensidad para posteriormente mantener una conversación calmada con él que le permita obtener respuestas de una forma más adaptativa. Por lo que se evidenció que L.H en general tiene capacidad para dar otras interpretaciones más realistas y cálidas. Al principio ofrecía alternativas ideales sobre las cuales era consciente de que no iba a ponerlas en práctica, sobre todo respecto a las situaciones que hacen referencia a su hijo, pues refería que lo mejor era no cogerle el teléfono cuando le llamaba de madrugada, aunque más tarde reconoció que en su caso no sería realista porque terminaría cogiéndoselo. Sin embargo, poco a poco fue ajustando las nuevas alternativas a cómo podría actuar, sentir y pensar en su vida diaria de un modo más realista.

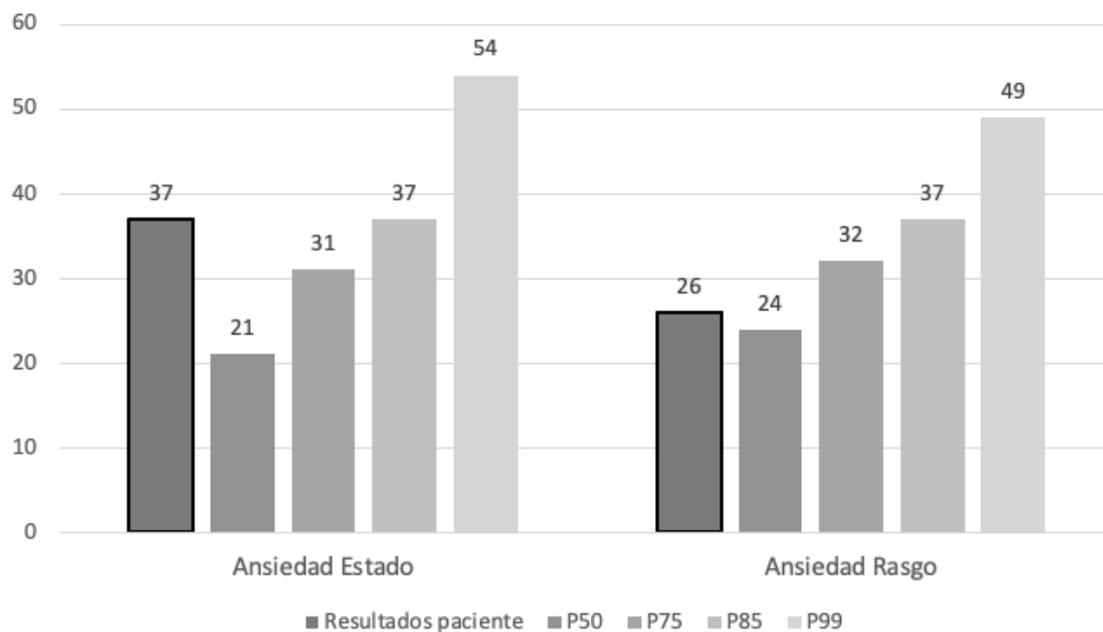
Asimismo, se recogió que tiene capacidad para reflexionar sobre la veracidad de sus creencias irracionales, reconoce que suele pensar que a su hijo le ha podido pasar algo horrible en su ausencia, y llega a la conclusión de que esta creencia no es racional porque este hecho no aumenta la probabilidad de que le suceda algo malo si ella no está disponible. También, pone de manifiesto la creencia de que su hijo es vulnerable, pero posteriormente es capaz de dar ejemplos en los que su hijo es capaz de solucionar los problemas por sí mismo sin necesidad de supervisión o solución por su parte.

Gracias a la técnica de observación conductual, utilizada en todas las sesiones, se ha observado que mantiene una estética cuidada, su tono de voz es bajo y calmado, el discurso es comprensible y fluido, su narrativa es coherente, y es capaz de mantener el contacto visual con las terapeutas.

En cuanto a los resultados obtenidos antes de comenzar el tratamiento (pretratamiento) del cuestionario STAI, cabe señalar que las puntuaciones directas obtenidas de la A/E y A/R son 37 y 26, respectivamente. Estas puntuaciones pueden comprobarse en el anexo 2. En la Figura 1 se muestran los resultados de L.H con sus respectivos percentiles.

Figura 1

Resultados pre-tratamiento del Cuestionario STAI



Una vez realizado el proceso de baremación de estas puntuaciones, se comprueba que la paciente se encuentra justo en el percentil 85 para la A/E y levemente por encima del percentil 50 para la A/R.

4.5 Conclusiones y diagnóstico

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del TAG descritos en el punto 1.3, se podría decir que L.H cumple con todos los criterios: A, B, C (cumple 3 de 6 enunciados), D, E y F.

Pero, antes de concluir el trastorno compatible con la sintomatología que presenta L.H, se ha llevado a cabo un diagnóstico diferencial del TAG con otros trastornos comórbidos, como se especifica que se debe hacer en los criterios E y F del TAG.

Por un lado, se descarta que se trate de un trastorno de ansiedad que se deba a una afección médica, pues en el caso de la paciente la ansiedad y las preocupaciones no son el efecto fisiológico de otra afección médica como el hipertiroidismo. También se descarta que sea un trastorno de ansiedad inducido por sustancias y/o medicamentos, a pesar de que esté asociado con la etiología del TAG, ya que L.H no toma medicación, no consume drogas y no ingiere sustancias excitantes como el café, porque reconoce que antes le aumentaba la sintomatología ansiosa. Se descarta que sea un trastorno de ansiedad social porque la paciente se muestra preocupada en su vida diaria esté siendo evaluada por terceras personas o no. Tampoco se trata de un trastorno obsesivo-compulsivo, pues L.H no tiene ideas inadecuadas e intrusivas (obsesiones), sino que se trata de una preocupación excesiva por los problemas que pueden surgir en el futuro. Se excluyen los criterios diagnósticos del trastorno de adaptación, pues la sintomatología persiste desde hace más de 6 meses. Y, por último, se descartan los trastornos depresivos, psicóticos y bipolares a pesar de que la preocupación sea la característica principal de todos ellos, ya que la preocupación no sólo aparece durante el curso de dichos trastornos.

Tras haber realizado el proceso de evaluación con las diversas técnicas descritas anteriormente y habiendo realizado el diagnóstico diferencial de la problemática de la paciente en el DSM-V, se podría decir que concuerda con la sintomatología ansiosa que este

manual denomina F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02), ubicado dentro del bloque de los diferentes Trastornos de ansiedad.

Es importante recalcar, que no se ha podido elaborar un diagnóstico clínico de este trastorno dado que esta paciente está siendo tratada por psicólogas sanitarias.

4.6 Objetivos terapéuticos

Este apartado tiene la finalidad de describir los aspectos de la paciente que se pretenden modificar, incrementar, reducir o eliminar teniendo en cuenta sus demandas. Por lo que, los objetivos terapéuticos de cara a una futura intervención son los siguientes:

Objetivos generales:

- Aumentar la tolerancia a la incertidumbre.
- Reducir los niveles de ansiedad.

Objetivos específicos:

- Informar, orientar y educar sobre el funcionamiento de la ansiedad.
- Diferenciar el control parental de las responsabilidades y obligaciones como madre.
- Reducir las manifestaciones físicas.
- Reducir las soluciones anticipatorias y las conductas de control que evitan la incertidumbre.
- Inducir estados de calma, tranquilidad y relajación.
- Aumentar la realización de actividades físicas.

5. Tratamiento

Las técnicas de intervención que se han seleccionado para mejorar la sintomatología de L.H siguen mayoritariamente el enfoque cognitivo-conductual, recogidas de Jiménez-Suarez (2022). A continuación, en la Tabla 3, se asocian los diferentes objetivos terapéuticos propuestos en el anterior punto junto a sus respectivas técnicas de intervención.

Tabla 3

Planificación de los objetivos terapéuticos con sus respectivas técnicas de intervención

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar la alianza terapéutica. 	<ul style="list-style-type: none"> Habilidades del terapeuta: escucha activa, el reflejo de las emociones, el parafraseo, la clarificación y la recapitulación.
<ul style="list-style-type: none"> Informar, orientar y educar sobre el funcionamiento de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación sobre la curva de la ansiedad.
<ul style="list-style-type: none"> Reducir las autoexigencias. 	<ul style="list-style-type: none"> Reestructuración cognitiva.
<ul style="list-style-type: none"> Reducir las manifestaciones físicas, en concreto digestivas. 	<ul style="list-style-type: none"> Técnicas del control de la activación.

-
- Detectar y controlar las creencias irracionales.
 - Reducir las sobreestimaciones de ocurrencia de sucesos desagradables.
 - Reestructuración cognitiva.

-
- Aumentar la tolerancia a la incertidumbre.
 - Exposición a la incontrolabilidad e incertidumbre.

-
- Incrementar el nivel de activación (ocio, relaciones sociales y ejercicio físico)
 - Planificación de actividades agradables.

-
- Mantener los cambios conseguidos en el proceso terapéutico.
 - Confirmar que las estrategias y habilidades están consolidadas
 - Refuerzos de logros conseguidos y prevención de recaídas.
 - Seguimiento.
-

Los anteriores objetivos con sus respectivas técnicas de intervención sirven de guía en la terapia para planificar y organizar las diferentes sesiones, y no alejarse de la problemática a medida que van surgiendo dificultades añadidas.

A continuación, se muestra un resumen del contenido de las 12 sesiones hasta el momento actual (Tabla 4). Estas tienen una duración de cincuenta minutos y una periodicidad semanal durante seis sesiones, después a petición de la paciente, las sesiones comenzaron a ser quincenales.

Tabla 4*Cronograma de sesiones de evaluación e intervención de L.H*

Número de sesión	Contenido	Técnicas / Recursos
1, 2 y 3	Establecimiento del vínculo terapéutico y proceso de recogida de información (evaluación inicial)	Habilidades del terapeuta, entrevista semiestructurada, observación conductual y autorregistro
3	Evaluación de la sintomatología ansiosa previa a la intervención	Cuestionario STAI
4 y 5	Proporcionar información sobre el funcionamiento de la ansiedad y la inherencia del sufrimiento/malestar	Psicoeducación sobre la ansiedad y el sufrimiento
6	Explicar la diferencia entre los deberes, las obligaciones y los deseos en la maternidad	Psicoeducación sobre el papel de ser madre y elaboración de un listado sobre las acciones que considera de ser buena y mala madre
7	Reducir las autoexigencias como madre y los respectivos sentimientos de culpa	Reestructuración cognitiva y validación emocional
8	Aprender a detectar las creencias irracionales, ser capaz de generar pensamientos alternativos y reducir las	Reestructuración cognitiva y Modelo ABCDE (Ellis)

sobreestimaciones de ocurrencia de sucesos negativos		
9 y 10	Emplear límites con su hijo, reducir el estado de activación y reducir el malestar físico (dolor de estómago)	Comunicación asertiva y técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson
11 y 12	Aprender a tolerar la incertidumbre y emociones desagradables	Técnica de desensibilización sistemática (DS): exposición jerárquica en imaginación junto a la técnica de relajación muscular progresiva Cuestionario STAI (re-test)

A continuación, se describen con más detalle las diversas sesiones realizadas con la paciente:

Sesiones 1, 2 y 3

En las tres primeras sesiones el objetivo principal fue poder forjar un buen vínculo terapéutico para conseguir una buena adherencia al tratamiento y lograr que se sienta en un espacio cómodo, seguro y confidencial. En estas sesiones también se realizó el proceso de recogida de información a través de las diferentes técnicas de evaluación mencionadas con anterioridad.

Asimismo, en la primera sesión se le explicó que se encuentra en un espacio confidencial, se estableció el encuadre terapéutico (horarios, tiempo de la sesión, tiempo para la cancelación, honorarios...) y tuvo que rellenar el consentimiento informado. En la segunda

sesión se le pide la primera tarea para casa: un listado de las principales preocupaciones actuales con su respectivo rango de urgencia, como plantean Etchebarne, Juan y Roussos (2016). Y en la tercera sesión, se le administra la única prueba cuantitativa: el Cuestionario STAI.

Sesiones 4 y 5

En la sesión 4 se hace psicoeducación sobre el funcionamiento de la ansiedad, explicando en concreto la curva de la ansiedad, haciendo especial hincapié en la importancia de la habituación a la sintomatología ansiosa en el momento más álgido para conseguir que a largo plazo se reduzca. También se recoge la tarea que se le mandó la semana pasada, el listado de preocupaciones con su respectivo rango de urgencia, en este se puede observar que todas las preocupaciones conciernen a su hijo:

1. La alergia repentina de su hijo a las mascotas que tiene la familia en la casa en que reside en Estados Unidos.
2. Los problemas que su hijo tiene con el hijo del vecino, ya que su hijo le va a buscar a su casa para quedar y hablar con él como en anteriores situaciones, pero el vecino dice que le deje tranquilo que le está agobiando.
3. Le preocupa que su hijo no llegue a ser feliz allí.

En esta sesión, también se le manda de tarea para casa cumplimentar el autorregistro del modelo ABC. Para poder rellenar esta última columna con una mayor variedad de emociones y que pueda encontrar la palabra más acorde respecto a cómo se siente, también se le da una hoja en la que se registra una rueda de emociones (Anexo 3)

En la siguiente sesión, se hace psicoeducación con L.H sobre el concepto de sufrimiento, pues tenía la falsa creencia de que debe evitarse, pero el malestar es inherente al ser humano y tiene una función adaptativa. También, se realiza la revisión del autorregistro

que se le mandó como tarea (Anexo 1) y se le pide que trate de dar otras interpretaciones más adaptativas a las situaciones registradas.

Sesión 6

En esta sesión, dado que considera que su hijo no puede solucionar las cosas que le suceden por sí mismo, se hace psicoeducación sobre el rol de ser madre para que sea capaz de diferenciar el control parental de las responsabilidades y sus obligaciones como madre. Para ello, se le pide que elabore un listado dicotómico sobre las características que considera que debería tener una buena madre (dar herramientas a sus hijos, quererlos mucho y estar pendiente de ellos) y una mala madre (no priorizar a sus hijos frente a otras cosas, no estar tan pendiente de ellos y no pensar tanto en ellos), posteriormente se reflexiona con ella sobre esto. Se le pide como tarea para casa que siga registrando el autorregistro aquellas situaciones que le generen malestar y reflexione sobre el listado, identificando cuales son obligaciones como madre y cuales son actitudes controladoras que se hacen para reducir la ansiedad.

Al final de la sesión, se le pide el consentimiento informado para la realización de este trabajo (Anexo 4).

Sesión 7

En esta sesión se sigue reflexionando sobre su rol actual como madre, para ello se utiliza la reestructuración cognitiva, haciendo debates socráticos para intentar reducir las elevadas exigencias que L.H se impone como madre de su hijo. Además, se le intenta hacer consciente de la educación tan diferente que le imparte a cada hijo, pues a la pequeña no le considera tan vulnerable. Todo esto le hace sentir culpable porque sabe que su hijo ocupa en su mente la mayoría del tiempo y le gustaría poder pasar más tiempo de calidad junto a su hija, por lo que se le validan emocionalmente sus emociones desagradables de tristeza, decepción y culpa. Estas emociones se elicitán gracias a la identificación en la rueda de emociones, que ya se había utilizado previamente.

Sesión 8

En esta sesión se pretende que L.H aprenda a identificar en su entorno natural las creencias irracionales (sobre todo sobre la maternidad), para ello se continúa haciendo reestructuración cognitiva sobre creencias muy arraigadas desde hace mucho tiempo. También se intentan reducir las sobreestimaciones de ocurrencia de sucesos negativos a través de pruebas de realidad aplicadas a ejemplos en su vida, ya que, aunque piense que a su hijo le van a pasar cosas horribles por estar lejos de casa, la realidad es que no le ha sucedido nada importante a pesar de todos sus intentos de evitarlo. Trae a sesión situaciones nuevas que le han generado malestar esta última semana y se revisan con ella.

Sesiones 9 y 10

A pesar de que el Mindfulness le sirve de ayudar para relajarse, no calma la sintomatología digestiva y en ocasiones se siente tensa a nivel muscular, por lo que se le enseña en sesión la técnica de relajación progresiva de Jacobson, para que posteriormente pueda practicarla en su casa en aquellos momentos que padezca más síntomas físicos. En esta sesión se plantea establecer límites horarios con su hijo, pues este le llama de madrugada para pedirle ayuda con tareas del instituto o contarle su día, esta situación le genera mucha angustia pues siempre se le dispara la ansiedad pensando que algo malo le habrá ocurrido, para ello se le dan pautas de comunicación asertiva. Se le pide como tarea para casa que intente dejar un día a la improvisación, sin tener que organizar y planificar a través de listas y organizadores para que experimente la ansiedad elevada que seguramente le produzca y comprobar por sí misma que la vida continua sin exceso de control y responsabilidades. También se le pide ir reduciendo la sobreinformación de noticias en la televisión y periódicos.

Sesiones 11 y 12

El principal objetivo para las próximas sesiones es que aprenda a tolerar mejor la incertidumbre. Para conseguir ir exponiéndose de forma progresiva a la incontrolabilidad, la técnica más efectiva es la DS en imaginación, utilizando de menor a mayor los estímulos de la jerarquía que se establecieron en la sesión 11. En el caso de que se produjera un aumento muy elevado de la ansiedad se puede utilizar de forma simultánea a esta técnica, la técnica de relajación muscular, de este modo la DS se hace menos aversiva. La combinación de ambas técnicas es lo que se conoce como la técnica de desensibilización sistemática (Labrador, 2022).

Para la técnica de DS en imaginación, se ha utilizado el protocolo para afrontar el TAG que proponen Suinn y Richardson de entrenamiento en manejo de la ansiedad.

Por el momento, aún quedan preocupaciones de la jerarquía a las que exponerse (las de mayor intensidad), por lo que el planteamiento de las siguientes sesiones es continuar con la DS.

En la sesión 12, se le administra de nuevo el Cuestionario STAI para comprobar si se han dado diferencias desde que L.H empezó la intervención, sin embargo, se prevén dos sesiones más de DS, las cuales pueden reducir aún más la sintomatología ansiosa. Se ha decidido administrar el cuestionario antes de finalizar el tratamiento dado que la entrega de este trabajo es previa a la finalización del proceso terapéutico.

6. Valoración del tratamiento

Hasta la fecha, L.H lleva en terapia psicológica 6 meses, desde el primer momento se estableció una buena alianza terapéutica, alude haberse sentido en un espacio seguro, confidencial y tranquilo, lo que le permitió ser ella misma, pudiendo expresarse libremente. Teniendo en cuenta que la paciente cuando acudió por primera vez tenía un gran malestar, se puede considerar que la implicación de L.H en el tratamiento ha sido impecable, haciéndose muy notables los avances a medida que progresaban las sesiones.

L.H. se ha mostrado motivada, implicada y comprometida con todas las tareas para casa que se le proponían, del mismo modo que ha generalizado poniendo en práctica en su vida diaria las diversas técnicas de intervención que se le han enseñado en el transcurso de las diferentes sesiones. En su avance terapéutico, también influyó que es una persona altamente responsable y exigente, siempre traía todas las tareas perfectamente anotadas, con una caligrafía impecable, las páginas numeradas y resaltando los aspectos más importantes, aunque es paradójico, que las aptitudes personales que hacen que avance en el proceso, a su vez sean contraproducentes para su mejoría, pues durante todo el proceso se le ha animado a cometer errores y a evitar la búsqueda de la perfección para disminuir su tendencia a la ansiedad.

Refiere que el mayor aprendizaje en el proceso terapéutico ha sido conocer el funcionamiento de la ansiedad en su caso individual. Además, alude que ha sido clave en su mejoría el haber utilizado la técnica de relajación muscular en los momentos que tenía que tolerar la ansiedad para evitar que la sintomatología se agravase en el futuro. Por otro lado, reconoce que ha sido consciente de que muchos de los comportamientos controladores que tenía no le protegían de las posibles amenazas, si no que aumentaban sus niveles de ansiedad a la larga, pues en muchas ocasiones las situaciones futuras que percibía como amenazantes finalmente no resultaban peligrosas. Esto lo ha ido comprobando progresivamente en su vida,

por ejemplo, dejando de revisar la plataforma del instituto de su hijo por si había algún problema y abandonando la rutina diaria de apuntar todas las mañanas los quehaceres del día. Además, fue consciente de que había dedicado un tiempo desmesurado en tratar de evitar el sufrimiento, el cual ha aprendido que es necesario para la vida, aceptando que tendrá que convivir con él si quiere reducir sus niveles de ansiedad.

Cabe resaltar que los logros terapéuticos anteriormente mencionados pasaron por un proceso de muchas reticencias. L.H manifestó resultarle tremendamente complejo tratar de flexibilizar sus actitudes y pensamientos controladores, pues llevaba toda una vida conviviendo con ellos. Además, le produjo malestar tener que habituarse a la sintomatología ansiosa que se desencadena en el momento tras no poder solucionar una amenaza, a pesar de que reconocía que sabía que era el coste de respuesta que tenía que aceptar para conseguir mejoras en el futuro. En este caso, la DS en imaginación fue posible dado que consiguió hacer muy buen balance con la técnica de control de la activación que empleaba durante la técnica que le resultaba tremendamente aversiva. Pone de manifiesto que a medida que pasa el tiempo, le resulta más sencillo y práctico aplicar en su día a día la técnica de relajación. Comenta que se atrevió a dar el paso con la DS, pues contaba con el acompañamiento y apoyo de las terapeutas durante todo el proceso, además todas las técnicas que se le mandaron para casa fueron puestas en práctica anteriormente en sesión para obtener un mejor manejo y observar posibles dificultades.

En las últimas sesiones, se ha comprobado cómo sus niveles de ansiedad han disminuido significativamente, esta evolución se ha evidenciado en un primer momento a través de las diferentes medidas cualitativas, mediante conductas observables y manifestaciones verbales.

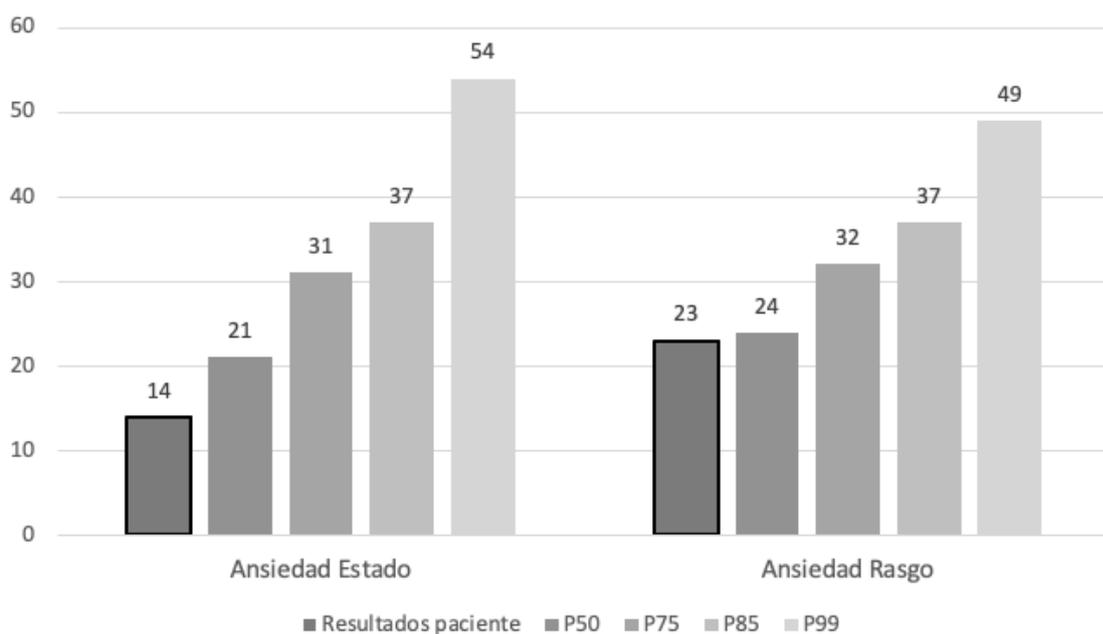
Finalizando el proceso terapéutico, se decidió comprobar si existían diferencias significativas pretratamiento y tras haber realizado gran parte de la intervención. Esto se

evaluó a través de la única medida cuantitativa, el Cuestionario STAI. Las puntuaciones del re-test que se obtuvieron para la A/E y la A/R fueron 14 y 23, respectivamente. Las puntuaciones obtenidas confirman las sospechas iniciales, pues la A/E es notablemente menor tras el tratamiento y la A/R se ha visto ligeramente disminuida, puesto que tiene más que ver con los rasgos de personalidad ansiosos de la paciente.

Asimismo, se incluye la Figura 2 que muestra el re-test del Cuestionario STAI para observar las puntuaciones directas y sus respectivos percentiles:

Figura 2

Resultados post-tratamiento del Cuestionario STAI



En la figura, se puede observar que la paciente se encuentra bastante por debajo del percentil 50 para la A/E y levemente por debajo en el percentil 50 para la A/R. Mientras que antes de la intervención, la A/E se encontraba en el percentil 85 y la A/R en el 50. Por lo que, la mayor diferencia se encuentra en la ansiedad estado, pues se ha reducido enormemente tras

el tratamiento psicológico, y por ende cabe resaltar la disminución de la ansiedad rasgo, pues se ha reducido ligeramente su tendencia a reaccionar de forma ansiosa ante acontecimientos de la vida diaria.

En definitiva, se podría decir que, hasta el momento, el proceso de intervención con la paciente ha sido exitoso, pues se han logrado cambios y mejoras clínicamente significativas en comparación con la línea base de la sintomatología ansiosa. Sin embargo, L.H aún se encuentra en terapia y faltan aspectos en los que intervenir y afianzar. Por un lado, como se comentaba en el anterior punto, faltaría realizar un par de sesiones más en las que se exponga a la paciente en imaginación a las situaciones que más malestar le producen de la jerarquía con ayuda de la relajación, es decir la técnica DS. En las sesiones posteriores, se podrían hacer visibles todos los cambios que ha conseguido durante la terapia y confirmar las estrategias, herramientas y habilidades que ha consolidado gracias a su incansable trabajo, reforzando cuáles son los logros que ha alcanzado. Por otro lado, es importante poner de manifiesto posibles situaciones que podrían darse en un futuro y reflexionar con ella acerca de cómo prevenir recaídas. Por último, si todo va conforme a lo esperado y no existen recaídas ni problemas añadidos, se le propondría hacer un seguimiento terapéutico en tres meses, posteriormente a los seis meses y después al año, tras esto se produciría la finalización del proceso terapéutico de L.H. Lo más probable es que en este transcurso de tiempo la paciente haya reducido aún más sus preocupaciones, pues su hijo habrá regresado de EE. UU y es la variable que más mantiene la ansiedad actualmente.

7. Discusión y conclusiones

En este trabajo de fin de máster, se ha realizado un abordaje terapéutico del TAG, uno de los trastornos más prevalentes a nivel mundial y que afecta en gran medida a la funcionalidad de las áreas de la vida cotidiana.

Se podría decir que, en la paciente, se han visto afectadas mayoritariamente el área personal y familiar. Esta última se refleja en el mayor desencadenante de la ansiedad en la paciente; la excesiva preocupación por lo que le pudiera ocurrir a su hijo sin su presencia, es por este motivo por el que establecía un gran control sobre él, pues le consideraba vulnerable e incapaz de solucionar las adversidades de la vida por sí solo. Sin embargo, esta excesiva preocupación y control sobre su hijo no sucede con su hija ni su marido, puesto que L.H se identifica con la manera que su hijo tiene de afrontar las situaciones e interpretar los problemas. En concreto, la paciente presenta dificultades para tolerar la incertidumbre, adelantando posibles soluciones a la sobrestimación de ocurrencia de sucesos desagradables, pues le genera mucho sufrimiento tener que tomar decisiones que no entraban en sus planes iniciales.

Otro de los aspectos que ha influido en el aumento de la sintomatología ansiosa, ha sido la sobreinformación, pues ha mantenido la problemática del caso que nos ocupa. L.H llevaba toda una vida con tendencia a estar informada sobre los sucesos que acontecen en la sociedad, sobre todo de carácter político y social. Aunque, esta sobreinformación se vio agravada cuando emerge la pandemia mundial del Coronavirus (2020), pues debido al miedo, aumenta su preocupación y estimación de ocurrencia de posibles sucesos negativos de forma generalizada.

En España, tras salir del confinamiento en verano de 2020, cada vez mayor parte de la población comenzaba a experimentar elevados niveles de ansiedad, en concreto la prevalencia aumentó un 25% respecto a años previos. Muchas personas estaban preocupadas

por contraer el virus, para ello utilizaban estrategias preventivas como mantener contacto estrecho con los demás, evitar ir a lugares frecuentados, evitar tocar objetos públicos, evitar utilizar el transporte público, entre otras cosas... (Martínez-Toboas, 2020).

Huang y Hao (2020), realizaron un estudio con 7.236 participantes que padecían síntomas significativos que afectaban su salud mental a raíz de la pandemia. Estos autores hallaron que el mayor porcentaje, el 35,1% cumplía con los criterios diagnósticos de un TAG. Finalmente, llegaron a la conclusión de que las personas con mayor riesgo de padecer un trastorno de ansiedad eran aquellas que dedicaban más de tres horas al día pensando de forma activa sobre la situación de pandemia, es decir, excesivamente preocupadas. (Martínez-Toboas, 2020).

Dada esta elevada prevalencia en el año 2020, sería recomendable seguir realizando investigaciones hoy en día para conocer los efectos a largo plazo que ha tenido el Coronavirus, pues se observa una mayor demanda de acudir a terapia, siendo el motivo de consulta es la ansiedad exacerbada en muchos ámbitos de sus vidas.

Hasta la fecha, el tratamiento psicológico con la paciente ha resultado eficaz para lograr la mayoría de los objetivos planteados, puesto que se han obtenido mejoras clínicamente significativas con las técnicas empleadas: reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva y desensibilización sistemática. Esto concuerda con la línea de la evidencia científica que demuestra que la TCC es la que actualmente dispone de mayor evidencia científica para el tratamiento del TAG.

En primer lugar, la reestructuración cognitiva permitió modificar las distorsiones cognitivas, sobre todo respecto a la maternidad, pues de forma progresiva pudo ir cuestionando las actitudes controladoras con su hijo, pero manteniéndose disponible para él. Asimismo, se consiguió el objetivo propuesto de reducir las sobreestimaciones de ocurrencia de acontecimientos negativos, pues pudo ir comprobando cómo su hijo tiene una buena

calidad de vida en EE. UU y apenas le ocurren sucesos problemáticos, y en caso de que surjan se comprueba que es capaz de solucionar las adversidades con una perfecta autonomía.

Además, se consiguió reducir la frustración ante la incertidumbre, pues gracias en un primer momento a la técnica de psicoeducación y posteriormente la reestructuración cognitiva, se le ayudó a comprender cómo esas actitudes controladoras aumentaban sus niveles de ansiedad a largo plazo. Poco a poco se le animó en terapia a ir abandonando la rutina de informarse de las noticias de forma diaria, pudo ir comprobando por sí misma que, aunque al principio su ansiedad se disparaba, progresivamente se fue encontrando más tranquila bajo la incertidumbre de lo que ocurra en el mundo. Finalmente, se logró que únicamente se pusiera al día de lo que acontecía un día a la semana.

Otra de las técnicas que ayudó a disminuir los niveles de ansiedad en la paciente, fue la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, pues con la práctica consiguió llevarla a cabo en su vida diaria en los momentos que detectaba mayor ansiedad. También, resultó una técnica muy útil en sesión, pues se empleó la DS, es decir, mientras se exponía en imaginación a sus principales preocupaciones, la relajación ayudó a reducir la activación y poder continuar con los ítems de la jerarquía.

Por otro lado, en la planificación del plan de tratamiento se tenía el objetivo de incrementar el nivel de activación en situaciones sociales, de ocio y realización de ejercicio físico con la técnica de planificación de actividades agradables. Sin embargo, a medida que avanzaba la terapia, se comprobó que no era un objetivo relevante, puesto que la paciente no ha reducido sus actividades agradables desde que siente más ansiedad, aunque realice escasas actividades de ocio y quede poco con sus amigos, no está entre sus intereses aumentar el ocio y las salidas.

A medida que transcurrían las sesiones, se comprobó que la sintomatología ansiosa se vería aún más reducida cuando su hijo regrese en unos meses de EE. UU, por lo que en parte su elevada ansiedad es adaptativa. Sin embargo, tomó una buena decisión de acudir a terapia porque llevaba muchos años arrastrando una incorrecta gestión de la ansiedad, que a partir de ahora podrá gestionar con mayor solvencia con el diferente repertorio de herramientas que ha aprendido en las sesiones.

Por lo tanto, el pronóstico de L.H es bastante favorable, pues en las 12 sesiones que se han tenido, se han mostrado enormes avances y una clara disminución de la elevada sintomatología ansiosa que presentaba al comienzo del proceso terapéutico, esto se ha evaluado a través de la entrevista, la observación y el re-test del Cuestionario STAI. Sin embargo, como se comentaba anteriormente aún no se ha concluido el cierre de la terapia pues se sugieren al menos dos sesiones más de DS en imaginación, posteriormente quedaría hacer un buen cierre terapéutico reforzando los logros conseguidos y sugiriendo posibles dificultades que podrían darse en un futuro para comprobar cómo propone solucionarlo con el repertorio de herramientas que ha ido aprendiendo a lo largo del proceso terapéutico.

En general, el método de trabajo en terapia ha sido cauteloso y respetuoso, puesto que se ha tenido en cuenta en todo momento el ritmo de la paciente. Antes de comenzar cada técnica de intervención se le preguntaba si se encontraba preparada para el abordaje de ciertos aspectos que le iban a producir malestar. Por lo tanto, se han respetado sus tiempos y se ha continuado con otras técnicas hasta que se pudo insistir en la importancia de establecer límites, con el objetivo de reducir sus niveles de alerta y propiciar la autonomía de su hijo.

Es importante resaltar, que se creó un excelente vínculo terapéutico con L.H desde el primer momento, lo que propició en la paciente mayor seguridad y tranquilidad, y sentirse menos juzgada. Asimismo, el hecho de que estuviera motivada y comprometida con casi todo lo que se le proponía en sesión, se debió en gran parte al vínculo terapéutico. Esto fue de gran

importancia clínica, ya que nos encontramos ante una paciente altamente controladora y evitativa que ha conseguido muchos cambios de forma relativamente rápida.

Hasta entonces, se han reportado todos los avances terapéuticos de L.H, sin embargo, cómo es normal también han surgido ciertas limitaciones. En primer lugar, fue complicado disponer de un espacio físico para poder realizar las sesiones, dado que actualmente en el centro de prácticas hay mucha afluencia de pacientes. Por otro lado, por motivos laborales, la paciente sólo podía acudir el mismo día de la semana a la misma hora, lo cual ayuda a planificar la semana, sin embargo, en el caso de tener que modificar la sesión por cualquier cuestión justificada, la paciente no podría acudir esa semana. Además, a partir de la sexta sesión, la paciente comunicó que a partir de este momento únicamente podría acudir a terapia de forma quincenal debido a que en estos meses tenía numerosas reuniones de equipo en el trabajo. Por último, se encontró con la limitación de que este trabajo se entregaba antes de finalizar la terapia, por lo que se tuvo que realizar la evaluación de la ansiedad postratamiento antes de tiempo, así pudieron comprobarse si los niveles de ansiedad, sobre todo A/E, habían reducido desde que se inició la intervención.

8. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2018). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5ta ed). Editorial Médica-Panamericana.
- Bados, A. (2017). *Trastorno de ansiedad generalizada: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universitat de Barcelona.
- Ballespí, S. (2014). Trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad por separación. En L. Ezpeleta y J. Toro (Coords.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 353-373). Pirámide.
- Caballo, V. E. (2005). Estrategias de evaluación en psicología clínica. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Psicología Pirámide.
- Cano-Vindel, A., y Rodríguez, P. (2021). Prevalencia y abordaje de los trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones. Eficacia y coste-efectividad de las intervenciones psicológicas en Atención Primaria. *Boletín Psicoevidencias*, 59.
- De Toscano, G. (2009). La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. *Reflexiones latinoamericanas sobre investigación cualitativa* (pp. 48-65).
- Etchebarne, I., Juan, S., y Roussos, A. J. (2016). El abordaje clínico de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada por parte de terapeutas cognitivo-conductuales de Buenos Aires. *Anxia Argentina*, (22).
- Galindo, O., Ramírez, M., Costas, R., Mendoza, L. A., Calderillo, G., y Meneses, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta médica de México*, 156 (4), 298-305.
<https://doi.org/10.24875/gmm.m20000399>.

- Garay, C. J., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G., y Koutsovitis, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Psicología*, 15(29).
- Guillén, A. (2014). *Validación de la adaptación española del state-trait anxiety inventory en diferentes muestras españolas*. Universidad de Granada.
- Jiménez-Suarez, J. C. (2022). Abordaje integral del trastorno de ansiedad generalizada: Un análisis para la toma de decisiones en salud. *ISEO Journal*, 1(1), 41-50.
- Labrador, F. J. (2022). Técnicas del control de la activación. *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 199-222). Psicología Pirámide.
- Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y salud mental: ¿qué sabemos actualmente?. *Revista Caribeña de Psicología*, 4 (2), 143-152.
<https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2021). *Portal Estadístico del SNS. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria*. Sistema de Información Sanitaria.
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(2), 115-120. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.005>
- Orozco, L. A., Ybarra, J. L., Ahumada, Y. A., Kaun, K. L., Vargas, A. C., y Wong, G. D. (2015). Trastornos de ansiedad en adultos. Una propuesta de práctica clínica basada en la evidencia. *Modelos teóricos y técnicas de investigación en psicología clínica y de la salud* (1ra ed., pp. 147-158).

- Prados, J. M., (2013). Cognición y emoción en el trastorno por ansiedad generalizada. Implicaciones clínicas. *Información psicológica*, 102, 47-62.
- Rodríguez, S. (2017). *Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual y metacognitivo del trastorno de ansiedad generalizada y sus trastornos comórbidos*. Universidad de la Laguna.
- Society of Clinical Psychology. (2022b, octubre, 18). *Treatment: Cognitive and Behavioral Therapies for Generalized Anxiety Disorder*. Society of Clinical Psychology. Division 12 of the American Psychological Association. <https://div12.org/treatment/cognitive-and-behavioral-therapies-for-generalized-anxiety-disorder/>
- Society of Clinical Psychology. (2023, febrero, 6). *Research-Supported Psychological Treatments*. Society of Clinical Psychology. Division 12 of the American Psychological Association. <https://div12.org/psychological-treatments/>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., y Cubero, N. S. (1999). STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. TEA ediciones.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos-Cubero, N. (2011). STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Manual (8a. ed., rev. y ampl.). TEA ediciones.
- Velázquez, M., Martínez, M. P., Martínez, M., y Padrós, F. (2016). Modelos explicativos del trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (2), 156-167.
- Vicente-Colomina, A., Santamaría, P., y González-Ordi, H. (2020). Directrices para la redacción de estudios de caso en psicología clínica: PSYCHOCARE Guidelines. *Clínica y Salud*, 31(2), 69-76. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a6>

9. Anexos

Anexo 1. Autorregistro.

Tabla 1

Acontecimiento	Pensamientos y creencias	Consecuencias emocionales y conductuales
1. “Me llama mi hijo porque ha tenido una discusión con el abuelo de la familia estadounidense”	1. “Se va a quedar solo”, “le van a volver a cambiar de domicilio”, “si estuviera aquí no le hubiera pasado eso”, “debe de haber sufrido mucho con esta situación”	1. E: Miedo y ansiedad. C: “Le digo a mi hijo lo que debe decirle a la familia para intentar solucionar el problema”.
2. “Me llama mi hijo a las 3 a.m. para que le ayude con una entrega del instituto” Este suceso se produce entre dos y tres días a la semana.	2. “seguro que le ha ocurrido algo malo”, “¿estará bien?”	2. E: Ansiedad, susto y miedo. C: “Le cojo el teléfono de madrugada por si le ha ocurrido algo importante”
3. “Mi marido tenía planeado viajar a EE. UU. para ver a nuestro hijo, pero le han puesto una reunión importante el mismo día por la mañana (el vuelo es por la noche)”	3. “Con la reunión no sé si llegará al vuelo”, “espero que pueda ir porque a mi hijo le destrozará si no va su padre a verle”	3. E: Rabia e impotencia. C: “Me paraliza cuando mi marido me dice lo de la reunión” y “Reviso el correo de mi marido para comprobar la hora y estimar bien los tiempos”
4. “El amigo-vecino estadounidense de mi hijo ya no quiere quedar con él”	4. “Mi hijo debe sentirse muy solo”, “¿le habrá demostrado demasiado afecto de golpe?”, “¿estará sufriendo mucho?”	4. E: Tristeza y miedo. C: “Le digo que no puede agobiar a sus amigos para que queden con él” y “Le digo lo que debería decirle a

		su amigo para volver a quedar”
5. “Mi marido queda con su exentrenadora del gimnasio y le dice que si puede quedarse unos días en nuestra casa porque no tiene otro lugar”	5. “Me parece raro que le hablé a él para quedarse en nuestra casa”, “¿habrán tenido algo?”	5. E: asco, desconfianza, pena, decepción y repugnancia. C: “Leo los mensajes de Instagram de mi marido para comprobar que no haya sucedido nada entre ellos”

Anexo 2. Puntuaciones directas del Cuestionario STAI.

Puntuaciones directas pretratamiento del Cuestionario STAI.

	A	B	C	D	E	F	G
1	<i>Pregunta</i>	<i>Respuesta</i>	<i>Transformada</i>				
2	1	1	2	Estado	37		
3	2	2	1				
4	3	2	2				
5	4	1	1		Baremo →	4	
6	5	1	2			↑ ↑ ↑	
7	6	3	3		1	Hombres Adolescentes	
8	7	3	3		2	Hombres Adultos	
9	8	2	1		3	Mujeres Adolescentes	
10	9	3	3		4	Mujeres Adultas	
11	10	1	2				
12	11	2	1				
13	12	3	3				
14	13	1	1				
15	14	0	0				
16	15	1	2				
17	16	1	2				
18	17	3	3				
19	18	1	1				
20	19	1	2				
21	20	1	2				
22	21	1	2	Rasgo	26		
23	22	1	1				
24	23	2	2				
25	24	0	0				
26	25	0	0				
27	26	3	0				
28	27	0	3				
29	28	2	2				
30	29	3	3				
31	30	3	0				
32	31	3	3				
33	32	0	0				
34	33	1	2				
35	34	1	1				
36	35	1	1				
37	36	3	0				
38	37	2	2				
39	38	0	0				
40	39	1	2				
41	40	2	2				

	Estado	Rasgo
Paciente	37	26
P50	21	24
P75	31	32
P85	37	37
P99	54	49

Puntuaciones directas del re-test del Cuestionario STAI.

A	B	C	D	E	F	G
Pregunta	Respuesta	Transformada				
1	2	1	Estado	14		
2	2	1				
3	1	1				
4	0	0		Baremo →	4	
5	2	1			↑ ↑ ↑	
6	1	1		1	Hombres Adolescentes	
7	1	1		2	Hombres Adultos	
8	3	0		3	Mujeres Adolescentes	
9	1	1		4	Mujeres Adultas	
10	2	1				
11	3	0				
12	1	1				
13	0	0				
14	0	0				
15	2	1				
16	2	1				
17	1	1				
18	0	0				
19	2	1				
20	2	1				
21	2	1	Rasgo	23		
22	1	1				
23	1	1				
24	0	0				
25	0	0				
26	3	0				
27	1	2				
28	2	2				
29	3	3				
30	3	0				
31	3	3				
32	0	0				
33	1	2				
34	1	1				
35	1	1				
36	3	0				
37	2	2				
38	0	0				
39	1	2				
40	2	2				

	Estado	Rasgo
Paciente	14	23
P50	21	24
P75	31	32
P85	37	37
P99	54	49

Anexo 4. Consentimiento informado de la paciente.



MODELO DE 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 el Centro Cénit Psicología ubicado en Avda. de Velázquez, 12, 28521, Rivas Vaciamadrid (Madrid), se lleva a cabo una recogida de información de las sesiones de psicoterapia con fines formativos y de desarrollo profesional para los/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.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. 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, a de de 20....

Firmado:

Don/Dña.: