



UNIVERSIDAD DE JAÉN

*Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación*

Trabajo de Fin de Máster

**Evaluación e intervención en un  
caso de ansiedad generalizada y  
síntomatología depresiva  
moderada**

**Alumno/a: Sara Yolanda Collado García**

Tutor: Ana María García León

Fecha: Noviembre de 2020

## Índice

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	2
<b>1. Introducción, conceptualización y justificación teórica del caso.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Descripción del caso.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Identificación del paciente.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2. Motivo de consulta.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Historia del problema.....</b>	<b>8</b>
<b>4. Hipótesis surgidas en la entrevista.....</b>	<b>10</b>
<b>5. Técnicas y procedimiento de evaluación.....</b>	<b>11</b>
<b>6. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención.....</b>	<b>21</b>
<b>7. Intervención.....</b>	<b>21</b>
<b>7. 1. Objetivos y secuenciación.....</b>	<b>22</b>
<b>7. 2. Programa de intervención.....</b>	<b>22</b>
<b>8. Resultados de la intervención.....</b>	<b>32</b>
<b>9. Conclusiones.....</b>	<b>34</b>
<b>10. Bibliografía.....</b>	<b>35</b>

## **Resumen**

La ansiedad es uno de los problemas de salud mental más habituales en la población general. Dentro de la amplia categoría de los trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es el más frecuente en personas adultas y el que genera mayor demanda de atención psicológica en centros de atención primaria. La ansiedad generalizada se caracteriza por la ansiedad excesiva y la preocupación constante, intensa e incontrolable sobre diversos temas y acontecimientos de la vida cotidiana. A continuación, se expone el caso de un adulto que cumple con los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-5 (APA, 2013) y que muestra a su vez sintomatología depresiva moderada. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados obtenidos tras la aplicación de un tratamiento basado en técnicas cognitivo-conductuales (el entrenamiento en relajación, la exposición en imaginación y la gestión del tiempo, la planificación de actividades agradables y el entrenamiento en habilidades sociales) que han sido frecuentemente utilizadas para el tratamiento de la depresión y los trastornos de ansiedad.

*Palabras clave: ansiedad generalizada, tratamiento cognitivo-conductual*

## **Abstract**

Anxiety is one of the most common mental health problems in the general population. Within the broad category of anxiety disorders, generalized anxiety disorder (GAD) is the most common in adults and the one that generates the greatest demand for psychological care in primary care centers. Generalized anxiety is characterized by excessive anxiety and constant, intense, and uncontrollable worry about various topics and events in everyday life. The following is the case of an adult who meets the diagnostic criteria for generalized anxiety disorder according to DSM-5 (APA, 2013) and who in turn shows moderate depressive symptoms. The objective of this work is to present the results obtained after the application of a treatment based on cognitive-behavioral techniques (relaxation training, exposure to imagination and time management, planning of pleasant activities and training in social skills) that have been frequently used for the treatment of depression and anxiety disorders.

*Keywords: generalized anxiety, cognitive-behavioral treatment*

## **1. Introducción, conceptualización y justificación teórica del caso**

La ansiedad es uno de los problemas de salud mental más habituales en la población general. La prevalencia global de los trastornos de ansiedad es del 7,3%, siendo más frecuentes en mujeres que en hombres. Sin embargo, suelen ser diagnosticados de forma tardía, por lo que en la mayoría de los casos transcurre mucho tiempo desde que aparecen los síntomas hasta que se recibe tratamiento psicológico (Macías-Carballo et al., 2019; Marrero & del Rivero, 2019).

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición (DSM-5), los trastornos de ansiedad se caracterizan por una exacerbación de las reacciones normales de miedo y ansiedad, dos emociones adaptativas y, por tanto, necesarias para la supervivencia. Estas reacciones emocionales participan en la puesta en marcha de conductas defensivas (lucha, huida o bloqueo) ante situaciones de peligro inminente y lo hacen activando una serie de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales. Sin embargo, cuando las reacciones normales de miedo y ansiedad se tornan excesivas se convierten en patológicas, ocasionando gran malestar e interfiriendo gravemente en el funcionamiento diario y en la calidad de vida de la persona afectada (Basile et al., 2015; Marrero y del Rivero, 2019).

Dentro de la amplia categoría de los trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es el más frecuente en personas adultas y el que genera mayor demanda de atención psicológica en centros de atención primaria (Garay et al., 2019; Macías-Carballo et al., 2019). La edad de inicio se sitúa entre los 20 y los 30 años, sin embargo, muchos pacientes afirman haber presentado ya los síntomas en la infancia o la adolescencia (Bados, 2017). El curso habitual del trastorno es crónico, con fluctuaciones en los síntomas, viéndose agravados en los periodos de alto estrés. En cuanto a la remisión del trastorno, se ha encontrado que pocas veces se alcanza la remisión total, siendo más habitual la persistencia de síntomas residuales o la evolución hacia otro trastorno (Bados, 2017). Asimismo, la disminución de los síntomas parece ser menos probable en pacientes con trastornos de la personalidad del grupo B (trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista) o C (trastornos evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo), cuando existen malas relaciones familiares o cuando la satisfacción general con la vida es menor (Yonkers et al., 1996, 2000, 2003, citados en Bados, 2017).

Respecto a las características del trastorno, a finales de los años 80 se llegó a un consenso por el que se reconoció la preocupación excesiva como un criterio específico para el TAG en el sistema diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1987; Garay, 2019). La preocupación puede definirse como una sucesión de pensamientos negativos sobre una

amenaza futura, que es percibida como impredecible e incontrolable y que genera mucha incertidumbre (Dugas y Ladouceur, 1997, Dugas y Robichaud, 2007, Rapee, 1995 citados en Bados, 2017). Las personas con TAG tienden a preocuparse por cuestiones que es improbable que ocurran o que, en el caso de que sucediesen, son más fáciles de manejar y menos catastróficas de lo que imaginan (Bados, 2017). Algunos de los temas de preocupación más frecuentes son: la salud; las interacciones sociales; los amigos; la familia; las responsabilidades laborales o académicas; la economía; y la vida cotidiana (Craske y Barlow, 2006, citado en Marrero y del Rivero, 2019). Otra de las características principales del TAG es la ansiedad, que puede definirse como una respuesta emocional de inquietud, malestar o tensión que aparece junto con la anticipación aprensiva de un peligro (Bados, 2017). Así, actualmente la ansiedad generalizada se caracteriza por la ansiedad excesiva y la preocupación constante, intensa e incontrolable sobre diversos temas y acontecimientos de la vida cotidiana, que están presentes casi todos los días durante al menos 6 meses (APA, 2013). Habitualmente se acompaña de síntomas físicos tales como: problemas de sueño, irritabilidad, tensión muscular, nerviosismo constante, temblores, fatiga, dolores musculares, espasmos, sudoración, mareos, taquicardia y cefaleas, entre otros (Garay et al., 2019). Y, a nivel neuropsicológico, los pacientes suelen presentar cierta dificultad para concentrarse, y normalmente, expresan quejas sobre su funcionamiento cognitivo (Langarita-Lorente y Gracia-García, 2019).

En cuanto a la etiología, existen dos tipos de factores (genéticos y ambientales) que en combinación pueden dar lugar al origen del TAG (Bados, 2017). Por un lado, la vulnerabilidad biológica hace referencia a una alta sensibilidad al estrés determinada genéticamente y a rasgos temperamentales con un importante componente genético tales como introversión, neuroticismo e inhibición conductual ante lo desconocido. Sin embargo, la carga genética para el TAG no parece ser muy elevada, se ha estimado una heredabilidad del 32% (Shimada-Sugimoto et al., 2015 citado en Bados, 2017). Por su parte, la vulnerabilidad psicológica, se refiere a errores en el procesamiento de la información tales como la percepción del mundo como peligroso y la sensación de ser incapaz de afrontar las situaciones amenazantes, que se originan a partir de experiencias evolutivas estresantes y/o traumáticas (Barlow, 1988, 2002; Borkovec et al., 2004; Sibrava y Borkovec, 2006, citados en Bados, 2017). Algunas de las experiencias que pueden originar una vulnerabilidad psicológica son: haber padecido una enfermedad grave; haber sufrido maltrato, agresión física o sexual; perder a un progenitor antes de los 16 años; tener padres con trastornos ansiosos o depresivos; tener un padre alcohólico; y apego inseguro en la infancia (sobrepotección, falta de apego o rechazo). En resumen, la

interacción entre la vulnerabilidad biológica y la vulnerabilidad psicológica es la que determina que ante situaciones estresantes las personas puedan responder con preocupación y ansiedad, dando lugar al desarrollo del TAG (Bados, 2017; Barlow, 2002; Sibrava y Borkovec, 2006).

Algunos de los procesos cognitivos que resultan de la interacción de ambas vulnerabilidades (biológica y psicológica) y que participan en el mantenimiento del TAG son: la intolerancia a la incertidumbre, la sobreestimación de la utilidad de preocuparse, la orientación ineficaz hacia los problemas y la evitación cognitiva (Dugas et al., 1998; Dugas et al., 2005). En primer lugar, la intolerancia a la incertidumbre se entiende como la tendencia a reaccionar de forma negativa (a nivel cognitivo, emocional y comportamental) a situaciones ambiguas e inciertas, percibiendo este tipo de situaciones como peligrosas o amenazantes y sobreestimando la probabilidad de su ocurrencia (Buhr y Dugas, 2002). En cuanto a la sobreestimación de la utilidad de preocuparse, se han encontrado algunas creencias típicas en pacientes con TAG que apoyan la utilidad de la preocupación: “ayuda a motivarse y facilita la resolución de problemas”, “protege de las emociones negativas”, “puede disminuir la probabilidad de acontecimientos negativos futuros”; y “es un rasgo de personalidad positivo” (Francis y Dugas, 2004; Holowka et al., 2000). Por su parte, la orientación ineficaz hacia los problemas se caracteriza por no saber reconocer que se tiene un problema, encontrar “anormal” el hecho de tenerlo, percibirlo más como una amenaza que como un desafío, mostrar falta de confianza en la propia capacidad para resolver los problemas y mantener una percepción pesimista del resultado (D’Zurilla, et al., 1998). Por último, la evitación cognitiva hace referencia al uso de estrategias (la distracción, y, el reemplazo o la supresión de pensamientos desagradables) que tienen como objetivo la evitación de un pensamiento o imagen molesta. Estas estrategias son comúnmente utilizadas por personas con TAG debido a la imposibilidad de aplicar una solución conductual frente al temor a amenazas futuras con baja probabilidad de ocurrencia. Estas estrategias son mantenidas por ser efectivas para reducir la ansiedad de forma temporal, sin embargo, a largo plazo contribuyen a la exacerbación de la preocupación y aumentan la ansiedad (Seidah et al., 2007).

Respecto al tratamiento psicológico, la terapia cognitivo conductual (TCC) es la que actualmente dispone de mayor evidencia científica para el tratamiento del TAG (Carpenter et al., 2018; Kaczurkin y Foa, 2015). Así, en un metaanálisis del NICE (2011) en el que se incluyen estudios controlados hasta 2010, se encontró que el 50% de los pacientes tratados con TCC dejaron de presentar ansiedad generalizada frente al 15% de los que permanecieron en lista de espera (Bados, 2017). En relación con la preocupación característica del TAG, en un

metaanálisis realizado por Covin (2008) en el que solamente se incluyeron estudios en los que se utilizó el Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pennsylvania (PSWQ; Meyer et al., 1990) como medida de resultado, se encontró que la TCC fue efectiva para la reducción de la preocupación (Behar et al., 2011). Se ha estimado una duración media del tratamiento para el TAG con TCC de 23 horas a lo largo de 3-6 meses, siendo mayor la duración para pacientes con otros trastornos comórbidos (Turner et al., 1995, citado en Bados, 2017). Los componentes principales de la TCC más destacados son: a) el entrenamiento en darse cuenta de los estímulos internos y de los eventos externos que producen la ansiedad (mediante el uso de autorregistros, imaginación en consulta de estímulos provocadores de ansiedad y exposición a la preocupación durante la sesión); b) el control de estímulos (posponiendo las preocupaciones para un momento y lugar específicos del día); c) la relajación (la relajación progresiva, la relajación en imaginación, la meditación y la respiración lenta y regular); d) la reestructuración cognitiva del contenido de las preocupaciones y de la utilidad de las mismas; e) y la exposición gradual (en imaginación y en vivo) a situaciones y estímulos internos provocadores de ansiedad junto con la aplicación de estrategias aprendidas para manejarla (Bados, 2017). Por último, en relación con los programas de intervención eficaces para el TAG, algunos de los más destacados son los propuestos por el grupo de Barlow y por el grupo de Dugas. Por un lado, el grupo de Barlow (Brown et al., 1993, 2001, Craske et al., 1992, citados en Bados, 2017) plantea un tipo de intervención basada en la TCC, la cual incluye componentes tales como el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognitiva, la exposición en imaginación a los miedos que subyacen a la preocupación, el cambio de las conductas de seguridad o defensivas, la organización del tiempo y el entrenamiento en solución de problemas. Por su parte, el grupo de Dugas (Dugas y Koerner, 2005, Dugas y Ladouceur, 1997, Dugas y Robichaud, 2007, Robichaud, 2013, citados en Bados, 2017) propone un programa de intervención centrado en desarrollar una mayor tolerancia hacia la incertidumbre, la cual ha demostrado desempeñar un papel importante en el mantenimiento del TAG. Este programa incluye 6 módulos: a) psicoeducación y entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones; b) reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual, c) reevaluación de la utilidad de la preocupación, d) resolución de problemas, e) exposición en imaginación a los miedos que subyacen a la preocupación, f) y prevención de recaídas.

En cuanto a la comorbilidad, parece que en torno al 75% de los pacientes con TAG presenta algún otro trastorno psiquiátrico (Carter et al., 2001, citado en Garay et al., 2019). Los trastornos comórbidos más habituales son otros trastornos de ansiedad (el trastorno de pánico con o sin

agorafobia, la fobia social y la fobia específica) y la depresión (Bados, 2017). Asimismo, se ha asociado frecuentemente con déficits en habilidades sociales (Rapee, 1995).

En este trabajo de fin de máster (TFM) se expone el caso de un adulto que cumple con los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-5 (APA, 2013) y que muestra a su vez sintomatología depresiva moderada, déficits en habilidades sociales y bajo rendimiento académico. El objetivo del TFM es presentar los resultados obtenidos tras la aplicación de un tratamiento compuesto por técnicas cognitivo-conductuales que han sido incluidas en el programa propuesto por Barlow (Brown et al., 1993, 2001, Craske et al., 1992, citados en Bados, 2017) para el tratamiento del TAG (el entrenamiento en relajación, la exposición en imaginación y la gestión del tiempo), junto con otras técnicas (la planificación de actividades agradables y el entrenamiento en habilidades sociales) que han demostrado su eficacia para el tratamiento de la ansiedad y la depresión (Pérez, 2001; Echeburúa, 2000, 2006). Asimismo, se han utilizado técnicas de estudio (Mayo, 1981) que han demostrado ser efectivas para mejorar el rendimiento académico.

## **2. Descripción del caso**

### **2.1. Identificación del paciente**

A.G. es un hombre soltero de 39 años estudiante de grado en la Universidad de Jaén. En el momento de la evaluación refirió ser fumador y consumir un promedio de 14 cigarrillos diarios. Actualmente, recibe tratamiento farmacológico para reducir la ansiedad y estabilizar el estado de ánimo. A continuación, se detallan los fármacos:

- Pristiq 100 mg (Venlafaxina, medicamento antidepresivo Inhibidor de la Recaptación de la Serotonina y la Noradrenalina- IRSN).
- Lorazepam 5 mg (ansiolítico benzodiazepínico) empleado para el tratamiento de estados de ansiedad asociados a depresión o alteraciones emocionales.
- Abilify Maintena 400mg (Aripiprazol, antipsicótico) utilizado como procedimiento adyuvante tras una respuesta inadecuada o insatisfactoria al tratamiento previo con antidepresivos.

En este momento, A.G. reside con su madre y su padrastro en un pueblo de la provincia de Jaén. En su familia son un total de cinco hermanos. Las dos hermanas más jóvenes residen en el mismo municipio que el paciente. Sin embargo, los dos hermanos mayores se encuentran en

distintas provincias. En general, la relación de A.G. con su familia es buena, especialmente con su madre y con dos de sus hermanas, que siempre lo han apoyado en los momentos difíciles.

## **2.2. Motivo de consulta**

A.G. es derivado al Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén desde el servicio universitario de “Atención a Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales”, donde fue evaluado por presentar algunas dificultades de estudio, con el objetivo de que se le proporcionaran algunas facilidades académicas (actualmente puede abstenerse de realizar algunas exposiciones de clase, y, si es necesario, le autorizan para que disponga de más tiempo en los exámenes que el resto de sus compañeros). Su demanda principal es la ansiedad que presenta, que indica que le interfiere en su adecuado rendimiento académico. Describe que se encuentra fatigado constantemente y sufre pérdidas de memoria y falta de concentración en clase. Asimismo, hay días en los que se siente decaído y desmotivado, por lo que pierde las ganas de hacer cosas y el interés por los estudios. En determinadas situaciones (sobre todo en periodo de exámenes y cuando tiene que hacer tareas importantes) se pone muy nervioso y se bloquea, hasta el punto de que en los momentos de alto estrés llega incluso a presentar síntomas como mareos y dificultad para respirar. En relación con lo anterior, afirma tener muchas preocupaciones acerca de temas que le importan. Por último, el paciente señala que su mayor preocupación son los estudios, pues es lo único que le motiva en este momento.

## **3. Historia del problema**

A.G. declara haber sido siempre una persona tímida, insegura y con tendencia a preocuparse mucho por las cosas -en la adolescencia ya presentaba síntomas depresivos y ansiosos-. En cuanto a su historia previa, se encuentran datos importantes. Su adolescencia estuvo caracterizada por constantes conflictos familiares. El padre presentaba problemas de adicción al juego y abuso de alcohol que le hacían estar ausente. En ocasiones perdía mucho dinero, lo cual afectaba a la economía familiar. Asimismo, había días que llegaba a casa enfadado, por lo que maltrataba a la madre tanto física como psicológicamente. Así, el primer ataque de ansiedad del paciente tuvo lugar en esa etapa, tras un acontecimiento relacionado con la situación familiar descrita. Ese día A.G. había estado en la calle con sus amigos, y mientras los amigos lo esperaban, subió a casa un instante con el objetivo de coger algo que había olvidado. Cuando entró en el salón encontró al padre maltratando físicamente a la madre de forma muy violenta, proporcionándole patadas en todo el cuerpo, mientras ella permanecía en el suelo casi inconsciente. En el momento que presenció la escena, el padre se marchó y él se dirigió

rápidamente a levantar a la madre del suelo, instante en el que comenzó a experimentar síntomas tales como visión borrosa, taquicardia, palpitaciones, dificultad para respirar y sensación de mareo. La madre al verlo se preocupó mucho y trató de tranquilizarlo explicándole que esa situación no se repetiría nunca más porque ella y el padre se iban a divorciar. Ese día ya no volvió a reencontrarse con sus amigos y tampoco asistió a clase al día siguiente.

A los 16 años comenzó a juntarse con “malas compañías”. En esa época fue cuando comenzó a comportarse de forma agresiva con otras personas y a usar la bebida como vía de escape a los problemas familiares (discusiones, problemas económicos, maltrato). Lo anterior, motivó a la madre a solicitar ayuda al servicio de Salud Mental, donde A.G. recibió terapia psicológica para desintoxicarse del alcohol. El tratamiento psicológico para la deshabituación del alcohol fue efectivo y tuvo una duración de 3 meses.

A los 19 años, estuvo estudiando una licenciatura durante 3 años. En esa época, conoció a su última pareja que, aunque residía en otra provincia, tenía familiares en Jaén por lo que iba de vez en cuando. En torno a los 22 años, el paciente decidió marcharse a la misma ciudad que su pareja, por lo que abandonó la licenciatura con tan solo dos asignaturas pendientes. Durante 12 años mantuvieron una relación más o menos estable. Sin embargo, cuando A.G. tenía 34 años la relación se terminó, por lo que el paciente decidió regresar de nuevo al domicilio familiar. En ese momento fue cuando intentó retomar de nuevo sus estudios de licenciatura, sin embargo, no fue posible debido a la implantación del Plan Bolonia. Así, tras el cúmulo de acontecimientos estresantes -ruptura de pareja e intento sin éxito de retomar los estudios- se le agravaron los síntomas ansioso-depresivos, por lo que tuvo que acudir nuevamente a Salud Mental, donde recibió tratamiento farmacológico y psicológico que le ayudó a mejorar su estado de ánimo (consiguió recuperar antiguos amigos). Alrededor de los 37 años fue derivado desde Salud Mental al Centro Provincial de Drogodependencias (CPD) para recibir un tratamiento de deshabituación tabáquica con el fin de reducir su ansiedad. Allí le recomendaron practicar Relajación Progresiva Muscular mediante el disco *Procedimientos de Relajación* (González, 1992). De esta forma, consiguió reducir en cierta medida el número de cigarrillos diarios consumidos.

Actualmente continúa acudiendo una vez al mes a Salud Mental, pero únicamente para recibir la medicación inyectable mencionada anteriormente (Abilify Maintena).

#### 4. Hipótesis surgidas en la entrevista

Tras la entrevista inicial se obtuvo la información necesaria para proceder a la formulación de las hipótesis sobre el caso, con el objetivo de establecer un posible diagnóstico que permitiera diseñar un plan de tratamiento adecuado al paciente. Las hipótesis propuestas fueron las siguientes:

- A.G. presenta preocupaciones frecuentes acerca de diversos ámbitos de su vida (estudios, madre), por lo que si se le administra el *Inventario de Preocupación de Pensilvania* (PSWQ-11) (Meyer et al., 1990) obtendrá una puntuación superior a 39, lo que indicaría un nivel de tendencia a la preocupación por encima de la media poblacional.
- Muestra características de personalidad tales como la inseguridad y perfeccionismo, por lo que si se le administra la *Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre* (EII) (Freeston y cols., 1994) presentará una puntuación superior a 69, lo que indicaría la presencia de un umbral bajo de tolerancia a situaciones ambiguas en comparación con la población normal.
- Presenta síntomas tales como fatiga, falta de concentración y decaimiento, por lo que si se le administra el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II) (Beck et al., 1996) alcanzará una puntuación comprendida entre 14 y 27 puntos, lo que indicaría la presencia de depresión leve o moderada.
- Tiene escasos contactos sociales y presenta rasgos de personalidad tales como inseguridad y timidez. Por lo tanto, si se le administra el *Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey* (AI) en la versión española de Carrasco et al. (1996), obtendrá una puntuación por encima de 104 en la escala de “Probabilidad de respuesta”, y por su parte, una puntuación superior a 95 en la escala de “Malestar/Ansiedad”, lo cual, clasificaría al paciente en la categoría de “no asertivos”. Esto significaría que el paciente no suele comportarse de forma asertiva en situaciones sociales y que experimenta mucho malestar ante las mismas.

#### 5. Técnicas y procedimientos de evaluación

A.G. fue seleccionado al azar entre las personas que solicitan atención psicológica en el Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén. Para ello, en primer lugar, tuvo que rellenar

el “Cuestionario de Evaluación Inicial” (Anexo I), utilizado en el gabinete para recoger información sobre el problema y establecer la gravedad y urgencia de éste. Posteriormente, el paciente se mantuvo en lista de espera durante aproximadamente un mes, momento en el que se posicionó en el primer lugar de la lista y se contactó con él mediante correo electrónico para confirmar su interés en recibir atención psicológica. Ante la respuesta afirmativa, se procedió a la solicitud de la evaluación de la ética del presente Trabajo de Fin de Máster (TFM) junto con el modelo de consentimiento informado que posteriormente tendría que firmar el paciente (Anexo II). En respuesta a la solicitud, se obtuvo un certificado favorable por parte del Comité de ética del Máster en Psicología General Sanitaria (Anexo II) por el que se aprueba la realización del TFM. A continuación, se acordó con el paciente un primer encuentro que tuvo lugar en la Universidad de Jaén, Campus Las Lagunillas, en el Edificio Usos Múltiples (C4) donde se encuentra el Gabinete de Psicología. En esta primera sesión, se informó al paciente de que además de recibir atención psicológica, su caso había sido seleccionado para formar parte de un TFM y se le explicó en qué consistiría su colaboración en el caso de que accediera a participar en éste. Asimismo, se facilitó toda la información relativa a los aspectos éticos del proceso, recordándole que su participación era voluntaria y sus datos de carácter personal confidenciales. Una vez comunicado lo anterior, el paciente prestó su conformidad procediendo a la firma del consentimiento informado (Anexo II).

El proceso anterior, hizo posible iniciar la fase de evaluación, en la que se emplearon las pruebas psicométricas que se describen a continuación:

**Entrevista semi-estructurada para la evaluación de la ansiedad:** Se recogió la siguiente información: a) descripción de los problemas, incluyendo la frecuencia, la duración, y la intensidad de los síntomas, así como la conducta (motora, cognitiva, emocional y fisiológica) presentada en las distintas situaciones, b) situaciones donde se presenta el problema, c) las consecuencias de sus problemas y qué hace y cómo reacciona ante cada situación relacionada, d) la historia del problema, e) antecedentes personales y familiares del problema u otros problemas psicológicos, f) interferencia del problema en los distintos ámbitos de la vida cotidiana del paciente, g) descripción por parte del sujeto de su personalidad, considerando que características influyen positivamente y cuales negativamente en el problema, h) objetivos terapéuticos del paciente.

**Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II;** Beck et al.,1996) en la versión española realizada por Sanz, Navarro y Vázquez (2003). Es un instrumento en forma de autoinforme

diseñado para detectar y evaluar la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Se compone de 21 preguntas tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad del síntoma (de 0 a 3 puntos). Con la suma de los ítems se obtiene la puntuación total, la cual puede variar entre 0 y 63. En función de ésta se obtienen distintos grados de sintomatología depresiva: depresión mínima (0-13), depresión leve (14-18), depresión moderada (19-27) o depresión grave (28-63). Este instrumento ha demostrado una adecuada consistencia interna, con valores de entre 0.87 y 0.89 y datos de una buena validez convergente y discriminante (Sanz et al., 2003; Sanz, et al., 2005).

**Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pennsylvania (PSWQ;** Meyer et al., 1990), en su versión abreviada (PSWQ-11) y adaptada al español por Sandín y Chorot (1995). Es un instrumento de medida del rasgo de ansiedad que evalúa la tendencia general a la preocupación y consta de 11 ítems que se valoran en una escala tipo Likert de 5 puntos (desde 1, “nada”, hasta 5, “mucho”). Para su corrección se suman las puntuaciones obtenidas en cada ítem, así se logra una puntuación total que puede oscilar entre 11 y 55. El punto de corte según los valores normativos es de 42 para las mujeres y de 39 para los hombres. Este cuestionario ha demostrado excelentes propiedades psicométricas con altos niveles de fiabilidad y validez. En un estudio realizado con una muestra de estudiantes universitarios españoles se encontró una consistencia interna de 0.92 y una fiabilidad test retest de 0.85, junto con datos a favor de una buena validez convergente y discriminante (Sandín et al., 2009).

**La Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre (IUS;** Freeston, Rhéaume, Letarde, Dugas y Ladouceur, 1994) en su adaptación española (González et al., 2006). Este instrumento evalúa las respuestas emocionales y conductuales ante situaciones de incertidumbre. Se compone de 27 ítems que presentan una escala de respuesta de 1 a 5 puntos (en función del grado en el que la persona los considera característicos de sí misma). La corrección de la escala se efectúa sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems, obteniendo así una puntuación total que puede oscilar entre 27 y 135 puntos, siendo el punto de corte de 69, el cual indica si las respuestas a la incertidumbre entran dentro de la normalidad o son disfuncionales (Jacobson y Truax, 1991). Respecto a las propiedades psicométricas, los resultados en población española indican que su fiabilidad en términos de consistencia interna es de 0.95 y su estabilidad temporal en un intervalo de cinco semanas de 0.68 (González et al., 2006).

**El Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (AI;** Gambrill y Richey, 1975). Este autoinforme se compone de un total de 40 ítems, los cuales se presentan con dos columnas

situadas a los lados. En la columna izquierda se encuentra la subescala de “Grado de Ansiedad”, en la que la persona debe evaluar en una escala tipo Likert (de 1, en absoluto a 5, muchísimo) el grado de malestar o ansiedad social que le provoca cada situación descrita. En la columna de la derecha se encuentra la subescala de “Probabilidad de Respuesta”, en que la persona debe indicar en una escala de respuesta tipo Likert (de 1, siempre lo hago a 5, nunca) la probabilidad de emitir una respuesta asertiva en cada situación. Por último, el cuestionario también da la opción de que la persona elija las situaciones en las que le gustaría comportarse de forma más asertiva (Carrasco et al., 1989). Para la corrección del cuestionario se suman las puntuaciones de cada columna, obteniéndose dos puntuaciones diferentes con un rango entre 40 y 200 (Caballo et al., 2014). Una puntuación alta en la columna de “Grado de Ansiedad” sería indicativo de alto malestar o ansiedad, mientras que una puntuación similar en la columna de “Probabilidad de Respuesta” sería señal de pocas habilidades sociales (Gambrill y Richey, 1975). En conjunto, las puntuaciones elevadas en ambas columnas indicarían menor asertividad. Es posible obtener dos tipos de correcciones mediante este instrumento: cuantitativa y cualitativa. La primera se basa en los puntos de corte propuestos por los autores, que permiten clasificar al paciente en diferentes categorías: a) no asertivo (por encima de 95 en la escala de Malestar y de 104 en la de Probabilidad de Respuesta); b) realizadores ansiosos (por encima de 95 en Malestar y por debajo de 104 en Probabilidad de Respuesta); c) despreocupados (por debajo de 95 en Malestar y por encima de 104 en Probabilidad de Respuesta); y d) asertivos (por debajo de 95 en Malestar y de 104 en Probabilidad de Respuesta) (Gambrill y Richey, 1975). Respecto a la corrección cualitativa, se analizan las áreas en las que la persona presenta problemas. Para ello, se señalan los ítems con puntuación 4 o 5 y si el número de ítems señalados en un área determinada es superior a la mitad de los ítems que la componen, la persona presentará problemas en la misma. A continuación, se detallan las áreas mencionadas: a) rechazar peticiones, b) iniciar contactos sociales, c) expresar limitaciones sociales, d) expresar sentimientos positivos, e) discrepar de opiniones de otros, f) encajar críticas, g) ser asertivo con quien ofrece servicios, y h) hacer críticas a otros (Gambrill y Richey, 1975). Respecto a las propiedades psicométricas, el IA presenta una consistencia interna de 0.88 en la subescala de grado de malestar o ansiedad, y de 0.87 en la subescala de probabilidad de respuesta (Carrasco et al., 1989).

## **6. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención**

A través de la **Entrevista semi-estructurada para la evaluación de la ansiedad** se recogió la información que se expone seguidamente:

Actualmente el problema principal del paciente es la ansiedad, que está presente incluso ante situaciones inocuas. Sin embargo, su intensidad varía dependiendo de la situación en la que este se encuentre. Actualmente, las situaciones que le provocan mayor ansiedad están relacionadas con dos temas principales, por un lado, los estudios, y, por otro lado, la madre.

Respecto a los estudios, las situaciones que le provocan mayor ansiedad son: los trabajos académicos, las exposiciones de clase y los exámenes. Estas situaciones hacen que se preocupe excesivamente, presentando pensamientos del tipo “tengo peor memoria que el resto de mis compañeros”, “a mí me cuesta más concentrarme y estudiar”, “tengo que dedicar mucho tiempo a los trabajos académicos porque si no estarán mal”. Además, también suele presentar muchos pensamientos de tipo anticipatorio, al no saber qué ocurrirá en esas situaciones: “me quedaré en blanco en la exposición porque tengo mala memoria”, “no me saldrá bien la exposición porque me pondré muy nervioso y me temblará la voz”, “no aprobaré los exámenes porque me cuesta mucho memorizar y concentrarme para estudiar”, “¿y si hay ruidos y no puedo estudiar?”, “¿y si suspendo todo porque no he conseguido memorizar nada?, etc. Todas estas preocupaciones suelen estar presentes durante varias horas seguidas, pero algunas veces cesan durante unos minutos, y vuelven a aparecer automáticamente. A nivel conductual, encontramos que: dedica mucho tiempo a los trabajos académicos revisándolos constantemente; suele evitar hacer las exposiciones de clase; durante el período de preparación de los exámenes dejan de comer y aumenta el consumo de cigarrillos; para estudiar lee muchas veces el temario, pero no hace esquemas ni resúmenes; cuando hay ruido deja de estudiar. Por último, algunos síntomas fisiológicos que presenta en estas situaciones son: tensión, visión borrosa, agitación o nerviosismo, sudoración, pérdida de apetito, taquicardia y mareos.

En cuanto a las situaciones relacionadas con la madre, las que le producen mayor ansiedad son las siguientes: cuando la madre sale a la calle o conduce el coche; cuando la madre está en la ducha; cuando la madre está cocinando; cuando él está en su habitación y escucha algún ruido; cuando la madre expresa dolor físico y quejas emocionales; cuando la madre discute con su pareja o se enfada y alza la voz. Estas situaciones le preocupan mucho y le hacen tener muchos pensamientos. Algunos de estos son: “¿y si mi madre sale a la calle y cae?”, “¿y si mi madre tiene un accidente con el coche?”, “¿y si se mi madre se quema cocinando?”, “¿y si mi madre se cae de la ducha y se hace daño?”, “¿y si mi madre se queda en silla de ruedas?”, “¿y si ese ruido es mi madre que se ha caído?”, “¿y si los dolores de mi madre hacen que nunca más sea feliz?, etc. Ante las situaciones mencionadas, el paciente siempre está alerta por miedo a que algo malo ocurra y comprueba constantemente que la madre está bien, deja de estudiar para

comprobar que la madre está bien, cuando la madre esta triste deja de estudiar y se queda con ella todo el día, si tiene muchos pensamientos los evita escuchando música o jugando al trivial. Lo anterior le impide centrarse en sus estudios y le causa síntomas físicos tales como: tensión, nerviosismo o agitación, falta de respiración, taquicardia, sudoración y mareos.

Las situaciones relacionadas con ambos temas de preocupación (los estudios y la madre), le causan mucho malestar, por lo que algunos días de la semana el paciente se siente triste, desmotivado y pierde las ganas de estudiar o hacer cosas que le gustan (por ejemplo: jugar al trivial). En cuanto a ideas suicidas, el paciente afirma presentar pensamientos relacionados con la muerte una media de 4 o 5 días al mes, y en concreto, los pensamientos son del tipo “no me vendría mal morirme porque nunca he sido feliz, pues he tenido periodos muy largos de tristeza, y en cambio, periodos muy cortos de felicidad”.

En relación con otros temas que le afectan, el paciente informa que el ambiente en casa no le ayuda, ya que suele haber mucho ruido tanto interno (discusiones o enfados de la madre) como externo al domicilio (vecinos gritan mucho, ponen música fuerte) que le impide concentrarse y estudiar, lo que hace que su ansiedad aumente y que se sienta deprimido. Por otro lado, le gustaría tener más relaciones sociales, pues afirma no tener muchos amigos. En la Universidad se relaciona con algunos compañeros de clase con quienes se muestra bastante adaptado; sin embargo, fuera del ámbito académico solo tiene contacto con sus familiares, ya que sus antiguos amigos viven en otras ciudades y esto hace que no se reúnan con mucha frecuencia. El paciente cree que son su timidez y su falta de seguridad las características que le provocan dificultad para hacer amigos, porque siempre espera a que otras personas se acerquen a él para tener contacto social, y, además, no suele dar su opinión por miedo a ser juzgado. Por otro lado, afirma que en ocasiones se siente inferior a los demás, lo que todavía le hace estar más inseguro ante situaciones sociales.

Con respecto a los antecedentes familiares, encontramos que el padre era consumidor de alcohol, presentaba adicción al juego y ejercía violencia doméstica. El hermano tenía comportamientos similares a los del padre (tuvo una pareja a quien maltrataba, consumía sustancias) por lo que tenían buena relación con el padre y cuando surgían discusiones y conflictos familiares casi siempre estaba de su parte. En cambio, las hermanas siempre intentaban proteger tanto a la madre como al paciente, por ser el hermano más pequeño. Por otro lado, la madre siempre ha presentado problemas de ansiedad y del estado de ánimo, y día

de hoy, también presenta dolores físicos (cervicales, piernas), por lo que recibe tratamiento farmacológico con el fin de aliviar los dolores físicos y los problemas emocionales.

### ***PSWQ-11***

En el *PSWQ-11*, A.G. obtuvo una puntuación de 44, la cual supera el punto de corte establecido para hombres (punto de corte de 39 puntos), lo que indica la presencia de un alto nivel de preocupación confirmándose la hipótesis planteada.

El análisis cualitativo de los ítems hace destacar por su alta puntuación los siguientes ítems: “son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado”; “cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme mucho”; “soy consciente de que me preocupo excesivamente por las cosas”; “una vez que empiezan mis preocupaciones no puedo detenerlas”; “toda la vida he sido una persona preocupada”.

### ***IUS***

Con respecto al *IUS*, la puntuación obtenida fue de 100, la cual supera el punto de corte (establecido en 69). Los resultados confirman la hipótesis propuesta de una elevada intolerancia hacia la incertidumbre en el paciente.

A nivel cualitativo, destacan los siguientes ítems por su elevada puntuación: “le produce inquietud, ansiedad y estrés”, “le impide disfrutar de la vida y tener una opinión firme”, “le produce falta de confianza en sí mismo y hace evitar situaciones inciertas porque la indecisión le impide actuar”.

### ***BDI-II***

En el *BDI-II* obtuvo una puntuación de 27, que se encuentra dentro del rango comprendido entre 19 y 27 puntos. Este dato indica un grado de sintomatología depresiva moderada, cumpliéndose la hipótesis propuesta.

Algunos de los ítems que pueden destacarse por presentar una puntuación elevada son: “cree que nunca se liberará de sus penas y preocupaciones”; “se hace reproches por todo lo que no le sale bien”; “cree que sus defectos son muchos y muy grandes”; “nada le alegra tanto como antes y ya no se irrita por cosas que antes le enfadaban”; “le cuesta mucho esfuerzo realizar cualquier cosa y tomar decisiones sin ayuda de otros”; “tiene menos apetito”; y “se preocupa constantemente por molestias físicas y malestares”.

## *AI*

Con respecto a las puntuaciones en el *AI*, observamos que A.G. obtuvo en la escala de “Grado de ansiedad/ malestar” un total de 83 puntos y una puntuación de 111 en la escala de “Probabilidad de respuesta”. Los resultados clasifican al paciente en la categoría de “*Despreocupados*”, lo que indica que, aunque no se comporta de forma asertiva tampoco experimenta gran malestar o ansiedad por ello. Este resultado difiere de la hipótesis propuesta para este instrumento, en la cual se esperaba que el paciente no se comportara de forma asertiva ante situaciones sociales y que, además, éstas le provocaran alto grado de ansiedad o malestar.

A nivel cualitativo, en la Tabla 1 se pueden observar los ítems ante los cuales el paciente suele comportarse de forma poco asertiva (4: “rara vez lo hago”; o 5: “nunca lo hago”). Cuando se agrupan y clasifican los ítems en sus respectivas áreas, se observa que no hay áreas específicas ante las que el paciente tienda comportarse de forma poco asertiva, sino que suele hacerlo en situaciones muy diversas. No obstante, se pueden destacar (por haber obtenido una puntuación media cercana a 4) las siguientes áreas: discrepar de opiniones; hacer críticas y encajar críticas.

Por otro lado, en relación con la escala de “Malestar/ Ansiedad”, se observa que el paciente solamente puntúa por encima de 4 o 5, y, por lo tanto, parece presentar mucho malestar (4: “muchísimo”) en el ítem “Disculparse cuando se equivoca”, sin embargo, lo hace casi siempre (2: “generalmente lo hago”). Por último, el paciente señaló como ítems a mejorar todos los que puntuó con un 4 o un 5. No obstante, ante la imposibilidad de entrenar cada una de las situaciones anteriores, se le pidió que seleccionara las áreas concretas en las que le gustaría ser más asertivo ordenándolas de mayor a menor dificultad. Así, destacó: 1) iniciar contactos sociales; 2) hacer y recibir críticas, y 3) Hacer y rechazar peticiones.

Tras el análisis de los datos recogidos a través de la entrevista semi-estructurada, el PSWQ-11 y el IUS durante la fase de evaluación, se pudo confirmar que A.G. cumplía con los criterios según el DSM-5 para el diagnóstico de TAG (APA, 2013), ya descrito en el apartado “Introducción”. Respecto al estado de ánimo, según las respuestas al BDI-II, se pudo concluir que A.G. presentaba sintomatología depresiva moderada. Asimismo, en la entrevista se pudo confirmar que cumplía con algunos de los criterios según el DSM-5 para el diagnóstico de Trastorno depresivo persistente/ distimia (APA, 2013). Pues se recogió que desde hace más de dos años el paciente solía sentirse triste o deprimido casi todos los días, lo que le provocaba la pérdida del interés por las cosas (por ejemplo: se desmotivaba con los estudios y dejaba de

estudiar), pensar en la muerte, sentirse fatigado constantemente, perder el apetito y presentar dificultades para concentrarse en clase. Sin embargo, no se diagnosticó distimia debido a que los síntomas habían mejorado en el último año, disminuyendo en su frecuencia y duración, presentándose con menor intensidad y solamente algunos días de la semana.

Una vez finalizada la fase de evaluación, se elaboró un modelo explicativo de los problemas con el objetivo de plantear una intervención adecuada a las necesidades y características del paciente (ver Tabla 1). Los principales problemas de A.G. son los altos niveles de activación fisiológica (fatiga constante, nerviosismo), las preocupaciones excesivas y el estado de ánimo bajo. Por un lado, desde muy joven ya se preocupaba en exceso por las cosas, por lo que algunas variables orgánicas (introversión, perfeccionismo) pueden haber interactuado con algunas experiencias vitales (violencia doméstica, los problemas de ansiedad de la madre, la ausencia de la figura del padre, el rechazo de los amigos y el abuso de alcohol en la adolescencia) favoreciendo el desarrollo de la inseguridad y la fuerte preocupación por las cosas difícil de controlar que presenta en este momento. Asimismo, hubo un acontecimiento estresante vivido por el propio paciente (presenció como el padre golpeaba físicamente a la madre de forma muy violenta) que pudo haber actuado como estímulo precipitante de su primer ataque de ansiedad. Como consecuencia de lo anteriormente mencionado, A.G. pudo haber desarrollado la baja tolerancia a las situaciones inciertas que presenta en este momento, pues sus experiencias negativas pueden haber aumentado la necesidad de tenerlo todo controlado para evitar situaciones en las que se desconoce lo que va a ocurrir, y así protegerse de los posibles peligros. En consonancia con lo anterior, cuando aparecen situaciones inciertas (situaciones relacionadas con los estudios, situaciones relacionadas con la madre y situaciones sociales), A.G. trata de estar pendiente a las posibles amenazas o peligros que puedan aparecer, y para ello, utiliza la preocupación (pensamientos negativos anticipatorios) o las conductas de seguridad. Esta forma de actuar puede estar favoreciendo la creencia de que la preocupación ayuda a resolver los problemas. Sin embargo, a pesar de que en el momento se siente aliviado, a largo plazo es incapaz de dejar de preocuparse, lo que afecta a su estado de ánimo y aumenta su ansiedad (Tabla 1).

**Tabla 1.** Descripción funcional del problema

ANTECEDENTES (A)	CONDUCTAS (B)	CONSECUENTES (C)
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ PREDISPONENTES:</li> <li><b>Variables orgánicas</b></li> <li>✓ Timidez</li> <li>✓ Inseguridad</li> <li>✓ Baja tolerancia hacia la incertidumbre</li> <li>✓ Exigencia</li> <li>✓ Tendencia a la preocupación</li> <li>✓ Abuso de alcohol en la adolescencia</li> <li>✓ Sobreestimación de la utilidad de preocuparse</li> <li>✓ Actitud negativa hacia los problemas</li> <li><b>Variables ambientales</b></li> <li>✓ Violencia doméstica</li> <li>✓ Padre alcohólico y desapegado</li> <li>✓ Madre ansiosa</li> <li>✓ Acontecimiento estresante (violencia física del padre hacia la madre)</li> <li>✓ Rechazo de los amigos</li> <li>✓ Ruptura de pareja</li> <li>❖ DESENCADENANTES</li> <li><b>Externos</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ FISIOLÓGICAS:</li> <li>✓ Agitación</li> <li>✓ Dificultad para respirar</li> <li>✓ Taquicardia</li> <li>✓ Sudoración</li> <li>✓ Visión borrosa</li> <li>✓ Pérdida de apetito</li> <li>✓ Mareos</li> <li>❖ COGNITIVAS:</li> <li><b>Pensamientos de anticipación de algo negativo:</b> Pensamientos negativos respecto a la salud/ bienestar de la madre, sobre los resultados académicos, y, sobre las interacciones sociales.</li> <li>❖ MOTORAS:</li> <li><b>Conductas de seguridad:</b> comprobar si la madre está bien, revisar los trabajos muchas veces.</li> <li><b>Conductas de evitación:</b> no expresar opiniones, no iniciar conversaciones con desconocidos, no</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ A CORTO PLAZO:</li> <li><b>Evitación inmediata del malestar</b> (al no hacer exposiciones, al no hablar , etc)</li> <li>✓ No experimenta ansiedad</li> <li><b>Percepción de control</b> (al comprobar que la madre está bien, al revisar constantemente los trabajos, al no hablar con gente)</li> <li><b>Atención por parte de la madre y de las hermanas</b></li> <li>✓ Le ayudan a resolver problemas, lo tranquilizan.</li> <li>❖ A MEDIO/ LARGO PLAZO:</li> <li>✓ Aumento de pensamientos negativos y de las preocupaciones.</li> <li>✓ Aumento de la inseguridad</li> <li>✓ Bajo rendimiento académico (falta de concentración,</li> </ul>

<p>✓ <b>Situaciones relacionadas con los estudios:</b> periodo de exámenes, trabajos académicos, exposiciones.</p> <p><b>Situaciones relacionadas con la madre:</b> cuando conduce el coche, está en la ducha, está cocinando o expresa quejas de salud.</p> <p><b>Situaciones sociales:</b> iniciar contactos sociales, hacer y recibir críticas, y hacer y rechazar peticiones.</p>	<p>realizar exposiciones en clase, hablar poco.</p> <p><b>Interrupción de actividades importantes:</b> dejar de estudiar.</p> <p><b>Conductas de evitación de pensamientos:</b> jugar al trivial, escuchar música, pensar en otras cosas, intentar no pensar.</p>	<p>pérdidas de memoria, mala gestión del tiempo)</p> <p>✓ No realiza actividades agradables</p> <p>✓ <b>Pensamientos de baja autoeficacia:</b> “Me cuesta mucho estudiar”, “No puedo parar de preocuparme”</p> <p>✓ Escasos contactos sociales</p> <p>✓ Pérdida de motivación e interés por estudiar</p> <p>✓ Bajo estado de ánimo</p> <p>✓ Nerviosismo, fatiga constante</p>
---	---	---

En consonancia con el análisis funcional (Tabla 1), se propuso una intervención centrada en los problemas actuales de AG. Para el diseño del programa de intervención se tuvieron en cuenta las siguientes hipótesis de tratamiento:

- El entrenamiento en relajación progresiva muscular ayudará a aminorar los síntomas fisiológicos relacionados con la ansiedad, tales como la tensión muscular, la agitación, la taquicardia, la sudoración y la dificultad para respirar.
- Si el paciente se expone varias veces en imaginación a las situaciones relacionadas con la madre, sin que ocurran las consecuencias temidas, al principio experimentará ansiedad y preocupación, pero, tras varias repeticiones, las preocupaciones disminuirán en su frecuencia, intensidad y duración y, por tanto, la ansiedad irá disminuyendo progresivamente.

- Si se realiza un entrenamiento en gestión del tiempo y técnicas de estudio, el paciente logrará mayor eficiencia en el tiempo dedicado a realizar los trabajos académicos y al estudio, consiguiendo mejorar su rendimiento académico.
- Si el paciente planifica la realización de actividades gratificantes, conseguirá mejorar su estado de ánimo y se sentirá más motivado y activo, por lo que su estado de ánimo mejorará.
- El entrenamiento en asertividad y habilidades sociales (iniciar contactos sociales; hacer y rechazar peticiones; hacer y recibir críticas), le permitirá desenvolverse mejor en situaciones sociales.

## **7. Intervención**

### **7.1. Objetivos y secuenciación**

Tras la evaluación pre-tratamiento y la explicación del análisis funcional, se concretaron con el paciente los siguientes objetivos terapéuticos: (a) disminuir los síntomas fisiológicos relacionados con la ansiedad; (b) reducir la frecuencia, intensidad y duración de las preocupaciones; (c) aumentar la motivación y el estado de ánimo; (d) mejorar el rendimiento académico; (e) mejorar las habilidades sociales.

El tratamiento consistió en un total de 23 sesiones semanales de 90 minutos de duración. No obstante, el tratamiento se vio interrumpido en dos ocasiones. En primer lugar, durante el periodo de vacaciones de Navidad, durante el cual no se realizaron sesiones presenciales. Sin embargo, se fijaron tareas para casa que hicieron posible continuar con la intervención. Y, en segundo lugar, las sesiones presenciales se vieron interrumpidas durante un mes de forma inesperada debido a la declaración del estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (Real Decreto 463/ 2020, de 1 de marzo). Durante ese mes se fijaron mediante correo electrónico tareas para casa con el objetivo de continuar con el tratamiento. Posteriormente, se reanudaron las sesiones llevándose a cabo por videoconferencia. Por lo tanto, una parte del tratamiento tuvo lugar en el Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén, mientras que la otra parte se realizó a distancia. Las tres primeras sesiones se correspondieron con la fase de evaluación pre-intervención, el resto de las sesiones se dedicaron a la aplicación de las técnicas de intervención propuestas, y en la última sesión, se realizó la evaluación post-intervención.

## 7. 2. Programa de intervención

Durante la fase de tratamiento, se aplicaron técnicas cognitivo-conductuales que fueron combinadas a lo largo de las sesiones. El programa de intervención estuvo formado por siete componentes principales (psicoeducación; relajación progresiva muscular; planificación de actividades agradables; exposición en imaginación; hábitos y técnicas de estudio; y entrenamiento en asertividad/ habilidades sociales) que serán descritos a continuación.

En primer lugar, se llevó a cabo una sesión de psicoeducación en la que se realizó la devolución de información. Para ello, se explicó al paciente su análisis funcional (cómo posiblemente se habían originado sus problemas, qué estrategias utilizaba ante las situaciones problemáticas y qué consecuencias obtenía a corto y a medio/ largo plazo). Del mismo modo, se explicó el concepto de ansiedad (normal y patológica) y el triple sistema de respuestas (cognitivo, fisiológico y conductual). A continuación, con el objetivo de demostrar que la evitación cognitiva no es efectiva para dejar de preocuparse, se realizó el ejercicio paradójico del elefante rosa, que se basa en la teoría de los procesos irónicos (Wegner, 1994). Para ello, se pidió al paciente que no pensara en un elefante rosa, sin embargo, lo que ocurrió fue el efecto contrario. Una explicación a este fenómeno es que nuestro cerebro para optimizar recursos considera primero de forma automática el pensamiento sin la negación, por lo que cuando intentamos evitar un pensamiento, lo que ocurre es que aparece de forma inevitable. Posteriormente, se fijaron de manera conjunta los objetivos del tratamiento y se propusieron las técnicas que se iban a utilizar para alcanzar cada uno de los objetivos planteados.

Para el entrenamiento en relajación progresiva muscular, en una primera sesión el paciente comentó que ya había practicado esa técnica anteriormente, ya que se la habían recomendado en Salud Mental. Por ello, se evaluó qué procedimiento seguía el paciente para practicarla para valorar la necesidad de realizar un entrenamiento completo de la técnica. Se descubrió que utilizaba el CD *Procedimientos de Relajación* (González, 1992), que consta de cuatro sesiones con una duración 26 minutos, durante las que se aprende a tensar y relajar distintos grupos musculares de forma gradual. Puesto que el procedimiento que le había enseñado era el adecuado se descartó la necesidad de hacer un entrenamiento en relajación. Sin embargo, si se vio necesario hacer una breve introducción a la técnica (en qué consiste la relajación progresiva muscular, qué beneficios tiene la práctica continuada, cómo se practica, etc) para recordarle los beneficios que tiene la práctica. Tras esta sesión, se acordó practicar la relajación una vez al día mediante el procedimiento que él ya había aprendido. Sin embargo, en la sesión 6, el paciente

reconoció no haber podido practicar la relajación todos los días debido a que le ocupaba mucho tiempo. Por tanto, se le facilitó una versión resumida de los ejercicios de relajación muscular. Para ello, se hizo una sesión de entrenamiento, en la que se trabajaron directamente todos los grupos musculares a través de ejercicios de tensión-relajación (ver tabla 2). Más adelante, cuando el paciente ya dominaba los ejercicios de tensión- relajación, se dedicó una sesión al entrenamiento en relajación progresiva muscular por evocación con el objetivo de conseguir que el paciente aprendiera a relajar los músculos sin necesidad de tensarlos previamente. Durante toda la fase de entrenamiento en relajación progresiva muscular, se acordó con el paciente practicar la relajación una vez al día, completando a su vez un autorregistro en el que quedaba reflejado el nivel de tensión que presentaba tanto antes como después de la práctica, en una escala de 0 (nada de tensión) a 10 (mucho tensión).

En cuanto a la exposición en la imaginación, en una primera sesión, se explicó la técnica (en qué consiste, cómo se realiza y por qué es efectiva), destacando la importancia de mantenerse en la situación temida sin intentar huir o escapar, para conseguir los efectos. Asimismo, se le explicó el proceso de habituación, responsable de los efectos positivos de la exposición. Para comenzar con la exposición, en primer lugar, se realizó una evaluación de la capacidad de imaginación del paciente con el fin de asegurarnos que las situaciones que posteriormente se iba a imaginar le provocaran una respuesta emocional similar a la provocada por la situación real. Para la evaluación, se pidió al paciente que imaginara una escena que implicaba beber un vaso de agua, visualizándola lo más vívidamente posible como si fuera real, y posteriormente, se evaluó la calidad con la que había imaginado la escena (qué había imaginado, con qué claridad había visualizado los colores, qué sensaciones le había provocado, si aparecieron otros detalles no mencionados, etc). Lo anterior, hizo posible confirmar que la capacidad de imaginación del paciente era bastante buena, por lo que se procedió a la elaboración de una jerarquía de preocupaciones/situaciones que le generan ansiedad. Para ello, se establecieron tres áreas de preocupación, que el paciente ordenó de mayor a menor interferencia (problemas de la madre, estudios/ universidad y situaciones sociales). Posteriormente, se pidió realizar una lista de preocupaciones relacionadas con los problemas de la madre, que tuvo que describir detalladamente. Así, se pudo proceder a la elaboración de una jerarquía de exposición en imaginación (tabla 2), ordenando las preocupaciones relacionadas con la madre de menor a mayor grado de ansiedad/malestar en una escala de 0 a 10. Una vez elaborada la jerarquía, se tuvo que posponer el entrenamiento de exposición en imaginación, pues el paciente llegó a la sesión con un alto nivel de ansiedad debido a un conflicto vecinal que había tenido lugar durante

el fin de semana (unos niños de etnia gitana estaban haciendo mucho ruido en el barrio, por lo que su padrastro salió enfadado a regañarles y esto provocó que los padres de los niños amenazaran a la familia del paciente con agresiones físicas). Esta situación, los llevó a denunciar, por lo que estaba bastante preocupado por las posibles consecuencias. Por lo anterior, se dedicó la sesión a comentar lo ocurrido y a analizar las posibles soluciones que existían para afrontar la situación (se realizó un ejercicio de solución de problemas, exponiendo las ventajas y las desventajas de retirar la denuncia o continuar con el procedimiento judicial). Por su parte, el inicio del entrenamiento de exposición en imaginación no pudo realizarse hasta la sesión 12, momento en el que el paciente se sentía preparado para comenzar con la exposición por haber disminuido su nivel de ansiedad basal. De la sesión 12 a la 17 se entrenaron los seis ítems de la jerarquía siguiendo el siguiente procedimiento: el paciente se sentaba en el sillón de relajación, se evaluaba su nivel de ansiedad/malestar antes de practicar la escena en una escala de 0 a 10; se describía la escena y el paciente se la imaginaba lo más vívidamente posible hasta que se le daba la orden de parar; cuando el nivel de ansiedad sobrepasaba en un punto o más el nivel basal tenía que levantar el dedo manteniéndolo hasta que la ansiedad volviera al nivel basal; y por último se dejaba que el paciente continuara imaginando la escena hasta 60 segundos después de haber disminuido su ansiedad. Cada escena se practicó dos veces en sesión y como tarea entre sesiones se entregaba la escena por escrito y el paciente debía grabarla en audio y escucharla una vez al día. Cuando se terminó con la exposición en imaginación, se le pedía al paciente como tarea para casa completar un autorregistro en el que anotaba el nivel de ansiedad (0-10) que le provocaban los ítems de la jerarquía en situaciones reales.

Tabla 2. Ítems de la jerarquía de exposición en imaginación a preocupaciones

1. La madre va a comprar y gasta mucho dinero en regalos para la familia
2. La madre empeora de las piernas y se queda en silla de ruedas
3. La madre se quema con aceite mientras está cocinando
4. La madre se ha resbala y se cae por la calle
5. La madre se cae en la ducha
6. La madre tiene un accidente con el coche

En cuanto a la planificación de actividades agradables, en la sesión 5 se analizaron las actividades placenteras pasadas, presentes y futuras. Y se encontró que en ese momento no realizaba muchas actividades agradables, pues solo jugaba al trivial. Sin embargo, antes sí realizaba más actividades: montaba en bicicleta, salía a andar con música, quedaba con sus

hermanas o amigos para tomar café o para cenar, entre otras cosas. En la sexta sesión, al detectar que el paciente presentaba dificultades para planificar actividades gratificantes se le facilitó un listado de potenciales actividades agradables para que seleccionara aquellas que le parecieran interesantes y fueran fáciles para llevarlas a la práctica. Desde la sesión 5, a lo largo de las sesiones se fueron planificando actividades gratificantes que el paciente realizaba como tareas para casa. En ocasiones, la actividad nueva era el aumento de la frecuencia de una actividad que ya se estaba practicando y más adelante incluso se incluyeron como actividades gratificantes a realizar las actividades relacionadas con la planificación del tiempo y las habilidades sociales. De forma general, se iba incorporando una actividad por sesión (Tabla 3).

Por otro lado, el entrenamiento en hábitos y técnicas de estudio se introdujo en la sesión 7, pues se vio conveniente debido a que se aproximaban los exámenes y el paciente presentaba dificultades para estudiar. Por tanto, la sesión 7, que se iba destinar al entrenamiento de exposición en la imaginación del ítem, se aprovechó para realizar una evaluación de los hábitos de estudio del paciente y para comentar qué son buenos hábitos de estudio. Así, se encontró que el paciente no se planificaba el tiempo, ni tampoco se establecía objetivos, y que, además, su técnica de estudio era leer muchas veces el temario sin darle mucha importancia a la comprensión de los contenidos. Por lo tanto, en esta sesión también se explicaron dos estrategias de planificación del tiempo (González, 2010). La primera estrategia consiste en un horario semanal dividido en segmentos de una hora, para conseguir una planificación a corto plazo (semanal). Mientras que la segunda estrategia, tiene como objetivo la planificación a largo plazo y consiste en un calendario tipo póster en el que pueden colocarse los exámenes y/o trabajos más importantes, para posteriormente dividirlos en pequeñas tareas que puedan distribuirse en varios días y así conseguir un buen control del tiempo. Como tarea para casa se le pedía cada semana realizar un horario semanal colocando las actividades que tenía que realizar priorizando las que eran más importantes y urgentes. También, se le pedía tener un calendario visual donde se pudieran observar los exámenes y trabajos importantes (Tabla 3). En la siguiente sesión, se explicó al paciente el método de estudio de Robinson o EPL2R (Mayo, 1981). Para ello, se describieron con detalle las cinco fases del método (explorar, preguntar, leer, recitar y repasar) y mediante ejemplos se aclararon las dudas sobre cómo aplicarlo. Como tarea para casa se pedía fijarse objetivos de estudio específicos siguiendo el método aprendido.

Otro componente esporádico de la intervención fue el entrenamiento en toma de decisiones. En un primer momento tuvo que decidir si retirar la denuncia que había puesto a sus vecinos, ya que esta situación le estaba generando mucha ansiedad y preocupación. Para ello, se realizó

una lista de ventajas y desventajas de continuar con la denuncia y de retirar la denuncia. Finalmente, el paciente decidió junto a su familia terminar con el procedimiento judicial (renunciando a ejercer acciones judiciales contra los vecinos) para así evitar más conflictos y acabar con las preocupaciones relacionadas con las consecuencias de la denuncia y sentirse más tranquilos. Por su parte, tras las vacaciones de Navidad, a pesar de que el paciente se encontraba más tranquilo tras solucionar el conflicto vecinal, reconoció que el ambiente en casa no le ayudaba, pues había muchos ruidos que le impedían concentrarse. Por lo tanto, se sugirió valorar la posibilidad de irse a un piso de estudiantes cerca de la Universidad. Para ello, se volvió a realizar el ejercicio de toma de decisiones, enumerando las ventajas y desventajas de irse a un piso y de quedarse en casa. Los resultados revelaron que era más ventajoso mudarse a un piso, por lo que el paciente decidió hablarlo con su madre, pues no quería dejarla sola por miedo a que le generara tristeza, ya que era muy importante para él porque lo había ayudado mucho. En la sesión 8, el paciente se encontraba más calmado, pues había visitado varios pisos y estaba muy contento, aunque a veces le daba demasiadas vueltas pensando en si encontrará un piso con compañeros que fuesen amigables. Sin embargo, en la sesión 9 el paciente llegó muy contento pues ya había encontrado piso y había conocido a algunos compañeros que parecían simpáticos. En la sesión 10 el paciente ya se había mudado al nuevo piso. Se sentía muy bien porque lo habían acogido amablemente y consiguió el silencio que buscaba y el ambiente de estudio.

La última fase de intervención consistió en un entrenamiento en habilidades sociales. Para ello, en la sesión 19, se realizó una introducción al concepto de asertividad y habilidades sociales. Asimismo, se acordó el orden en el que se iban a trabajar las áreas problemáticas encontradas en el AI. Para ello, se tuvo en cuenta el nivel de dificultad que suponía para el paciente enfrentarse ese tipo de situaciones. Finalmente, el orden que se estableció fue el siguiente: expresar opiniones, iniciar y mantener conversaciones, hacer y recibir críticas, y hacer y rechazar peticiones. De la sesión 19 a la 23, procedimiento fue el mismo. En primer lugar, se realizaba una breve psicoeducación de la habilidad que se iba a entrenar (en qué consiste la misma, qué utilidad tiene). A continuación, se evaluaba como lo solía practicar el paciente. Y posteriormente, se presentaban unas instrucciones, en las que se describía de forma precisa de la conducta a realizar. Posteriormente, se practicaban ejemplos en sesión planteando situaciones sociales específicas y exponiendo un ejercicio de modelado que realizaba la terapeuta. Por último, como tarea para casa se acordaba con el paciente llevar a la práctica la habilidad social aprendida en sesión. Cada exposición del paciente comentaba en la siguiente

sesión para ofrecerle retroalimentación (cómo había sido la actuación del paciente, para aclarar dudas y reforzar la práctica). Sin embargo, no fue posible realizar muchos ejercicios de exposición debido al estado de alarma.

Tabla 3. Cronograma de sesiones de evaluación y tratamiento

Sesión	Contenidos	Tareas para casa
1ª Motivo de consulta y recogida de información	-Presentación, consentimiento informado. -Entrevista semi-estructurada: antecedentes, hº del problema, problemas actuales, etc.	
2ª Recogida de información y evaluación	-Continuación de la entrevista semi-estructurada. -Administración de pruebas psicométricas: PSWQ-11, IUS	
3ª Evaluación	-Administración de pruebas psicométricas: BDI-II y AI	
4ª Devolución de la información	-Explicación del análisis funcional -Psicoeducación (concepto de ansiedad, triple sistema de respuesta). -Ejercicio paradójico del elefante rosa (Wegner, 1984). -Establecimiento de objetivos terapéuticos y técnicas de intervención.	
5ª Entrenamiento en relajación progresiva muscular (RPM); planificación de actividades agradables (AG); y exposición en imaginación (EI)	-Evaluación de la práctica de RPM con el CD <i>Procedimientos de Relajación</i> (González, 1992) -Introducción a la relajación progresiva muscular (en qué consiste, cuáles son sus beneficios, etc) -Evaluación de actividades agradables pasadas, presentes y futuras.	-Practicar RPM con el CD <i>Procedimientos de Relajación</i> (González, 1992) -Salir a andar dos días a la semana durante 20-30 minutos

	-Introducción a la exposición en imaginación (qué es, en qué consiste, etc) (Barlow, 1988).	
6ª RPM; AG; y EL.	-Exposición en imaginación: evaluación de la capacidad de imaginación -Entrenamiento en relajación muscular (tensión-distensión): mano y antebrazo dominantes, mano y antebrazo no dominantes, frente, parte superior de las mejillas, nariz, mandíbula, cuello, pecho, hombros, espalda, abdomen, pierna y muslo dominantes, pierna y muslo no dominantes, pie dominante y pie no dominante.	-Señalar en un listado de actividades las que le parecen interesantes. -Salir a andar 3 días a la semana durante 20-30 minutos -Practicar RPM y rellenar autorregistro
7ª Entrenamiento en toma de decisiones y hábitos de estudio	- Entrenamiento en la habilidad para tomar decisiones (D'Zurilla, 1971): valorando las ventajas y las desventajas de ambas alternativas (decidir si retirar la denuncia a los vecinos o continuar) - Evaluación de hábitos de estudio del paciente y psicoeducación en buenos hábitos de estudio (lugar, horarios, iluminación, etc) - Estrategias para la planificación del tiempo a corto plazo (horario semanal) y a largo plazo (calendario)	- Autorregistro de actividades agradables: Ir al centro comercial con la madre -Tomar decisión -Realizar un horario semanal de actividades -Realizar un calendario con los exámenes -Practicar RPM y rellenar autorregistro
8ª Técnicas de estudio y planificación del tiempo.	-Resolver dudas sobre las estrategias de planificación del tiempo. -Explicar como priorizar tareas importantes (escribiendo una lista) - Técnica de estudio de Robinson (Mayo, 1981)	<b>Tareas para navidad (enviadas por correo electrónico):</b> -Practicar RPM y rellenar autorregistro

	-Fijar tareas para las vacaciones	- Autorregistro de actividades agradables: ordenar habitación. -Aplicar técnica de estudio para estudiar los exámenes - Realizar un horario semanal de actividades
9ª Toma de decisiones.	-Evaluación de las vacaciones -Entrenamiento en la habilidad para tomar decisiones (D'Zurilla, 1971): decidir si irse a un piso de alquiler o quedarse en casa de su madre.	-Practicar RPM y rellenar autorregistro -Autorregistro de actividades agradables: ir al campo del domingo -Tomar decisión con la familia
10ª Planificación del tiempo de estudio y aplicación de la técnica de Robinson	-Ha tomado la decisión de mudarse a un piso -Establecimiento de objetivos concretos para el estudio de cada uno de los temas de cada una de las asignaturas basados en la técnica de Robinson	-Practicar RPM y rellenar autorregistro -Autorregistro de actividades agradables: buscar piso
11ª EI	-Recordar en qué consiste la exposición en imaginación (para realizarlo de la forma correcta es necesario pasarlo mal, ya que se van a imaginar escenas que le provocan ansiedad) -Exposición en imaginación (item 1)	- Practicar RPM y rellenar autorregistro -Autorregistro de actividades agradables: comprar una maleta -Autorregistro de exposicion (item 1)
12ª EI, RPM (por evocación)	-En esta sesión el paciente ya ha encontrado piso, por lo que se encuentra mucho mejor y más contento.	- Practicar RPM y rellenar autorregistro -Autorregistro de actividades agradables: ir al centro comercial

	-Entrenamiento en relajación muscular (por evocación): se le pide al paciente directamente que note las sensaciones de relajación sin necesidad de tensar -Exposición en imaginación (item 2)	-Autorregistro de exposición (item 2)
13ª EI, RPM (por evocación)	-Revisión de tareas y comentarios sobre técnicas de estudio - Exposición en imaginación (item 3)	- Practicar RPM y rellenar autorregistro - Realizar un horario semanal de actividades -Autorregistro de actividades agradables: jugar al baloncesto con compañeros de clase -Autorregistro de exposición (item 3)
14ª EI	-Revisión de tareas y comentarios sobre técnicas de estudio -Exposición en imaginación (item 4)	- Autorregistro RPM - Realizar un horario semanal -Autorregistro de actividades agradables: planificación estudio -Autorregistro de exposición (item 4)
15ª EI	Entrenamiento en relajación muscular (por evocación) Exposición en imaginación (item 5)	-Autorregistro RPM - Realizar un horario semanal -Autorregistro de actividades agradables: planificación estudio -Autorregistro de exposición (item 5)
16ª EI	- Revisión de tareas y comentarios sobre técnicas de estudio - Exposición en imaginación (item 6)	Autorregistro RPM - Realizar un horario semanal

		-Autorregistro de actividades agradables: planificación estudio -Autorregistro de exposición (item 4)
17ª Asertividad y habilidades sociales (HHSS)	Introducción a las habilidades sociales (estilos comunicativos, que son las HHSS)	-Autorregistro RPM - Realizar un horario semanal -Autorregistro de actividades agradables: dar un regalo a la madre
18ª Asertividad y HHSS	-Entrenamiento en la habilidad para expresar opiniones	-Autorregistro RPM -Autorregistro de actividades agradables: videollamada con amigos -Expresarle al casero que sería justo devolverle la fianza
19ª Asertividad y HHSS	- Entrenamiento en la habilidad para iniciar y mantener conversaciones	-Iniciar conversación con alguien en el supermercado -Autorregistro RPM
20ª Asertividad y HHSS	-Entrenamiento en la habilidad para hacer y recibir críticas	-Hacer crítica a la madre -Autorregistro RPM
21ª Asertividad y HHSS	- Entrenamiento en la habilidad para hacer y rechazar peticiones	-Pedirle a su hermana que los nietos llamen a la abuela -Rechazar una videollamada con amigos - Autorregistro RPM
22ª Evaluación de logros	-Entrenamiento en relajación progresiva (por evocación y recuento) -Resolución de dudas y repaso de lo entrenado -Evaluación por parte del paciente de los logros alcanzados.	

---

23ª Repaso sesiones	Post-evaluación	Aplicación de cuestionarios: IUS, PSWQ-11, AI, BDI-II
---------------------	-----------------	---

---

## 8. Resultados de la intervención

Tras finalizar el programa de intervención, se realizó una sesión de post-evaluación con el fin de comprobar si el tratamiento había sido efectivo cumpliendo con los objetivos propuestos. Para ello, se aplicaron nuevamente las mismas pruebas psicométricas utilizadas en la fase de evaluación.

En la Tabla 4 se presentan los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados en la fase de pre-tratamiento y post-tratamiento. Tal y como puede observarse, la puntuación en el cuestionario PSWQ-11 reflejó una disminución en la tendencia a preocuparse del paciente, pasando de una puntuación de 44, que reflejaba un nivel alto de preocupación, a una puntuación de 33 en el post-tratamiento, que se encuentra dentro de los límites de normalidad. Por su parte, la puntuación en el IUS reveló que las respuestas a la incertidumbre continuaban siendo disfuncionales ya que superaban el punto de corte establecido en 69. Sin embargo, el paciente obtuvo una puntuación en la post-evaluación de 71, frente a una puntuación previa de 100, lo que indicó gran mejoría en la tolerancia a la incertidumbre. Respecto a la sintomatología depresiva, en el BDI-II, la puntuación fue de 17 puntos frente a una puntuación previa de 27, pasando de una sintomatología depresiva moderada a una sintomatología leve. Y en relación con las habilidades sociales, en el AI las puntuaciones en el post-tratamiento fueron de 75 en grado de malestar o ansiedad y de 101 en probabilidad de respuesta, frente a unas puntuaciones previas de 83 y 133 respectivamente. Los resultados revelaron mejoría en habilidades sociales, pues el paciente pasó de ser una persona “*Despreocupada*” (no se comporta de forma asertiva y tampoco presenta malestar por ello) a una persona “*Asertiva*” (se comporta de forma asertiva y no manifiesta ansiedad por ello). Asimismo, en relación con las áreas mejorables, se observó una puntuación más baja en la escala de probabilidad de respuesta, lo que reveló un aumento de la conducta asertiva en las áreas que se habían trabajado (iniciar contactos sociales, hacer y recibir críticas; y hacer y rechazar peticiones).

Tabla 4. Resultados de los cuestionarios de la pre-intervención y la post-intervención

<b>Cuestionarios</b>	<b>Rango</b>	<b>Punto de corte</b>	<b>Pre</b>	<b>Post</b>
PSWQ-11	11-55	39	<b>44</b>	<b>33</b>
IUS	27-135	69	<b>100</b>	<b>71</b>
BDI-II	0-63	0- 14 ( <i>leve</i> ) 19 ( <i>moderada</i> ) 28 ( <i>grave</i> )	<b>27</b>	<b>10</b>
Malestar AI	40-200	95	<b>83</b>	<b>75</b>
Probabilidad de respuesta AI	40-200	104	<b>133</b>	<b>101</b>

De acuerdo con los autorregistros de relajación progresiva muscular, el nivel de tensión se fue reduciendo a lo largo de las sesiones tanto al inicio como tras la práctica de los ejercicios de relajación. En la Tabla 5 aparece la media de los valores obtenidos en el nivel de malestar/tensión antes y después de practicar la relajación en una escala 0-10.

En relación con la exposición en imaginación, los autorregistros demostraron como las preocupaciones relacionadas con la madre cada vez iban generando menor ansiedad/ malestar. Posteriormente, se pudo observar mediante el autorregistro de exposición a situaciones reales que ante las situaciones generadoras de preocupaciones, el nivel de ansiedad ya no sobrepasaba el nivel basal de ansiedad (manteniéndose en 4,5 o 5).

Tabla 5. Puntuaciones medias según el autorregistro de Relajación Progresiva Muscular

<b>Nivel de malestar/tensión</b>	<b>Sesiones 4<sup>a</sup>-7<sup>a</sup></b>	<b>Sesiones 8<sup>a</sup>-23<sup>a</sup></b>
Antes de realizar los ejercicios de relajación (0-10)	7	5,5
Después de realizar los ejercicios (0-10)	5	4

## 9. Conclusiones

El tratamiento resultó eficaz para lograr la mayoría de los objetivos planteados. Esto va en la línea de la evidencia científica que demuestra que la terapia cognitivo conductual (TCC) es la que actualmente dispone de mayor evidencia científica para el tratamiento del TAG (Carpenter et al., 2018; Kaczurkin y Foa, 2015). En primer lugar, la exposición en imaginación permitió reducir la frecuencia, duración e intensidad de las preocupaciones relacionadas con la madre. Por otro lado, la práctica de la relajación progresiva muscular hizo posible disminuir los síntomas fisiológicos relacionados con la ansiedad, al verse disminuidos los niveles de ansiedad basal. En cuanto al estado de ánimo, se puede concluir que la planificación de actividades agradables fue efectiva para mejorar el estado de ánimo del paciente. Por su parte, el entrenamiento en habilidades sociales también mejoró las habilidades sociales del paciente. En cuanto a las técnicas de planificación del tiempo junto con la técnica de estudio de Robinson, a pesar de que mejoraron las estrategias de estudio del paciente, no lograron que obtuviera buenos resultados académicos.

Entre las dificultades del tratamiento encontramos que hubo momentos en los que se interrumpió la intervención por circunstancias externas o por situaciones estresantes que iban apareciendo durante las sesiones y hacían difícil continuar con el tratamiento (a veces por el aumento de la ansiedad basal del paciente). Asimismo, la declaración del estado de alarma provocó la paralización de las sesiones, que no pudieron retomarse hasta un mes más tarde, ya que el paciente tuvo problemas para conectarse a internet en las video conferencias. Por otro lado, al inicio del tratamiento hubo días que el paciente no realizaba de forma íntegra las actividades que se iban proponiendo. Por ejemplo, cuando tuvo lugar el conflicto vecinal no salió a andar y hubo días que no realizó la relajación.

Por tanto, tal y como muestran los resultados obtenidos en el pre-tratamiento y en el post-tratamiento, se puede confirmar que las técnicas-cognitivo conductuales tienen efectos en el tratamiento del TAG. Sin embargo, no se puede demostrar si el cambio terapéutico fue clínicamente significativo, debido a la ausencia de análisis estadísticos de los datos.

## Bibliografía

- Álvaro-Brun, E., & Vegue-González, M. (2008). Validez del Cuestionario International Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10(2), 12-17.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington. (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. Revised) (DSM-III-R)*. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Bados, A. (2009). *Trastorno de Ansiedad Generalizada: naturaleza, evaluación y tratamiento* [Mo-nografía]. Universidad de Barcelona. Handle: <http://hdl.handle.net/2445/6322>
- Bados, A. (2017). Trastorno de ansiedad generalizada: Naturaleza, evaluación y tratamiento.
- Barlow, D. H. y Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. Nueva York: Guilford
- Basile, S., Carrasco, M. Á., & Martorell, J. L. (2015). Preocupaciones excesivas en la adolescencia: descripción, evaluación y tratamiento de un caso de ansiedad generalizada. *Clínica y Salud*, 26(3), 121-129.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). BDI–II. Beck Depression Inventory–second edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation
- Blanchard, J.J. y Brown, S.B. (1998). Structured Diagnostic Interview Schedules. En C.R. Reynolds (dir.), *Assessment* (A.S. Bellack y M. Hersen, *Comprehensive Clinical Psychology*, vol. 4, pp. 97-130). Amsterdam: Elsevier Science.
- Camuñas, N., Mavrou, I., & Miguel-Tobal, J. J. (2019). Ansiedad y tristeza-depresión: Una aproximación desde la teoría de la indefensión-desesperanza. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(1), 19-28.
- Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*. 2018;35(6):502-14.

- Carrasco, I., Clemente, M., y Llavona, L. (1989). Análisis del Inventario de aserción de Gambrill y Richey. *Estudios de Psicología*, 37, 63-74.
- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry: Client workbook* (2ª ed.). Londres: Oxford University Press.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78(1), 107.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J. y Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Gambrill, E. & Richey, C. (1975). An Assertion Inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*. 6, 550-561.
- Garay, C. J., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G., & Koutsovitis, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- González, F. P., & García-Ros, R. (2010). *Gestión del tiempo para estudiantes: pon el tiempo en su sitio*. Universitat de València, Facultat de Psicologia.
- González, J. F. (1992). *Procedimientos de relajación:(método auditivo)*. EOS.
- González, M., Cubas, R., Rovella, A.T. y Darias, M. (2006b). Adaptación española de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre: Procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, 16, 219-233
- Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 337.
- Langarita Llorente, R., & Gracia García, P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 59(67), 2018371.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., ... & Jacobsberg, L. B. (1994). The international personality disorder examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 215-224.

- Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L., & Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *eNeurobiología*, *10*(24), NA-NA.
- Marrero, R. R., & del Rivero, E. D. P. F. (2019). Trastornos de ansiedad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *12*(84), 4911-4917
- San Narciso, G. I., Gutiérrez, E., Saiz, P. A., González, M. R., & Bobes, J. (2000). Evaluación de trastornos de la personalidad en pacientes heroínómanos mediante el International Personality Disorders Examination (IPDE). *Adicciones*, *12*(1), 43-56.
- Olive, Y. C., Gómez, O. M., & Lio-Coo, V. T. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, *49*(1), 71-85.
- Orozco, W. N., & Baldares, M. J. V. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*, *69*(604), 497-507.
- 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.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1995). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 81-112). Madrid: McGraw-Hill.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*, *16*, 121-142.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.
- Pérez Álvarez, M., & García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, *13*(3), 493-510.
- Echeburua, E., Salaberria K., de Corral P., Cenea R., Berarasategui T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*. *26*, 509-535.

- Echeburua, E., Salaberria K., de Corral P., Cenea R., Berarasategui T. (2006). Treatment of mixed anxiety-depression disorder: long-term outcome. *Behav Cogn Psychother.* 34, 95-101.
- Mayo, W. J. (1981). *Cómo leer, estudiar y memorizar rápidamente*. Bogotá: Círculo de lectores.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52.

## **Anexo I. Cuestionario de Evaluación Inicial.**

Por favor, conteste a las siguientes preguntas. Recuerde que la información que incluya en este documento es absolutamente confidencial. Una vez cumplimentado el cuestionario, envíelo por correo a la dirección del Gabinete de Psicología ([gpsicologia@ujaen.es](mailto:gpsicologia@ujaen.es)), para que su petición de ayuda pueda ser registrada. Lo más pronto que sea posible, una persona del gabinete contactará con usted para informarle sobre el estado de su petición.

### **Datos demográficos**

Nombre y Apellidos:

Edad:

Categoría en la Universidad:

ESTUDIANTE

PDI

PAS

Número de teléfono:

Dirección de correo:

DNI:

1.- Señale si desea participar en alguna de las actividades de asistencia grupal que suelen llevarse a cabo en el Gabinete de Psicología:

- Reducción del miedo a hablar en público.

- Autoestima y habilidades sociales.
- Reducción de la ansiedad ante los exámenes.
- Entrenamiento en conciencia emocional y regulación de las emociones.

### **Datos clínicos**

2.- Si ha solicitado atención individual, indique de forma aproximada el motivo por el que solicita dicha ayuda (escriba cuanta información considere necesaria para que podamos conocer su problema). Indique cuáles son los síntomas que experimenta, la intensidad y la frecuencia.

3.- Indique desde cuando tiene el problema.

4.- Indique si recibe o ha recibido tratamiento psicológico por ese problema

5.- Indique el grado de interferencia del problema en su vida diaria

6.- Indique su disponibilidad para acudir al Gabinete de Psicología, de la forma más precisa posible.

7.- Indique las razones por las que decidió acudir al Gabinete de Psicología.

Los datos que se necesitan resultar necesarios, de manera que, de no facilitarlos, no será posible su asistencia. En este sentido, usted consiente expresamente la recogida y el tratamiento de los mismos para la citada finalidad.

En todo caso, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén ([gpsicologia@ujaen.es](mailto:gpsicologia@ujaen.es)), sito en Paraje de Las Lagunillas, s/n de Jaén.

## Anexo II. Evaluación de ética y consentimiento informado.

### COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN HUMANA

#### SOLICITUD DE INFORME DE TRABAJO FIN DE MÁSTER

#### IMPRESO PARA PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN CON HUMANOS

<b>Máster:</b>		
<b>Director:</b>	<b>Telf:</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Área:</b>	<b>Departamento:</b>	
<b>Título del trabajo:</b>		

#### RESPUESTA A REQUERIMIENTOS-ALEGACIONES

Si se trata de contestación a un requerimiento del Comité de Ética sobre una solicitud en curso o de alegaciones a la misma,

**Indicar el código o referencia:**

#### INDICAR A QUÉ COMITÉS SE SOLICITAN INFORMES

**Investigación en humanos, muestras de origen humano o datos personales**

Deberá completar y enviar solicitud al comité CEIH

**Investigación con animales de experimentación o muestras de origen animal**

Deberá completar y enviar solicitud al comité CEEA

**Investigación en la que se utilizan OMGs y/o agentes biológicos**

Deberá completar y enviar solicitud al comité CEIOMGAB

## 1. TIPO DE PROCEDIMIENTO

*Se considera un procedimiento con humanos al trabajo que se realiza con una persona, sus muestras (tejidos, sangre, fluidos) o sus datos.*

Intervenciones con seres humanos	Entrevistas, encuestas, test o similares
	Estudio Clínico
	Obtención no invasiva de muestras
	Obtención invasiva de muestras
	Otras. Especificar
Utilización de muestras de origen humano	Embriones y fetos humanos, sus células, tejidos u órganos
	Análisis genéticos
	Muestras biológicas no embrionarias o fetales
Utilización de datos de carácter personal	Recogidos en intervención directa con la persona
	Recogidos de forma indirecta (historias clínicas, expedientes académicos, etc)

## 2. METODOLOGÍA

### 2.1. Metodología y diseño

Descripción resumida del **protocolo**:

### 2.2. Lugar en el que se realizará el procedimiento

## 2.2. Origen y destino de las muestras o datos personales

--

## 3. ASPECTOS ÉTICOS

### 3.1. Ponderación beneficios/riesgos

- Describir cualquier tipo de riesgo o molestia que pueda derivarse de la intervención y la previsión en caso de acontecimientos adversos.
- Justificar la no existencia de procedimientos alternativos de interés comparable.

--

### 3.2. Selección de sujetos

#### 3.2.1. ¿Participan como sujetos de estudio estudiantes de la UJA?

NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>

Justificar:

#### 3.2.2. ¿Participan personas especialmente vulnerables (menores, incapacitados, personas con trastornos mentales, etc)?

NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>

Justificar:

#### 3.2.3. Justificar la elección de los sujetos de estudio y los criterios y proceso de selección.

--

### 3.3. Consentimiento informado y derecho a la información

- Deberá adjuntarse hoja informativa y modelo de consentimiento informado a utilizar (Ver Anexo I).

**3.4. ¿Se ofrecen incentivos o compensaciones por la participación?**

<b>NO</b>		
<b>SI</b>		<b>Especificar su naturaleza y cuantía</b>

**3.5. Protección de datos personales**

**3.5.1. Indicar las medidas de seguridad a adoptar para garantizar la protección de datos y el deber de confidencialidad**

--

**3.5.2. Personas con acceso a los datos**

Apellidos y nombre
--------------------

**3.5.3. ¿Se prevé la cesión a terceros de los datos?**

<b>NO</b>		
<b>SI</b>		<b>Especificar las medidas de protección</b>

#### 4. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

4.1. ¿Algún procedimiento requiere medidas de seguridad especiales? (Exposición a agentes biológicos, sustancias citotóxicas o radiactivas, etc)

NO		Especificar las medidas de seguridad
SI		

**La persona abajo firmante informa:**

1. Que no existen alternativas razonables que no supongan el empleo de humanos o muestras de origen humano.
2. Que asume que el informe del Comité de Bioética se referirá únicamente a los procedimientos recogidos en este impreso, por lo que cualquier modificación será responsabilidad exclusiva del solicitante.

**Firma Tutor**

**Firma Alumno**

*Nombre y Apellidos*

*Nombre y apellidos*