



**Universidad
Europea** MADRID

Un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Ataques de Pánico

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a

Tutor/a

Ana Carretero Rodríguez

Maria José Pérez Fdez - Manchón

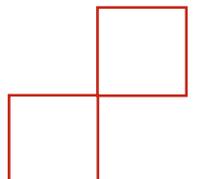
Sandra Fernández Ramos

Fecha de realización del trabajo: 28 de febrero de 2022

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

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid

universidadeuropea.com





RESUMEN	4
ABSTRACT	4
1 INTRODUCCIÓN	5
1.1. Contextualización de la ansiedad	5
1.2. Criterios diagnósticos.....	6
1.2.1. Trastorno de ansiedad generalizada	6
1.2.2. Ataque de pánico	7
1.3. Datos epidemiológicos.....	8
1.4. Modelos teóricos	9
1.5. Tratamientos disponibles con apoyo empírico.....	11
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA	14
3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN	15
4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO	20
4.1. Descripción detallada del problema	20
4.2. Análisis funcional del problema.....	21
4.2.1. Hipótesis de origen	23
4.2.2. Hipótesis de mantenimiento.....	23
4.3. Resultado pruebas evaluación.....	25
4.4. Definición operativa de las conductas susceptibles de cambiar, eliminar o implantar	27
5. TRATAMIENTO	28
5.1. Seguimiento del tratamiento.....	34
6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO	36
6.1. Dificultades en el tratamiento	39
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	40
7.1. Discusión	40
7.2. Conclusiones	44
8. REFERENCIAS	46
9. ANEXOS	51

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Análisis funcional de la conducta problema	22
Figura 1: Secuencia funcional hipótesis de mantenimiento.....	25
Tabla 2: Plan de tratamiento: Objetivos y técnicas	27
Tabla 3: Resumen del contenido de las sesiones realizadas	29
Tabla 4: Propuesta de seguimiento del tratamiento.....	35
Tabla 5: Comparación medidas pre y post test ISRA.....	38

RESUMEN

Este estudio presenta el caso clínico de una mujer de 31 años de edad. Su sintomatología, tras realizar un proceso de evaluación, es compatible con un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), según criterios DSM-5. El TAG se caracteriza por una preocupación excesiva, persistente e incontrolable, que provoca niveles elevados de ansiedad y de malestar emocional. La paciente acude por primera vez a terapia en octubre de 2021 refiriendo, además, haber sufrido ataques de pánico. Tomando como referencia el Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MIU), se detalla el proceso de intervención terapéutica que se está llevando a cabo utilizando diferentes técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). La terapia actualmente está en curso, habiéndose realizado hasta el momento 10 sesiones de una hora de duración. Se aprecian mejoras significativas en la consecución de sus objetivos terapéuticos y se estima un pronóstico en función de la programación de las siguientes sesiones.

Palabras clave; Trastorno de Ansiedad Generalizada, Ataques de Pánico, Terapia Cognitivo Conductual, Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre.

ABSTRACT

This study presents the clinical case of a 31 years old woman. Her symptoms, after carrying out an evaluation process, are compatible with a diagnosis of Generalized Anxiety Disorder (GAD), according to DSM-5 criteria. GAD is characterized by excessive, persistent and uncontrollable worry, which causes high levels of anxiety and emotional distress. The patient goes to therapy for the first time in October 2021, also referring to having suffered panic attacks. Taking as a reference the Model of Intolerance to Uncertainty (MIU), the process of therapeutic intervention that is being carried out using different techniques of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is detailed. The therapy is currently ongoing, having carried out 10 one-hour sessions so far. Significant improvements in its process are appreciated and a prognosis is estimated based on the programming of the following sessions.

Keywords; Generalized Anxiety Disorder, Panic Attacks, Cognitive Behavioural Therapy, Uncertainty Intolerance Model.

1 INTRODUCCIÓN

1.1. Contextualización de la ansiedad

La ansiedad es una emoción habitualmente útil y saludable, en dosis adecuadas es una respuesta adaptativa que facilita a las personas el poder predecir y afrontar un peligro potencial (Clark y Beck, 2016). Sin embargo, cuando una persona siente niveles desproporcionados de ansiedad con frecuencia, podría convertirse en un trastorno muy invalidante para la vida diaria.

Desde hace siglos se han desarrollado numerosas investigaciones para tratar de comprender cómo funciona, aunque uno de los inconvenientes principales con lo que se han encontrado ha sido la confusión entre diferentes conceptos relacionados con la ansiedad, que en múltiples ocasiones se han tomado como similares.

Tomando como referencia el artículo de Sierra y colaboradores (2003) los términos que más tienden a confundirse con la ansiedad son los de estrés y angustia, de hecho, en la actualidad en ocasiones se usan indistintamente. Estos autores los aclaran de la siguiente manera:

- La angustia sería un miedo al futuro, una amenaza a la existencia del individuo, a sus valores morales y a su integridad tanto física como psicológica.
- El estrés debe tomarse como el resultado de la incapacidad del individuo frente a las demandas del ambiente.
- La ansiedad es la reacción emocional ante una en el presente que se manifiesta a niveles cognitivo, fisiológico, motor y emocional.

Los autores Cano- Vindel y Tobal (1999) indican que la ansiedad es la forma **de expresar a nivel cognitivo** (por ejemplo tener pensamientos de contenido amenazante), **fisiológico** (sensaciones internas como taquicardia, sudoración, parestesias, tensión muscular, sequedad de boca...) **y motor** (tendencia a evitar, huir o escapar, buscar ayuda y hacer cualquier cosa que pueda liberar a la persona del "peligro percibido" como por ejemplo cuando algunas personas evitan salir de casa, tomar cafeína...) las sensaciones que

produce un estímulo o una situación que se evalúa como una amenaza, independientemente de que de forma objetiva se pueda considerar que es una amenaza. Para tratar de reducir las consecuencias negativas que pueden surgir a raíz de la misma, la persona se pone en alerta y surge la ansiedad.

Podemos afirmar que la ansiedad llega a ser un trastorno patológico cuando hay un exceso en la intensidad y en la frecuencia de estas respuestas de ansiedad, o también porque esas respuestas no están adaptadas a la situación que las ha producido (Franco Chóez et al.,2021).

1.2. Criterios diagnósticos

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 (APA, 2013) existen diferentes subtipos de ansiedad que se agrupan bajo el denominador “Trastornos de Ansiedad” (TA). Algunos ejemplos serían: Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), trastorno de crisis de angustia, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad por separación o mutismo selectivo.

Autores tan importantes como Beck (2013) afirman que es importante conocer las diferencias existentes entre los TA, debido a lo que implica en el diseño y aplicación del tratamiento más efectivo.

A continuación, se profundizará en las características del TAG y de los Ataques de Pánico (AP).

1.2.1. Trastorno de ansiedad generalizada

Los criterios diagnósticos del TAG según el DSM 5 (APA, 2013) indican que:

- A. Debe haber una ansiedad y preocupación excesivas y persistentes (mínimo durante 6 meses más de la mitad de los días) sobre una serie de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar.
- B. A la persona le resulta difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres o más de los síntomas:
 - Cansarse o fatigarse con facilidad
 - Dificultades de concentración o quedarse en blanco

- Inquietud
- Tensión muscular
- Irritabilidad
- Perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador)

Añadir que la ansiedad, los síntomas físicos o la preocupación, deben *causar malestar clínicamente significativo o deterioro* en lo laboral, lo social o en otras áreas importantes del funcionamiento, y la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.

La característica principal del TAG es la ansiedad y preocupación excesiva y persistente que provoca niveles desproporcionados de ansiedad y malestar emocional. En este sentido Bados (2017) avisa del riesgo de confundir las preocupaciones en el TAG con las que cualquier persona pueda tener en su vida diaria. Estas últimas no son desmedidas, son menos frecuentes, muestran una intensidad y duración inferior, son más controlables, afectan a menos situaciones o temas, generan menor malestar emocional y síntomas físicos, y por último no producen deterioro en áreas importantes del funcionamiento de la persona.

1.2.2. Ataque de pánico

Es necesario distinguir los Ataques de Pánico (AP) como especificador, del Trastorno de Pánico en sí mismo. Para ello se tomará de nuevo como referencia el DSM 5 (APA, 2013). Según este manual el AP se caracteriza por la presencia puntual (o durante un tiempo) de un malestar intenso o miedo, acompañado como mínimo de cuatro de estos síntomas: palpitaciones, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de dificultad para respirar o de asfixia, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o de “volverse loco” y/o “miedo a morir”.

Se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como en otros trastornos mentales y en algunas afecciones médicas; en este caso sería un especificador.

En el diagnóstico del *Trastorno de Pánico* los AP son inesperados y recurrentes. El AP no se utiliza como especificador, puesto que su presencia se engloba en los criterios para el trastorno.

1.3. Datos epidemiológicos

La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), en su informe de diciembre de 2020 sobre la prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria, muestra que la ansiedad es el problema de salud mental más frecuentemente registrado en España. Aparece en el 88,4‰ de las mujeres y en el 45,2‰ de los hombres tratados en salud mental en atención primaria. Asimismo, este estudio indica que los trastornos de ansiedad son más intensos en mujeres y más frecuentes cuanto menor es la renta.

La prevalencia de TAG varía en función de la población que se analice y los criterios para el diagnóstico que se tomen como referencia. Partiendo de los criterios referenciados del DSM 5 se encuentra un estudio de Ruscio y colaboradores (2017) que analiza la prevalencia del TAG en diversos países, entre ellos España. Los resultados indicaron que el 0,8% de la población lo había sufrido durante el mes en curso, el 1,8% durante el año anterior y el 3,7% en algún momento a lo largo de su vida. Su incidencia es mayor en mujeres, sin empleo y con inferior poder adquisitivo. Se incrementa el riesgo de que aparezca a partir de la adolescencia.

La incidencia se ve afectada por *factores contextuales*. En este sentido Gili y colaboradores (2016), encontraron que en España la crisis económica que ocurrió a partir de 2009 incrementó notablemente la incidencia entre las mujeres (71.3%). Además, el estudio realizado por la Universidad Complutense de Madrid (Valiente et al., 2020), sobre una muestra representativa de la población española para determinar las respuestas psicológicas de los ciudadanos ante la crisis de Covid-19. puso de manifiesto que el 19.6% había dado positivo en una prueba de cribado de trastorno de ansiedad generalizada.

En cuanto a la incidencia de los AP en España los datos más recientes son los de la Encuesta de Salud Mental durante la pandemia, realizada por Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Aunque influenciados por el contexto, muestran que un 15,8% de las personas encuestadas (aproximadamente el 22% de las mujeres

y el 10% de los hombres) indicaron haber sufrido un AP. Además, se detectó un posible Trastorno de Pánico entre el 71,7% de estas personas (CIS, 2021).

1.4. Modelos teóricos

Modelos teóricos de los TAG

Existen múltiples *modelos para explicar el TAG*, algunos son:

- El *Modelo de Evitación de Preocupaciones* (Borkovec y colaboradores, 2004): el concepto nuclear para que surja el TAG es la vulnerabilidad psicológica. Ésta se compone de: percepción de amenaza generalizada (todo es peligroso) y sentirse incapaz de afrontar las amenazas. La vulnerabilidad podría surgir por haber experimentado traumas o situaciones muy estresantes y/o por haber tenido apegos inseguros en la infancia. El TAG se mantiene porque las preocupaciones funcionan como un amortiguador que alivia la amenaza y actúan como un refuerzo negativo.
- El *Modelo basado en la Aceptación del TAG* (Roemer y Orsillo, 2005). Las personas con TAG tienen reacciones negativas hacia sus experiencias internas y están motivados para intentar evitarlas a nivel conductual y cognitivo (por medio de la participación repetida en el proceso de preocupación) promoviendo la evitación experiencial (EE). La EE reduce a corto plazo el malestar causado por la experiencia interna, aunque a largo plazo sirve para reforzar la restricción conductual, dado que se llega a estar menos comprometido en actividades que encuentran valiosas. (Behar et al, 2011)

El modelo que se tomará como referencia, tras evaluar el caso, es el **Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre** (MII; Dugas y Robichaud, 2007). El concepto nuclear que explica que surja el TAG sería la "Intolerancia a la Incertidumbre". Ésta supondría una característica disposicional clave que refleja un conjunto de creencias negativas sobre la incertidumbre y lo que implica, contribuyendo a que las preocupaciones y la ansiedad se incrementen (Bados, 2015). Además, atribuye un papel central a las creencias positivas sobre la utilidad de preocuparse, a la orientación negativa hacia los problemas y a la evitación cognitiva (Burgos y Gómez, 2019).

Las personas con TAG considerarían inaceptable que un evento negativo pueda ocurrir, interpretan las situaciones dudosas como amenazantes, tratando de evitarlas por la frustración y el estrés que les producen.

En resumen, según Burgos y Gómez (2019), se produce un proceso influido por el estado de ánimo y los eventos vitales que favorece:

- Tendencias cognitivas a focalizar la atención en la amenaza: necesitan mucha información antes de tomar una decisión.
- Orientación negativa hacia los problemas: son amenazas y se sienten incapaces de resolverlos.
- Creencia de que las preocupaciones son útiles.
- Utilizar estrategias de evitación: producen un efecto rebote favoreciendo la evitación experiencial.

Modelos teóricos de los AP

En relación a los modelos que explican AP se hará referencia a dos:

- *El Modelo cognitivo de Clark (1988)*: los AP son fruto de la evaluación que se hace de una amenaza externa y de la eficacia de sus propios mecanismos protectores. Las personas con AP presentan ideas catastróficas aun cuando no hay amenaza y existen señales de seguridad. Ante pequeños cambios corporales pueden producirse atribuciones erróneas (muerte, locura) que posteriormente darían lugar a que se produjese un condicionamiento operante (conductas de escape/evitación).
- *El Modelo integrador de Barlow y Durand (2003)* explica fenómenos como el pánico no clínico y no depende de la valoración cognitiva para explicar los AP. Existe una vulnerabilidad biológica (tendencia a estar nervioso o tenso) y una vulnerabilidad psicológica a la ansiedad (sienten el mundo como incontrolable y la incapacidad de afrontarlo cuando las cosas empeoren). Muestra como AP inesperados parecen ser comunes, pero raramente evolucionan a un trastorno y los identifica como ataques “no clínicos”. Las personas que experimentan AP no clínicos no se

preocupan mucho por la posibilidad de volver a experimentarlos. La clave que facilita el desarrollo de un TP es el condicionamiento de la ansiedad focalizada en el próximo AP. Esto ocurre más a menudo en aquellas personas con una vulnerabilidad a realizar estas asociaciones.

1.5. Tratamientos disponibles con apoyo empírico

Existen guías clínicas terapéuticas para la toma de decisiones en el manejo de pacientes con TAG, como la del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE, 2020), la cual recomienda aplicar la intervención psicológica estructurada, reservando el tratamiento farmacológico en los casos de TAG con elevado deterioro funcional.

A continuación, se mencionarán algunos de los tratamientos para el TAG que están científicamente validados.

Tratamientos psicológicos con apoyo empírico

Según Fonseca y colaboradores (2021), los tratamientos psicológicos se muestran efectivos, eficaces y eficientes para abordar los trastornos mentales. Estos autores refieren que existe evidencia que muestra que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es elegida por las principales guías clínicas como el tratamiento de elección para los trastornos de ansiedad. Además, en el caso del TAG, también reseñan que la relajación aplicada y la psicoeducación muestran disponer de respaldo científico. En el caso del Trastorno de Pánico, destacarían la TCC-computerizada, la terapia de autoayuda y la terapia conductual.

La TCC, según Díaz y colaboradoras (2011), centra el tratamiento en la conducta (encubierta o manifiesta) y los procesos que subyacen a nivel emocional, fisiológico, cognitivo y conductual. Para la TCC la conducta es resultado de variables que han influido en la historia de la persona, aunque acepta que otros factores relacionados con lo social y la biología la influyen. Busca un cambio en lo emocional, cognitivo y conductual,

generando conductas adaptativas. Subyace la idea de que modificando como piensa una persona se puede modificar como se siente.

La TCC incluye reestructuración cognitiva, exposición graduada a estímulos ansiógenos (en vivo o imaginado) y entrenamiento en relajación. Bados (2015) seala que los resultados suelen mantenerse a medio y largo plazo, sin embargo, con la farmacoterapia las recaídas y los efectos adversos son frecuentes.

Existen múltiples ejemplos en la bibliografía revisada que muestran que la mayoría de las personas que tienen un Trastorno de Ansiedad, tienen más de uno y además es también frecuente tener al mismo tiempo otros trastornos emocionales (trastornos del estado de ánimo y relacionados). Tomando como referencia a Cassiello-Robbins y colaboradores (2020) se encuentra que un tratamiento transdiagnóstico puede ser comparable con los enfoques tradicionales de la TCC, e incluso ser más eficaces entre las personas con varios diagnósticos emocionales y de ansiedad comórbidos.

Tratamientos farmacológicos

Se pueden encontrar numerosos fármacos eficaces para el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Según indican Buit y colaboradores (2018), las benzodiazepinas se consideraron uno de los mejores tratamientos para el TAG puesto que a corto plazo disminuyen los síntomas. Actualmente, debido a la gran probabilidad de que sea comórbido con un trastorno depresivo, para el tratamiento se escogen primero antidepresivos de alto espectro (Montorio et al., 2011).

Según Katzman y colaboradores (2014) los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina constituyen la primera línea de tratamiento psicofarmacológico para el TAG en adultos. Sin embargo, existen dudas en cuanto a su efectividad y adherencia al tratamiento, y se han propuesto nuevas alternativas como la vortioxetina.

Caso clínico: relevancia e interés

En resumen, la literatura científica recogida en la parte previa del presente trabajo pone de manifiesto que el TAG es un problema que interfiere de forma muy notable en el día a día de las personas que lo sufren. Es necesario seguir aportando investigaciones porque además supone que se incremente la utilización de recursos sanitarios y un importante coste monetario para la sociedad (Bados, 2015).

En base a la literatura revisada, y a lo expuesto anteriormente, se ha considerado importante abordar un estudio de este tipo de trastorno. Teniendo en cuenta la eficacia demostrada de la TCC en los TAG, se ha trabajado con técnicas afines en el caso clínico que se presenta a continuación.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

Se hará referencia a la paciente mediante el nombre ficticio de Silvia para garantizar su anonimato y respetar el código deontológico profesional, según lo que expone la Ley Orgánica de Protección de Datos. Silvia es una mujer de 31 años que actualmente reside en Illescas (Toledo). Ha nacido y habitado en el municipio de Majadahonda hasta los 30 años.

Desde hace 2 años convive con Ernesto (31), su pareja, y no tienen hijos. Ernesto trabaja como economista. Actualmente Silvia está trabajando de forma intermitente haciendo sustituciones en jornada completa en el campo en el que se ha formado, la enfermería.

Refiere acudir por primera vez a terapia porque habitualmente está preocupada por todo, le cuesta tomar decisiones, siente tristeza continua y ganas de llorar permanentes. Además, se siente muy bloqueada, sufre dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño, irritabilidad y tensión muscular.

Hace 6 meses, esos síntomas comenzaron a intensificarse y relata haber sufrido una “crisis nerviosa” acompañada de fuertes sensaciones fisiológicas (opresión en el pecho, sensación de ahogo, elevación de la frecuencia cardíaca, temblores). Según comenta coincide con el traslado de su residencia a otro municipio.

Desde entonces ha tenido varias reacciones similares ante circunstancias que le disgustan, y esto le ha llevado al extremo de generarle una sensación de inseguridad que incluso le dificulta poder decidir dónde hacer la compra. Esta situación, en su opinión, todavía no ha afectado de forma significativa a la esfera laboral, pero sí a la de pareja, estudios, familia y social.

En unos meses debe presentarse a un examen de oposición para consolidar un puesto de trabajo y está preocupada porque su malestar le afecte en sus estudios. No ha acudido a ningún servicio sanitario para abordar la problemática y no toma ningún fármaco.

La familia de origen está formada por padre (Ángel, 71), madre (Berta, 63) y un hermano mayor que ella (Javier, 36) que convive con sus padres. El estatus socioeconómico de esta familia es medio. Considera que

tiene una buena relación con todos. Su hermano discute continuamente con los padres y siente una fuerte presión porque todos acuden a ella para resolver los conflictos.

Con su pareja existe una buena relación, según indica “*no nos gusta discutir*”. Le preocupa que esta situación por la que está pasando les afecte, puesto que refiere que él es “*el pilar en el que se apoya*”.

3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

La evaluación inicial se llevó a cabo durante 3 sesiones, mediante: entrevista abierta, línea de vida, observación conductual y cuestionarios. Se realiza de un modo circular, preguntando en varias sesiones, de modo que se completará cuando finalice el tratamiento.

La *entrevista abierta* ha vertebrado la fase de evaluación inicial y facilitó establecer un vínculo terapéutico, además de una comprensión global de Silvia, ayudando a establecer un diagnóstico.

Se buscaba conocer la etiología del problema y las estructuras de personalidad y características más estables. Se detectaron los principales factores que precipitaron el inicio, curso y variables de mantenimiento del malestar.

Se comenzó con preguntas abiertas (apoyando la narración de Silvia) para establecer las bases de la relación terapéutica. Posteriormente se propusieron preguntas más cerradas, tomando como referencia *el cuestionario autobiográfico* (Anexo 1) elaborado por profesionales de la Consulta Despertares, para no obviar cuestiones fundamentales que permitiesen identificar y abordar situaciones problemáticas.

Parte de la información relevante obtenida en las entrevistas:

- Área familiar: Berta, la madre de Silvia, es ama de casa y sufre de fibromialgia y depresión. Respecto a Ángel, su padre, es ingeniero y sufrió un atraco en la calle cuando ella tenía 11 años; desde ese suceso

padece secuelas físicas (pérdida de la visión por un ojo) y psicológicas (refiere fuertes cambios de humor y un carácter “duro”). La relación entre sus padres es fría; su madre trata de no enfadar a su padre. Silvia afirma llevarlo bien y no discutir con él.

Sus padres no saben nada de su problema para evitar disgustarles; ella nunca les ha dado problemas. Su hermano Javier es filólogo en paro, genera discusiones al tener menos paciencia que Silvia.

- Área laboral/académica: desde hace 2 años encadena sustituciones en hospitales públicos con períodos sin trabajar. Refiere necesitar obtener una plaza propia para evitar esta precariedad laboral y avanzar en su vida. Hace cinco años se presentó a su primera oposición y suspendió. Hace tres, en la segunda oposición, accedió a una bolsa de empleo. Antes de esto había trabajado en clínicas privadas, pero no se sentía valorada. No comparte el ver a los pacientes “*como un negocio*”. Compagina el trabajo con el estudio de su tercera oposición.
- Área sentimental: Comenzó a salir con Ernesto hace seis años. Convive con él desde hace tres. Están reformando el piso que compraron y en el cuál residen. No había tenido parejas duraderas anteriormente. Refiere que Ernesto es una gran persona y el único que puede calmarla. Ernesto está muy preocupado por su estado y ella siente mucha culpa por esto. Cuando él pasa tiempo con sus amigos a Silvia le genera un fuerte malestar, porque piensa que puede cansarse de ella.
- Área social: tiene el mismo grupo de amigas desde los 5 años. Su grupo aumentó con tres compañeras que conoció en la universidad, con las que posteriormente hizo otras formaciones. Sale menos con ellas desde que se declaró la crisis sanitaria COVID 19 y desde que su estado ha empeorado. Tiene amigos comunes con su pareja, pero como tiene que estudiar les ve poco.
- Hobbies: comenzó en un coro con 10 años. Le hacía feliz. Desde que está estudiando para la oposición lo ha dejado.
- Antecedentes médicos: ha sido diagnosticada de ovario poliquístico, pero no le han explicado las consecuencias que conlleva. Esto le preocupa.

Se utilizó la *línea de vida* como técnica para contextualizar el problema en su desarrollo vital, conocer sucesos vitales estresantes y sus problemas relacionales (o la ausencia de los mismos). Esto facilitó conocer

que a lo largo de su vida ha sido una persona extremadamente responsable. Cuando ha sufrido frustraciones (p. ej no obtener las notas que merecía por su esfuerzo en los estudios) se ha sentido profundamente derrotada. Además, se observa que Silvia manifestaba muchos pensamientos de todo o nada, o de cómo deben hacerse las cosas de la manera correcta. Refiere que la etapa de su vida en la que fue más feliz abarcó su período universitario, porque no tenía preocupaciones. No refiere traumas.

Respecto a la *observación conductual* se observó falta de expresión, aplanamiento afectivo y emocional y dificultad para hablar sin tristeza.

Cuestionarios administrados en la evaluación:

a) Listado de Síntomas Clínicos Revisado (SCL-90-R; Derogatis, 1975)

Instrumento de cuantificación sintomática para evaluar su valoración de síntomas psicológicos y psicopatológicos y de su malestar, en relación a población normal y pacientes psiquiátricos externos e internos. Se recurre a su utilización en la evaluación inicial y en posteriores sesiones.

Según la validación al castellano del cuestionario (De las Cuevas et al., 1991) inicialmente muestra algunos de los valores de la población psiquiátrica interna en psicoticismo (1.20) y malestar en referencia a síntomas positivos (2.37). Otros tantos destacan estando muy por encima de la población normal y rozando puntuaciones de los pacientes psiquiátricos externos: obsesivo compulsivo (1.40), depresión (1.69), ansiedad (1.10) y en índice de severidad total (1.13).

La fiabilidad test-retest es de .70 y la consistencia interna es de .90. En cuanto a la validez predictiva, la sensibilidad es del 83% y la especificidad del 80%.

b) Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Cano-Vindel y Tobal, 1999)

Evalúa el nivel general de ansiedad (rasgo general), tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) por separado, así como cuatro rasgos específicos de ansiedad o áreas situacionales (ansiedad de evaluación, interpersonal, situaciones fóbicas, situaciones de la vida cotidiana).

Se utiliza en la evaluación inicial y se toma como referencia para valorar la marcha del tratamiento.

Inicialmente, las puntuaciones respecto a población normal indicaron un centil 80 en el sistema cognitivo de respuesta (ansiedad severa), un 90 en el sistema fisiológico (ansiedad severa) y un centil 35 en el sistema motor (de ansiedad moderada a marcada). Respecto a áreas situacionales los datos muestran ansiedad severa ante la evaluación (centil 85) y ante situaciones habituales (centil 95).

La fiabilidad de las distintas áreas situacionales del ISRA es muy alta, desde el punto de vista de su estabilidad y consistencia interna. El coeficiente alfa para cada una de las áreas situacionales: F-I .96, F-II .92, F-III .96 y F-IV .93. La estabilidad test-retest: FI .76, F-II .74, F-III .81 y F-IV .79.

c) Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa et al., 2000)

Evalúa en qué medida los problemas interfieren en la vida de Silvia y afectan a su vida cotidiana.

Obtuvo una puntuación de 17 (Anexo 2). El punto de corte establecido es de 12 en la escala total y de 2 en cada uno de los ítems, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la inadaptación. En la escala global su vida normal se ha visto muy afectada por sus problemas actuales, así como la vida familiar (4 sobre 5). El tiempo libre y la relación de pareja también se ha visto bastante afectada (3 sobre 5).

El coeficiente alfa de consistencia interna de esta prueba es de .83. La eficacia diagnóstica es del 90% (sensibilidad, 86% y especificidad, 100%).

d) Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al.,1996)

Se aplica a raíz de los resultados iniciales del SCL90-R, para valorar comorbilidad con un trastorno depresivo. Mide una dimensión general de depresión compuesta por dos factores relacionados, el cognitivo-afectivo y el somático-motivacional.

En el test obtuvo una puntuación de 27, que la sitúa en la categoría de gravedad moderada, según la validación al castellano de la escala BDI (Sanz y Vázquez, 2003). El punto de corte más utilizado para discriminar entre población sana y población aquejada de sintomatología depresiva es de 18 (Beck et al., 1996).

El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de .93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de .62 a .66.

e) Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. (MCMI-II; Millon, 1987)

Estudia la personalidad a través de 26 escalas. En este caso se han analizado los patrones clínicos de personalidad en la evaluación inicial.

Los resultados de la versión validada en población española en 1999 apuntan:

- Escala Dependencia: Tasa Base 109. Necesidad excesiva de que se ocupen de una misma, sumisión, adhesión y temores de separación.
- Escala Compulsiva: Tasa Base 111. Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control a expensas de la flexibilidad, espontaneidad y la evaluación.
- Síndrome clínico de gravedad moderada: Ansiedad (Tasa Base 85, trastorno moderado), Somatización (Tasa Base 73, Significativo) y Distimia (Tasa Base 61, significativo).

Los coeficientes alfa de consistencia interna de la versión española para las diferentes escalas varían entre .70 y .90.

4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

4.1. Descripción detallada del problema

Problemas que presenta:

- Ansiedad anticipatoria ante situaciones de la vida diaria, se acentúa cuando surgen contratiempos. Se suele dar con intensidad limitada, pero ante situaciones de incertidumbre puede llegar a sufrir crisis.
- Ataque de pánico; como consecuente de la ansiedad. Hace 6 meses sufrió un episodio de pánico: “temblores, mareos, sensación de ahogo, taquicardia, sofocaciones y tensión muscular”. Posteriormente se repitió en momentos donde ha tenido que tomar decisiones o “no podía gestionar la situación”.
- Baja tolerancia a la incertidumbre y a la frustración: realiza previsiones pesimistas del futuro. Cuando algo sale mal le afecta produciendo un intenso malestar emocional.
- Sueño perturbado: dificultades para conciliar y mantener el sueño.
- Baja asertividad; en rechazar peticiones de su familia y recibir críticas.
- Evitación y/o escape de situaciones temidas; ante la detección de señales de alarma evita tareas y necesita que su pareja la tranquilice: “él me acompaña y me tranquiliza”, “la compra la hace Ernesto porque yo me agobio”.

Los problemas más acusados que presentaba inicialmente son: AP esporádicos y ansiedad anticipatoria con preocupaciones excesivas en el día a día.

Silvia demanda dejar de sentirse desbordada cuando tenga ansiedad y dejar de “perder el control”.

Los síntomas de malestar más intensos aparecen en situaciones cotidianas relacionadas con la incertidumbre; decidir qué temas estudiar, elegir menú, temas relacionados con la reforma, etc.

4.2. Análisis funcional del problema

Se analizará la topografía de una de las conductas problema, los ataques de pánico (AP), por considerarse importante de cara a afrontar el tratamiento, y con el fin de conocer cómo puede explicarse.

Variables disposicionales:

Del Individuo:

- Ausencia de historia de aprendizaje de afrontamiento en situaciones estresantes y resolución de problemas: “nunca me he visto capaz de vivir sola”.
- Pensamientos anticipatorios sobre el fracaso: “en los exámenes siempre obtengo menos nota de la que merezco”.
- Historia de aprendizaje de conductas de evitación: las ha aprendido a través de sucesivos ensayos que han sido reforzados por la atención de sus allegados/as: “para evitar conflictos en casa nunca he dado un disgusto a mis padres”.
- Personalidad ansiosa, autoexigencia, escasa tolerancia a la frustración: “cuando me pasa algo necesito resolverlo inmediatamente”, “debería poder tomar decisiones”.

Del Contexto:

- Contratos precarios.
- Cambio reciente a domicilio alejado de familia de origen y reformas en el mismo.
- Residencia en ciudad donde carece de redes.
- Examen de oposición cercano, su pareja hace vida social sin ella.
- Fin del confinamiento de la pandemia COVID 19 (“confinada estaba bien, me daba tiempo a todo”).

Tabla 1

Análisis funcional de la conducta problema

Antecedentes	Conducta	Consecuentes
<p>Lejanos: Modelado: patrones de conducta aprendida en la historia de familia “es necesario hacer las cosas bien para evitar problemas”, conflicto entre los padres ante cualquier dificultad, relación conflictiva entre padres y hermano, creencias negativas sobre las preocupaciones.</p>	<p>Nivel Cognitivo: Pensamientos distorsionados repetitivos y esquemas cognitivos disfuncionales subyacentes “me voy a volver loca”. Pensamientos negativos; piensa que si no toma la decisión correcta va a pasar algo catastrófico, piensa que si su pareja no hace lo que ella dice no la quiere...</p>	<p>A Corto Plazo: atención y reconocimiento de pareja (R+), atención y reconocimiento de sus amigas (R+) el contexto deja de ser estresante (R-).</p>
<p>Desencadenantes Externos: cambio de residencia, reforma en su vivienda, convocatoria de oposición, vida social de su pareja separada de la suya.</p>	<p>Nivel fisiológico: temblores, mareos sensación de ahogo, taquicardia,</p>	<p>A Largo Plazo: aumento de la sensación de carga y responsabilidad, sensación de poco control sobre su vida, dejar de hacer actividades placenteras, incremento inseguridad en sí misma, bajo estado de ánimo y deterioro de las relaciones sociales.</p>
<p>Desencadenantes Internos: personalidad autoexigente, pensamientos anticipatorios de miedo al fracaso, baja tolerancia a la frustración.</p>	<p>Nivel Motor: evitar tomar decisiones, evitar situaciones sociales, llanto intenso.</p>	
<p>Estímulos delta: control de la situación, el resto de personas no le plantean problemas, su pareja le reconoce su buen trabajo y su esfuerzo y está con ella.</p>	<p>Nivel emocional: inseguridad, culpa, miedo, angustia</p>	

4.2.1. Hipótesis de origen

En el origen del AP se halla el enfrentarse a situaciones de incertidumbre en las que ha fracasado con anterioridad (oposición), no conoce los pasos que debe dar (reforma), no puede controlar el resultado de sus decisiones (equivocarse tomando decisiones en la obra), etc. Coincide que dispone de menos reforzadores positivos y una escasa activación conductual: tiene menos tiempo para estar con su pareja, su familia está lejos, ha abandonado sus hobbies y reducido contactos sociales.

Todas estas variables, unidas a características de su personalidad (alta deseabilidad, dependencia, rigidez, ansiedad) que afectan a cómo afronta los problemas, producen un incremento de sus sensaciones de ansiedad e indefensión por no poder controlar todas las situaciones. Éstas provocan unos síntomas fisiológicos que coinciden en su momento más intenso con los de un AP.

En una de estas situaciones (decidir dónde poner un tabique en su domicilio) sufre un AP que lleva aparejado temblores, taquicardia, sensación de mareo y miedo a perder el control. Las señales del contexto que estaban presentes en aquella situación (lejanía de su familia de origen, tomar decisiones, miedo a equivocarse, no tener trabajo fijo, tener que estudiar, pensar en suspender) se convirtieron en estímulos que provocaban respuestas de miedo o ansiedad en Silvia a partir de ese momento.

4.2.2. Hipótesis de mantenimiento

1º Generalización de estímulos que provocan reacciones de miedo ansiedad: Silvia sufrió más situaciones de elevada ansiedad (discusión con Ernesto sobre si él debería salir menos, nuevos requisitos de la oposición) y continuó asociando a ello señales corporales o estímulos del contexto, que provocaron respuestas de miedo y ansiedad. Estas se generalizaron a estímulos similares en diferentes ensayos de condicionamiento. Uno de los AP lo sufrió en su casa, pero ha generalizado el malestar al supermercado porque le complicaría conductas de escape en caso de otro AP.

2º Incremento de ansiedad por autoobservación e hipervigilancia: Silvia está muy pendiente de cualquier cambio en su cuerpo o de pensamientos negativos, continuamente detecta señales corporales que interpreta como peligrosas, o emociones que considera negativas. Esta hipervigilancia aumenta la percepción de las señales corporales que se relacionan con la ansiedad. Ello sumado a situaciones potencialmente estresantes (comenzar un nuevo trabajo o estudiar la oposición sin garantía de obtener una plaza), pueden dar lugar a nuevos AP.

3º Respuestas de escape de la situación y comienzo de la evitación de las situaciones temidas ante la anticipación del miedo: reacciona con conductas de escape/evitación para intentar reducir el malestar provocado por las sensaciones fisiológicas y de contexto que le recuerdan a la situación de pánico. Por ejemplo, escapando físicamente de la situación (evita estar en casa sin su pareja, no va al supermercado), evadiendo tomar decisiones para no equivocarse, etc. Dado el éxito de estos comportamientos y el beneficio a corto plazo (reducción de su malestar y sensación de control, atención de Ernesto) los vuelve a repetir en situaciones de ansiedad, quedando éstos reforzados.

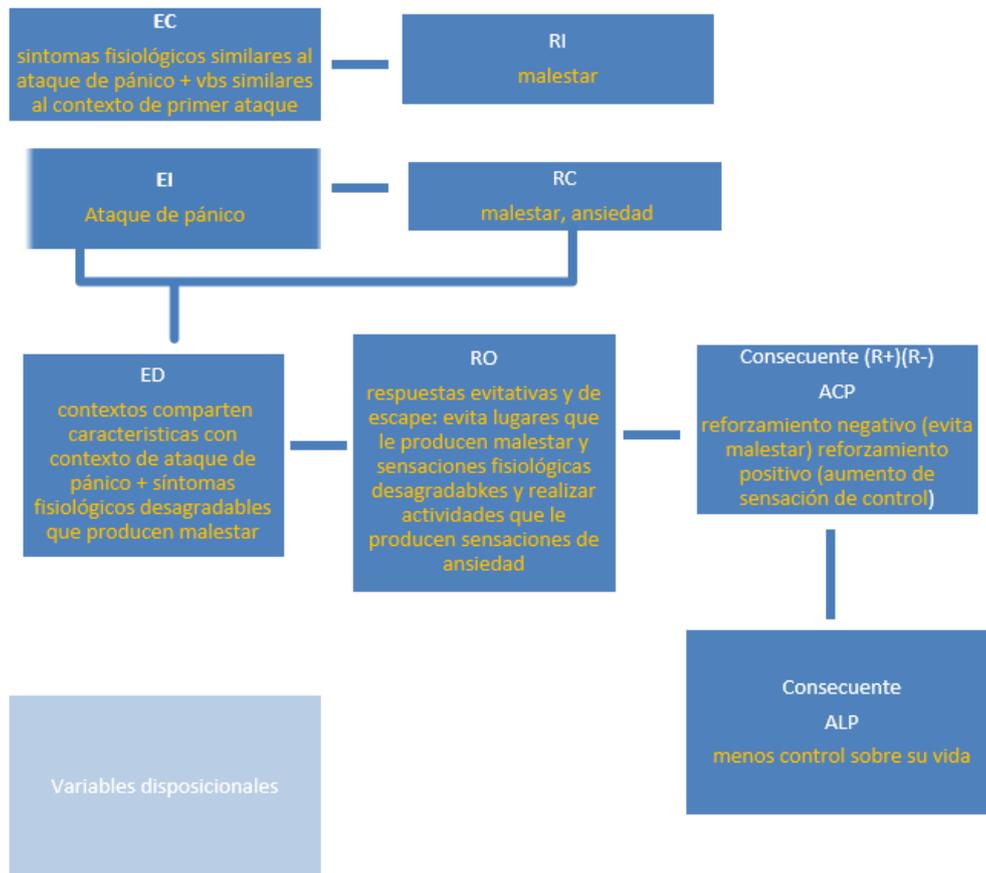
La anticipación de consecuencias temidas (tanto el propio ataque como otras que cree derivan del mismo: pérdida de control, preocupación por causar malestar a Ernesto) se produce tras la ocurrencia del primer AP y están implicados en el mantenimiento del problema.

Evitar tomar decisiones y afrontar situaciones reduce temporalmente su malestar, así que este comportamiento se ve reforzado. Las conductas de escape/evitación contribuyen a mantener la ansiedad y el problema y retroalimentan su baja autoeficacia percibida, produciendo un alto nivel de activación ante la exposición a cualquier estímulo temido o situación de incertidumbre.

La Figura 1 ilustra la secuencia funcional de la hipótesis de mantenimiento

Figura 1

Secuencia Funcional Hipótesis de Mantenimiento



4.3. Resultado pruebas evaluación

Tras la utilización de diferentes técnicas evaluativas se observa que Silvia, por modelado familiar, tiene profundamente arraigado que debe evitar el malestar en ella y en los que le rodean y siente fuertes preocupaciones referidas al presente y al futuro.

Siguiendo el *modelo de intolerancia a la incertidumbre* (Dugas y Robichaud, 2007) Silvia considera inaceptable que algo negativo pueda ocurrir y que las cosas no sucedan como las ha planificado, por lo tanto, la incertidumbre debe evitarse. Manifiesta una orientación negativa a los problemas y la necesidad de controlar el contexto y los pasos que dar en cada momento.

En el SCL90-R (Anexo 3) Silvia muestra algunos de los valores de la población psiquiátrica interna presentados por el manual del instrumento (psicoticismo y malestar en referencia a síntomas positivos), y otros destacan estando muy por encima de la población normal y rozando las puntuaciones de los pacientes psiquiátricos externos (obsesivo compulsivo, depresión, ansiedad y en índice de severidad total).

Con respecto a los resultados del inventario ISRA (Anexo 4), en relación a población normal, se confirma una ansiedad severa a nivel cognitivo (centil 80) y fisiológico (centil 90). La alta puntuación en ansiedad ante la evaluación (centil 85) se refleja en sus dificultades afrontando un examen, cuando debe tomar una decisión o cuando se molesta con Ernesto. Cualquier situación que le posibilite ser evaluada negativamente supone un foco ansiógeno. La ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana como irse a dormir o comprar también suponen un problema (centil 95).

Respecto a los datos obtenidos con el test BDI-II (Anexo 5), a pesar de obtener una puntuación alta, se descarta la comorbilidad con otro trastorno emocional, puesto que no cumpliría los criterios marcados por el DSM 5; sin embargo, proporcionó información relevante sobre áreas afectadas y su sentimiento de malestar.

El MCMI-II (Anexo 6) proporciona un perfil de Silvia como una persona con una necesidad excesiva de que se ocupen de ella, sumisión, adhesión y temores de separación. Tiene miedo a equivocarse y a las consecuencias de hacer las cosas de forma incorrecta.

Tras el proceso de evaluación se concluye que en el momento actual los síntomas de Silvia coinciden con un Trastorno por Ansiedad Generalizada con Ataques de Pánico 300.02 (F41.1) cumpliendo con todos los criterios de la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos DSM-5 (APA, 2013).

En línea con la información presentada en el caso clínico se diseña un tratamiento individualizado adaptado a todas las variables descritas.

4.4. Definición operativa de las conductas susceptibles de cambiar, eliminar o implantar

Tras evaluar el caso, establecer la relación terapéutica y exponer las demandas de Silvia se operativizaron los objetivos de intervención de manera conjunta. Teniendo en cuenta los modelos teóricos descritos y los estudios que indican que la TCC resulta un tratamiento altamente efectivo para la TAG con ataques de pánico, se seleccionaron las técnicas que facilitaban abordar cada uno de los objetivos propuestos.

El plan de tratamiento se presenta en la Tabla 2

Tabla 2

Plan de tratamiento. Objetivos y técnicas.

Objetivos	Técnicas
Aumentar la comprensión sobre su ansiedad y los ataques de pánico	Psicoeducación; ansiedad, pánico y tolerancia a la incertidumbre
Mejorar sus estrategias para la regulación de la propia activación aprendiendo a manejar sensaciones relacionadas con la ansiedad y reduciendo la misma	Entrenamiento en respiración diafragmática para reducir activación y como estrategia de afrontamiento
Aumentar tolerancia a la incertidumbre	Exposición controlada a pensamientos y situaciones que se están evitando, modificación de creencias sobre las preocupaciones y desarrollo de habilidades de afrontamiento
Mejorar autoeficacia percibida	Entrenamiento en toma de decisiones y solución de problemas
Aprender a reconocer y manejar esquemas cognitivos disfuncionales y pensamientos rumiativos	Reestructuración cognitiva a través del modelo A-B-C, para aprender a identificar los pensamientos automáticos que provocan las emociones no deseadas y sustituirlos por otros más adaptativos

Aprender a tolerar la ansiedad adaptativa que producen muchas situaciones de la vida	Reestructuración cognitiva: Habitación a sensaciones internas, Identificar cambios cognitivos
Incrementar sensaciones gratificantes personales y sociales	Activación conductual y autocuidado
Mejorar la calidad de su sueño	Pautas de higiene del sueño y control estimular

5. TRATAMIENTO

A medida que se fue creando y fortaleciendo el vínculo terapéutico, y tras realizar el análisis funcional del caso, el tratamiento se orientó hacia técnicas basadas en la TCC. Estas técnicas son las que muestran mayor efectividad en el afrontamiento de las problemáticas que afectan a Silvia. Asimismo, se han incorporado técnicas que no se enmarcan únicamente en este enfoque, para facilitar la conexión con ella.

El objetivo último es conseguir reducir el malestar que siente y proporcionarle herramientas que pueda utilizar a lo largo de su vida ante estímulos que eliciten respuestas ansiógenas.

El periodo que aborda este trabajo es de 10 sesiones de terapia. Las sesiones inicialmente eran semanales de 1 hora de duración.

En las tres primeras sesiones se estableció el vínculo terapéutico y se recogió información relevante para el diseño del tratamiento. A partir de la cuarta sesión comenzó el tratamiento. En la sesión 7 Silvia solicitó pasar a una temporalización de intervención quincenal, puesto que refería no poder sostener el coste económico de las sesiones semanales. La terapeuta consideró que, aunque preferiblemente las sesiones debían ser semanales para no ralentizar la consecución de resultados, era positivo para la paciente continuar el tratamiento.

La tabla 3 muestra un resumen con los contenidos principales de las sesiones realizadas.

Tabla 3

Resumen del contenido de las sesiones realizadas

Sesiones	Objetivos	Técnicas
1,2 Y 3	Evaluación inicial y establecimiento del vínculo terapéutico	Entrevista, línea de vida, cuestionarios
4	Aumentar conocimiento sobre ansiedad y ataques de pánico	Psicoeducación ansiedad, pánico y tolerancia a la incertidumbre
4 y 5	Mejorar sus estrategias para la regular la activación fisiológica	Entrenamiento en respiración diafragmática para reducir activación y como estrategia de afrontamiento
6	Aumentar tolerancia a la incertidumbre	Exposición controlada a pensamientos y situaciones que se están evitando, modificación de creencias acerca de la preocupación y desarrollo de habilidades de afrontamiento
7	Mejorar autoeficacia percibida.	Entrenamiento en toma de decisiones
8 y 9	Incrementar sensaciones gratificantes personales y sociales. Consolidación de aprendizajes	Activación conductual y autocuidado Carta a su yo actual Refuerzo técnicas sesiones 5 y 6
10	Mejorar calidad de su sueño	Pautas de higiene del sueño y control estimular

Primera sesión:

Recogida del motivo de consulta y se informa sobre la protección de datos (Anexo 7). Se toman datos autobiográficos y se proporciona explicación de en qué consiste una terapia psicológica y cómo van a ser las sesiones. Se alcanza un acuerdo explícito y consciente sobre el trabajo que se va a realizar. Comienza a establecerse la alianza terapéutica trasladando a Silvia que se comprende su experiencia y malestar.

Segunda sesión:

La terapeuta, tras escucha activa del resumen de la semana de Silvia y pertinente validación emocional, expone la utilidad de las pruebas que se aplican a continuación; SCL90, ISRA, IE y BDI-II.

Al finalizar se explica la Línea de Vida para que pueda realizarla en domicilio.

Tercera sesión:

Administración del test MCMI II y revisión conjunta de línea de vida cumplimentada.

En el cierre se explican los resultados que arrojan los cuestionarios de la primera fase de la evaluación. Se incide en lo habitual que es la comorbilidad entre ansiedad y depresión.

La terapeuta explicita la posibilidad de utilizar medicación de manera puntual para paliar los síntomas de su malestar mientras avanza la terapia psicológica. Silvia rechaza inicialmente esta posibilidad.

Cuarta sesión:

Comienza con *psicoeducación* ofreciendo una descripción detallada de lo que es TAG y AP. Inicialmente se solicitaron ejemplos para llegar a un consenso sobre lo que se entiende por preocupación, también para comenzar a distinguir entre las preocupaciones referidas a problemas que existen y a preocupaciones por situaciones hipotéticas del futuro.

Posteriormente se explica el análisis funcional y las hipótesis relacionadas con sus problemas. Se muestra cómo la Intolerancia a la Incertidumbre tiene un papel fundamental en sus preocupaciones “excesivas” ayudando a bloquear su capacidad de tomar decisiones. Se ejemplificó con situaciones recientes de la vida diaria de Silvia.

Silvia concluye que las preocupaciones provocan que anticipe equivocaciones potenciales y posibles fracasos, pero no le ayudan a tomar decisiones y a dirigirle hacia sus valores. Además, explica con sus propias palabras un ejemplo, confirmando de esta forma la comprensión de la conceptualización del problema.

Tras acordar ambas partes los objetivos que se pretenden alcanzar, la terapeuta indica el tratamiento que se va a seguir exponiendo las expectativas de éxito del mismo. Esto se hace en un tono positivo pero realista, fomentando en todo momento su sentimiento de autoeficacia.

En el cierre se realiza una aproximación a la respiración diafragmática, explicando su utilidad para gestionar la activación fisiológica y, por tanto, para afrontar la ansiedad contribuyendo a reducirla.

Quinta sesión:

Se explica la técnica de Visualización o Imaginación guiada para crear un “sitio seguro”; se relacionan imágenes mentales con emociones positivas que le faciliten acercarse a un estado de bienestar. Debe utilizarla cada vez que necesite rebajar la activación producida por un elemento ansiógeno, tratando de impedir que alcance un momento de crisis. Requiere que intente recordar un lugar que conozca bien y que le transmita tranquilidad, debe sentir que está en ese lugar sintiendo las sensaciones; colores, olor, sonido...

La terapeuta explica que la *respiración diafragmática* es un ejercicio que debe utilizar cuando empieza a percibir que una situación puede desencadenar en una alteración emocional.

Extracto de la sesión: *“Coloca una mano en la zona superior del pecho y otra en el abdomen, puedes situar el dedo meñique justo encima del ombligo. Inspira lentamente por la nariz, de forma que la mano en tu abdomen sienta la presión de este al elevarse. La mano en el pecho debe permanecer prácticamente inmóvil. La inspiración no debe ser muy profunda. Exhala lentamente el aire por la boca, siente como los músculos de tu abdomen descienden. La mano en el pecho debe permanecer lo más inmóvil posible. Es importante practicar hasta lograrlo”.*

Sexta sesión:

Se abordó la modificación de creencias positivas acerca de las preocupaciones y la aceptación del hecho de que la incertidumbre es inevitable y algo con lo que se convive. Silvia debía comprender cómo el evitar la incertidumbre estaba influyendo directamente en el incremento de las preocupaciones excesivas. La paciente concluyó que sería beneficioso tratar de incrementar su tolerancia ante este tipo de situaciones.

La técnica elegida fue la *exposición en imaginación controlada a pensamientos y situaciones* que se están evitando, para fomentar el desarrollo de habilidades de afrontamiento ante situaciones inciertas y la eliminación gradual de las conductas defensivas.

Finalmente surgieron ejemplos de conductas que tienden a reducir su incertidumbre (apoyarse en Ernesto para tomar decisiones, evitar ir a comprar, sobreprotegerle haciendo ella las cosas de casa, comprometerse parcialmente con la obra) que incrementaron su conocimiento acerca de cómo se manifiesta en su caso esa Intolerancia a la Incertidumbre.

La terapeuta recomendó realizar ejercicios de exposición de intensidad gradual, invitando a que se continúen realizando a lo largo de todo el tratamiento. Por ejemplo, puede comenzar encargando ella la cena a domicilio que piden los viernes.

Séptima sesión:

Silvia explica que ha sufrido una crisis motivada por el posible cambio en las bases de la convocatoria de oposición y el miedo a que esto perjudique sus intereses. Además, solicita un informe a la terapeuta para llevar a su médico de cabecera e instar valoración de tratamiento farmacológico.

Una vez abordado su malestar se explica la técnica de *toma de decisiones y solución de problemas* basada en hechos o problemas actuales (decisiones del día a día), no sobre situaciones no modificables o futuras (qué pasaría si suspende la oposición).

Extracto de la sesión: “Llevamos tiempo trabajando sobre tu frustración cuando aparece alguna dificultad en tu vida diaria, sientes que no tienes capacidad para afrontarlas ni tienen solución porque hagas lo que hagas te vas a equivocar. Por eso vamos a comenzar un entrenamiento que te ayude a tomar decisiones y que proporcione una opción más eficiente a la de encerrarte en las preocupaciones”.

Tomando como referencia a Bados (2015), la explicación consistió en la existencia de cuatro habilidades necesarias para la toma de decisiones frente a un problema. Se comienza definiendo y formulando el problema de forma específica y estableciendo metas claras y realistas en relación al mismo. Posteriormente, se generará un listado de soluciones y a continuación, se toma una decisión (sin esperar que exista una solución perfecta y sin miedo a equivocarse) y se elaborará un plan de acción. Por último, se debe llevar a cabo la solución y comprobar las consecuencias.

Silvia analizó las reacciones que le impiden aplicar las habilidades que ya posee y la importancia de centrarse en los elementos relevantes de la situación ansiógena, sin evitarla. Fue animada a dejar pasar los detalles menos relevantes que pueden desviarla de su tarea.

Como ejemplo se abordó la preocupación de Silvia por elegir un sofá adecuado para su vivienda. Se le indica que continuase hasta el final antes de comenzar otra preocupación, aunque la nueva que surja le parezca más importante. Si se desvía no aprenderá a manejar las preocupaciones, y aunque hablar de ellas reduzca momentáneamente su ansiedad esto favorece que se perpetúe el problema.

Finalmente, la terapeuta elabora y entrega un informe de la situación de Silvia adjuntando datos obtenidos en test ISRA y SCL90.

Sesiones octava y novena:

En el inicio de la sesión 8 Silvia informa de que ha comenzado a tomar Brintellix 10 mg (vortioxetina), por prescripción médica.

En estas sesiones se fomenta la *activación conductual y autocuidado* (para incrementar los reforzadores de los que dispone actualmente) y la *consolidación de sus sensaciones de autoeficacia percibida, estrategias de regulación de la activación y aumento de tolerancia a la incertidumbre*.

Se solicita que escoja tres acciones que podría realizar para sentirse mejor. Según indicó serían: “compartir responsabilidad en gestionar la vivienda, acudir al gimnasio tres días por semana e improvisar planes”. Se comprometió a iniciar alguna de ellas la siguiente semana.

Asimismo, se llevó a cabo un entrenamiento en *autocuidado*, con el objetivo de mejorar el estado de ánimo, planteándole que pudiese realizar diariamente al menos una cosa por placer para sí misma.

Silvia escribió una “*Carta a su yo actual*” desde el momento que considera más feliz en su vida (su etapa universitaria). Se utiliza esta técnica narrativa para ayudar a comunicar y expresar emociones, visibilizar su propia historia de superación, e identificar pensamientos y creencias alternativas a partir de sus logros.

Respecto a la consolidación del entrenamiento en respiración diafragmática y la exposición gradual mediante experimentos conductuales, se utilizan las técnicas descritas en las sesiones 5 y 6.

La terapeuta recomendó abandonar conductas de seguridad (buscar a Ernesto cuando comienzan sus síntomas, evitar decidir, etc.), con la finalidad de que se incumplan sus predicciones negativas sobre las consecuencias de los síntomas. Además, debe evitar que tanto la respiración diafragmática como el sitio seguro se conviertan en conductas de evitación que le impidan comprobar que lo que va a suceder no es catastrófico.

Décima sesión:

Se proporcionan pautas de higiene del sueño y control estimular que facilitaran tanto la conciliación del sueño como la mejora del mismo.

Silvia comenta que ha comenzado a ir al gimnasio dos días por la tarde, además de haber gestionado de manera más satisfactoria la gestión doméstica con Ernesto. No ha improvisado ningún plan debido a la *“falta de tiempo por la oposición”*.

Para medir la eficacia del tratamiento se administra nuevamente el test ISRA (Anexo 8).

5.1. Seguimiento del tratamiento

Silvia está trabajando adecuadamente en sus objetivos. Cambiar a una temporalización quincenal ha ralentizado, pero no impedido, el avance en la consecución de los mismos. Por otro lado, existen todavía diferentes áreas que abordar y otras que consolidar, además se debe planificar recaídas.

Teniendo en cuenta las 10 primeras sesiones, y siguiendo la línea de intervención establecida, sería conveniente añadir nuevos objetivos, como el fomento de la asertividad, el control de la tendencia al perfeccionismo o el afrontamiento de las situaciones en las que se siente evaluada (como la oposición). La propuesta se presenta en la tabla 4.

Tabla 4

Propuesta de seguimiento del tratamiento

Sesiones	Objetivos	Técnicas
11, 12 , 13	Aprender a reconocer y manejar esquemas cognitivos disfuncionales y pensamientos rumiativos Trabajar el perfeccionismo	Reestructuración cognitiva a través del modelo A-B-C
14	Aprender a tolerar la ansiedad “normal” que producen muchas situaciones de la vida	Reestructuración cognitiva; Habitación a sensaciones internas, Identificar cambios cognitivos
15	Afrontamiento de situaciones de evaluación	Exposición controlada a pensamientos y situaciones
16	Asertividad	Habilidades de comunicación Exposición progresiva a situaciones que requieren la práctica de asertividad
17 y 18	Prevención de recaídas	Consolidación de aprendizajes, Psicoeducación
19, 20, 21	Seguimiento tratamiento	Psicoeducación

Se recomendaría:

- Preparar la prevención de recaídas: habría que prever una posible retirada de la medicación con la pauta marcada por el/la profesional que le prescribió la misma.
- Reforzar los logros que habrá conseguido en el tiempo de terapia y cómo esto afecta a diferentes ámbitos de su vida.

6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO

Actualmente el tratamiento está en curso y existen sesiones programadas. A pesar de esto se puede afirmar que está siendo *eficaz* en relación a los objetivos propuestos que han podido abordarse en las primeras sesiones. Sus avances son evidentes puesto que su malestar percibido, en relación con la sesión inicial, ha sufrido un descenso significativo y desde hace semanas no sufre un AP.

La *efectividad* y la *eficiencia* son altas, se han alcanzado varios de los objetivos en las 10 primeras sesiones, y se evidencia cuando se profundiza en la *adherencia al tratamiento de Silvia* y la *consecución de objetivos planteados* en el momento de la valoración:

La *alta adherencia al tratamiento psicológico* y la importante motivación de Silvia durante las primeras sesiones del tratamiento han influido en la efectividad del mismo. Silvia no ha excusado su asistencia a ninguna de las sesiones programadas, se ha adaptado en las ocasiones en que se le ha pedido ajustar el horario, y ha realizado todas las tareas que se le han solicitado participando de buen grado en las mismas.

La alianza terapéutica ha sido buena y esto ha influido en la adherencia al tratamiento.

Tanto la información proporcionada por Silvia, como la observación conductual en consulta y los resultados de los test que se han realizado para obtener una medida del progreso del tratamiento, indican que hay algunos de los *objetivos que se han conseguido de forma total y otros de forma parcial*. Además, estas fuentes de información señalan que algunas de las técnicas utilizadas han sido más útiles que otras.

En relación a los objetivos terapéuticos planteados inicialmente, el nivel de logro actual de los mismos es el siguiente:

- El *malestar clínicamente significativo* con el que Silvia acudió ha disminuido, siendo éste uno de los objetivos principales que se planteaban la terapeuta y la paciente. Esta afirmación se basa en la percepción de Silvia, las observaciones de la terapeuta y las puntuaciones comparadas del test ISRA

en las medidas pre y pos (Anexos 4 y 8). Si bien es cierto que las medidas arrojan puntuaciones muy por encima de la línea base de la población normal y es necesario avanzar en la terapia.

- *Aumentar la comprensión sobre su ansiedad y los ataques de pánico:* se decidió comenzar por este objetivo para disminuir la preocupación producida por los ataques de pánico, motivo que había decidido a Silvia a acudir a terapia. La psicoeducación ha surtido efecto puesto que Silvia afirma sentirse notablemente más tranquila y comprender cómo funciona en ella la ansiedad, el pánico y la intolerancia a la incertidumbre.
- *Aumentar tolerancia a la incertidumbre:* Los ejercicios de exposición en imaginación controlada se están realizando con éxito. Silvia verbaliza entender que la incertidumbre forma parte de la vida y comprende que no puede controlar todo lo que ocurre y todos los resultados. Ha compartido la gestión de ciertas tareas del hogar con Ernesto y, aunque el resultado de las que hace él no le satisfagan del todo, está convencida de continuar en esa línea. Si bien es cierto que este objetivo debe seguir trabajándose y consolidarse puesto que, en sus manifestaciones verbales, se detecta que necesita seguir teniendo controlados muchos aspectos de su vida diaria, aunque el malestar es menor que al comienzo de la terapia.
- *Mejorar sus estrategias para la regulación de la propia activación aprendiendo a manejar las sensaciones relacionadas con la ansiedad y reduciendo la misma:* La respiración diafragmática ha funcionado y Silvia afirma utilizarla frecuentemente. Siente menos síntomas fisiológicos cuando se presenta algún elemento ansiógeno en su día a día; “ya no siento una presión constante en el pecho”. Las puntuaciones comparadas del test ISRA en las medidas pre y post (Anexos 4 y 8) muestran un ligero descenso en algunos de los rasgos (Tabla 5).

Tabla 5

Comparación medidas pre y post test ISRA

Rasgos específicos	P. Directa Pre	Centil Pre	P. Directa Post	Centil Post	Nivel de ansiedad post
F-I: Ansiedad ante la evaluación	109	85	101	80	Ansiedad Severa
F-II: Ansiedad Interpersonal	24	75	25	80	Ansiedad Severa
F-III: Ansiedad fóbica	25	45	13	20	De ansiedad moderada a Ansiedad Marcada
F-IV: Ansiedad ante situaciones habituales	52	95	38	90	Ansiedad Severa
Nivel de ansiedad Total o Rasgo	208	80	199,5	75	Ansiedad Severa

- *Mejorar autoeficacia percibida:* Las técnicas de solución de problemas y toma de decisiones están dando resultados y Silvia las ha aplicado para decidir sobre temas relacionados con la obra.
- *Aprender a reconocer y manejar esquemas cognitivos disfuncionales y pensamientos rumiativos* así como *Aprender a tolerar la ansiedad adaptativa que producen muchas situaciones de la vida* en el momento de la valoración del tratamiento no se han abordado específicamente a través de las técnicas de reestructuración cognitiva. Se ha esperado a reforzar el vínculo entre la terapeuta y mejorar un malestar para poder abordar los mismos de forma objetiva. De cualquier forma, al trabajar la psicoeducación y el aumento de la tolerancia a la incertidumbre se han empezado a sentar las bases que le ayudarán a identificar los propios esquemas disfuncionales y pensamientos rumiativos.
- *Incrementar sensaciones gratificantes personales y sociales:* se ha alcanzado al volver Silvia a practicar deporte. Si bien es cierto que sería necesario continuar trabajando este objetivo para consolidar el hábito del deporte y poder incluir prácticas de autocuidado en su rutina diaria, tal y como se sugirió en las sesiones 8 y 9.
- *Mejorar la calidad de su sueño:* todavía no se ha podido valorar la consecución de este objetivo. El tratamiento farmacológico que está siguiendo puede estar surtiendo efecto y las pautas se han

enseñado cuando ya ha comenzado a tomar los fármacos. El aprendizaje de técnicas le facilitará en el futuro poder incorporar hábitos saludables en su día a día pudiendo prescindir de la medicación llegado el momento.

6.1. Dificultades en el tratamiento

Respecto a la *adherencia* al tratamiento señalar que el hecho de espaciar las sesiones posiblemente ralentizará la consecución de objetivos y puede tener un efecto negativo. Sería importante profundizar en los motivos que le han empujado a espaciar las sesiones y descubrir si, además del esfuerzo económico, existen otras motivaciones que pueden influir en la adherencia.

Sus expectativas acerca del *tratamiento farmacológico* pueden influir en la adherencia a la terapia psicológica, puesto que la medicación podría producirle un rápido bienestar al disminuir la intensidad de sus síntomas y, dado los problemas económicos que refiere y su interés en estudiar para la oposición, podría animarle a abandonar la terapia psicológica. Sería recomendable abordar este punto en próximas sesiones para asegurar que comprende la necesidad seguir ligada al tratamiento mejorando las opciones de éxito del mismo.

En relación a la *activación conductual* a pesar de que ha tenido el efecto buscado, se ve seriamente afectada por la futura oposición de Silvia que le impide disponer del tiempo deseado para el ocio por el sentimiento de culpa que esto le acarrea. La *oposición*, y sus expectativas sobre lo que supondría poder aprobar la misma, han impregnado todo el proceso terapéutico pudiendo suponer una barrera para alcanzar plenamente los objetivos propuestos y consolidar los aprendizajes.

En cuanto a *la técnica de toma de decisiones*, a pesar de que se está aplicando de manera correcta y beneficiosa, se detecta una gran resistencia en la parte de aceptar los resultados de las decisiones, al parecerle que equivocarse siempre tiene consecuencias catastróficas.

Es notable cómo la *evitación experiencial*, fuertemente arraigada en Silvia, contribuye a incrementar su malestar fomentando sus sensaciones de incapacidad y también pueden suponer una barrera para optimizar los resultados de las siguientes sesiones.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.1. Discusión

El estudio se ha realizado sobre uno de los trastornos que se asocian con grados importantes de sufrimiento y disfunción, el TAG con ataques de pánico. Este trastorno tiene habitualmente una amplia prevalencia en las consultas de atención primaria, acentuado por las crisis socio sanitaria que ha supuesto la Covid 19, por lo que es importante promover estudios de caso como el actual.

La intervención realizada con Silvia ha servido para evidenciar cómo el organizar un plan de tratamiento en base a un modelo teórico ayuda a estructurar una intervención y favorece la consecución de los objetivos propuestos.

El tratamiento realizado está *siendo eficaz logrando parcialmente* hasta ahora los *objetivos terapéuticos*.

Las áreas principales del TCC han comprendido la psicoeducación, respiración y control de la activación fisiológica, reconocimiento de la baja tolerancia a la incertidumbre, exposición en imaginación y comportamental, entrenamientos en resolución de problemas, higiene del sueño y está previsto que se aborde reestructuración cognitiva en relación a la utilidad de las preocupaciones. En este sentido, el tratamiento de Silvia, a pesar de basarse en modelo de Dugas y Robichaud (2007), ha diferido en el protocolo propuesto por estos autores, en el que no se abordaban directamente los síntomas somáticos en previsión de su mejora tras trabajar otras áreas.

Tras la fase de evaluación se detecta que la manera en que Silvia piensa influye en cómo se siente, por lo que es importante cambiar su manera de pensar para cambiar la emoción que suscita y es necesario

trabajar con la incertidumbre para dejar de considerarla como algo negativo. Además, teniendo en cuenta a Dugas y Ladouceur (1997), se deben modificar las creencias positivas acerca de la preocupación y se deben desarrollar habilidades de afrontamiento ante situaciones que producen incertidumbre, puesto que Silvia sentía mucho miedo de tomar decisiones y equivocarse.

La información proporcionada por la paciente, así como la observación conductual y los resultados de las medidas de los test durante el tratamiento, sugieren que la *psicoeducación* y el *entrenamiento en respiración* controlada fueron eficaces para manejar y reducir la ansiedad. Este último se consideró muy útil porque le servía también como estrategia de afrontamiento.

El *sitio seguro* no ha sido del todo útil, puesto que a Silvia solo le era efectivo cuando se encontraba relativamente tranquila.

La *resolución de problemas* fue un procedimiento beneficioso para algunas preocupaciones, ya que la paciente hizo cambios en su vida tras aplicar la técnica y se ha conseguido que mejore su confianza en su capacidad de tomar decisiones, rebajando la importancia que tendría no estar satisfecha con el resultado. Esto ha mejorado su estrategia de afrontamiento frente a los problemas, planteándose ahora la ocupación y solución de problemas en vez de la rumiación.

En el momento de finalizar el estudio Silvia continúa presentando sintomatología ansiosa pero la intensidad de los síntomas ha disminuido y los ataques de pánico no se han producido en las últimas 5 semanas. Además, refiere estar satisfecha con la evolución de la terapia. A nivel de funcionamiento adaptativo, la paciente expresó una mejora en todos los niveles.

Una mayor motivación y una menor resistencia de la paciente aumenta la eficacia de la TCC, en este caso uno de los factores de éxito de la intervención está siendo la importante adherencia al tratamiento de Silvia, la cual está realizando un trabajo activo y mostrando su compromiso con su tratamiento.

La literatura científica y los datos permiten afirmar que *el pronóstico de Silvia es positivo*. Tomando como referencia el estudio de Christensen y colaboradores (2019), los efectos ansiolíticos de la vortioxetina fueron mayores entre pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) que tenían un mayor nivel

de funcionamiento previo al tratamiento (basado en el trabajo o la educación) en comparación con todos los pacientes del estudio con TAG. En este sentido, el hecho de que la paciente esté combinando ambos tratamientos (farmacológico y psicológico) y esté implicada en trabajo y estudios arroja un pronóstico favorable para el caso de Silvia.

Es conveniente realizar un *análisis crítico* de los resultados. Algunos aspectos relevantes:

- El análisis funcional se ha hecho en base a la conducta de ataque de pánico por ser muy invalidante, pero convendría realizar el análisis funcional de conducta sobre las preocupaciones permanentes para ayudar a entender el modelo de tolerancia a la incertidumbre.
- En cuanto a los resultados de la terapia psicológica en relación al sentimiento de mejora del estado de ánimo de Silvia pueden haberse visto influidos por el comienzo de la combinación de terapia farmacológica con la psicológica, no pudiendo distinguir la línea divisoria entre ambos. Quizás hubiera sido conveniente avanzar primero con el tratamiento psicológico, sin necesidad de apoyarse en lo farmacológico, para fomentar el sentimiento de resiliencia de Silvia.
- Las técnicas aplicadas de la TCC han sido pertinentes, pero habría sido facilitador para la fase de reestructuración cognitiva llegar con un autorregistro cumplimentado por Silvia, donde se reflejasen eventos positivos y negativos diarios. Esta información ayudaría, por un lado al terapeuta, para medir la consecución de objetivos al finalizar el tratamiento y conocer más profundamente los motivos que le causan ansiedad y malestar, y, por otro, a la paciente a reconocer sus pensamientos cuando le ocurren esos episodios y como se siente cuando han pasado, además de para trabajar la toma de conciencia.

En cuanto a las limitaciones del estudio:

- La más importante es la referida a que el tratamiento actualmente está en curso. Teniendo en cuenta la recomendación de trabajar la adherencia de la paciente al tratamiento es precipitado obtener conclusiones sobre los resultados del mismo sin haber finalizado el período de

intervención. Sería relevante, además, incluir un período de seguimiento que permita confirmar la profundidad de los aprendizajes y las ganancias que conllevan.

- Otra de las principales debilidades halladas son las que subyacen a un estudio de caso único. Al buscar un significado a los resultados obtenidos debe evitarse generalizar a otros casos donde el diagnóstico sea similar, puesto que existen múltiples variables relevantes que influyen en el tratamiento y en la evolución del trastorno, como por ejemplo el contexto, la edad, variables que lo mantienen, etc.
- El contexto es una variable sumamente relevante. A pesar de corresponderse sus síntomas con los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada, su intenso malestar coincide con importantes estresores externos puntuales (una mudanza que la aleja de su familia de origen con la cual los límites están difusos, una reforma doméstica y la preparación de una oposición relevante para su futuro laboral).

Esto genera incertidumbre acerca de lo que ocurrirá cuando se termine la reforma y pase la oposición. Una hipótesis alternativa que surge en ese caso es que las conductas manifestadas pudiesen coincidir con los criterios diagnósticos de otro trastorno (como por ejemplo los que indica el DSM 5 para el trastorno de adaptación con ansiedad) o no supusiesen una patología. Para aclararlo sería recomendable profundizar en el tipo de preocupaciones de Silvia.

El asignar al caso una etiqueta diagnóstica ha sido relevante para poder llevar a cabo el estudio y estructurarlo, pero no para la realización de la terapia psicológica. Esto podría suponer que el etiquetaje del malestar que se muestra en consulta sería innecesario si se diseña una intervención individualizada en base al análisis funcional y el estudio de las variables disposicionales que afectan al mismo.

De cara a *futuras investigaciones* se debe tener en cuenta que la TCC es el tratamiento de elección al estar empíricamente validado para el TAG y resulta eficaz a corto y medio plazo, pero, según indica Capafons (2001), debería estudiarse cómo incrementar los efectos a largo plazo, puesto que TAG, además de crónico, es un trastorno que debilita a las personas. Por ello, se podrían plantear otros tratamientos desde las

terapias de tercera generación que contemplen elementos como el fomento del aprendizaje para vivir el momento presente y consciente, identificar otros objetivos terapéuticos que subyacen a las preocupaciones y combatir la posible creencia de que las preocupaciones son adaptativas.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Hayes (2015), forma parte de las terapias de tercera generación y tiene una importante relevancia de cara al tratamiento de personas con TAG. ACT no se enfoca en alterar, eliminar o reducir las conductas (incluidos los eventos privados), sensaciones o recuerdos que producen malestar, sino que busca modificar su función y generar flexibilidad en la regulación de la conducta. Con esta terapia se generan y potencian las condiciones que favorecen la comprensión de la propia conducta a través de interacciones clínicas que permiten al paciente tomar conciencia plena del flujo de sus eventos privados, de modo que pueda hacer o no uso de ellos para dirigir su conducta siguiendo sus valores.

Además, la evidencia empírica de la efectividad de ACT muestra resultados satisfactorios. Tomando como referencia el estudio de Coto-Lesmes y colaboradores (2020), se confirmó que los pacientes que participaron en intervenciones basadas en ACT mostraron un mejor estado emocional y una mayor flexibilidad psicológica que los pacientes de los grupos control sin tratamiento y que no se encuentran diferencias con la Terapia Cognitiva y la TCC.

7.2. Conclusiones

Las conclusiones obtenidas hasta el momento coinciden con las del estudio de Carro de Francisco y Sanz-Blasco (2015), y señalan que es efectivo por parte de las/los terapeutas aplicar tratamientos validados empíricamente para ofrecer a las/los pacientes soluciones adecuadas para mejorar su malestar. La TCC es el tratamiento de elección en pacientes con TAG y trata de concienciar al paciente sobre su pensamiento, partiendo de que sus cogniciones son negativas e irracionales y deben ser dirigidas hacia otro tipo de pensamientos más funcionales.

En este caso la TCC, en combinación con la terapia farmacológica, está produciendo resultados positivos en la paciente en el abordaje del TAG y los AP, pero es necesario profundizar en el conocimiento de los mecanismos de cambio que operan en ella y el papel que juegan los factores contextuales para individualizar la terapia y asegurar a largo plazo los resultados.

8. REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. APA. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5.
- Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioural therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 585-592.
- Bados López, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada: Guía para el terapeuta*. Síntesis.
- Bados López, A. (2017). *Trastorno de ansiedad generalizada: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. <http://hdl.handle.net/2445/115724>
- Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2003). *Psicopatología (3rd Ed.)*. Thomson.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- Behar, E., Staples, A., Mohlman, J., y Hekler, E. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *RET, Revista de Toxicomanías*. Nº. 63 – 2011, 15-63.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory*. Pearson.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Borkovec, T.D., Alcaine, O.M. y Behar, E. (2004). *Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder*. Guilford.
- Burgos, M. P., y Gómez, J. L. G. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: caso clínico. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 19(1), 99-126.

- Buit, E., Pollack, M. H., Kinrys, G., DeLong, H., Vasconcelos, D., Sá, B. A., y Simon, N. M. (2018). Farmacoterapia de los trastornos de ansiedad. <https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2020/11/41.-Farmacoterapia-de-los-trastornos-de-ansiedad.pdf>
- Cano-Vindel, A., y Miguel-Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6(1), 14-21.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*. 2001, 13(3), 442-446.
- Carro de Francisco, C., y Sanz Blasco, R. (2015). Cognición y creencias metacognitivas en el trastorno de ansiedad generalizada a la luz de un caso clínico. *Clínica y Salud*, 26(3), 159-166.
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M.W., Tirpak, J.W., y Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78.
- Centro de investigaciones sociológicas (2021). Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la Pandemia de la covid-19. Avance de resultados. Versión de febrero de 2021. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Encuesta-salud-mental-covid19-cis-avance-resultados.pdf>
- Christensen, M. C., Loft, H., Florea, I., y McIntyre, R. S. (2019). Efficacy of vortioxetine in working patients with generalized anxiety disorder. *CNS spectrums*, 24(2), 275-275.
- Clark, D. A., y Beck, A. T. (2016). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones*. Desclée De Brouwer.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., y González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*, 263, 107-120.

- De las Cuevas, C., González de Rivera, J. L., Henry-Benítez, M., Monterrey, A. L., Rodríguez-Pulido, F., y Gracia Marco, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de psiquiatría*, 7(3), 93-96.
- Derogatis, L. R. (1975). *The symptom checklist-90-R (scl-90-R)*.
- Díaz, M. Á., Ruíz, M. A., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, 1 (pp. 211-240). Siglo XXI.
- Dugas, M. J., y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge, Taylor y Francis Group.
- Echeburúa, E., Corral, P. D., y Fernández-Montalvo, J. (2000). *Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (107), 325-340.
- Franco Chóez, X. E., Sánchez Cabezas, P. P., y Torres Vargas, R. J. (2021). Claves para el tratamiento de la ansiedad, en tiempos de Covid-19. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(3), 271-279.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Fernández-Álvarez, J., Suso-Ribera, C., y Crespo Delgado, E. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197.
- García Morilla, S., Bados, A., y Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245-258.
- Gili Planas, M., López Navarro, E., Castro Gracia, A. C., Homar Covas, C., Navarro Guzmán, C., y García Toro, M. (2016). Gender differences in mental health during the economic crisis. *Psicothema*. Vol. 28, No. 4, 407-413 doi: 10.7334/psicothema2015.288
- Hayes, S. C. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso*. Desclée De Brouwer.

- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., y Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-83.
- Millon, T. (1999). *MCMII-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II*. Manual (3.ª ed.) Adaptación española: Ávila-Espada, A. TEA Ediciones.
- Montorio, I., Izal, M. y Cabrera, I. (2011). *Trastorno de ansiedad generalizada*. En Caballo, V.E., Salazar, I. C. y Carrobes, J.A. (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. (pp. 287-303). Pirámide.
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence [NICE: Instituto Nacional para la Salud y Exelencia de Cuidado]. Disponible en: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/generalised-anxiety-disorder>
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2005). An Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. En *Acceptance and MindfulnessBased Approaches to Anxiety. Conceptualization and Treatment* (pp213-240). Springer.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., y Scott, K. M. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA psychiatry*, 74(5), 465-475.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280
- Seidah, A., Dugas, M.J., y Leblanc, R., (2007). El tratamiento Cognitivo Comportamental del Tag: Modelo conceptual y casos clínicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (1),39-48.
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1),10 – 59.
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf.

Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A., Trucharte, A., Bentall, R., y Martínez, A. (2020). VIDA-COVID-19 Estudio Nacional Representativo de las Respuestas de los Ciudadanos de España ante la Crisis de Covid-19: Respuestas Psicológicas. Disponible en: <https://tribuna.ucm.es/revcul/tribunacomplutense/doc24997.pdf>.

Wells, A. (2006). Cognitive processes, reasoning biases and persecutory delusions: A comparative study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 421–435.

9. ANEXOS

Anexo1

Modelo de Cuestionario Autobiográfico



CUESTIONARIO AUTOBIOGRÁFICO

Este cuestionario está construido para darnos información de su situación presente y pasada, lo cual nos permitirá ayudarle en sus problemas. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales y no serán reveladas a nadie sin su consentimiento.

Fecha:

1. DATOS IMPORTANTES

Nombre...
Edad

2. MIEDOS Y PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Escriba a continuación alguno de los miedos que usted tiene:

Si usted tiene alguno de los pensamientos que se describen a continuación, señale la frecuencia y sus ocurrencias.

	Apenas	En ocasiones	Con frecuencia
La vida no merece la pena
Me encuentro solo
El futuro es desesperanzador
A nadie le importo
Me dan ganas de matarme
Soy un desastre
Intelectualmente soy inferior a otros
Normalmente a la gente no le gusto.....
Me voy a desmayar
Voy a tener un ataque de pánico
Otros pensamientos negativos:			

3. ESTADO MATRIMONIAL Y DE RELACIÓN DE PAREJA

5. HISTORIA DE SU SALUD

Escriba alguna enfermedad de la infancia que haya tenido:

Si ha tenido intervenciones quirúrgicas, descríbalas:

Describa sus dolencias físicas presentes (tensión alta, diabetes, problemas de corazón, etc.)

¿Cuándo fue la última vez que usted se hizo un examen físico completo?

- ¿Tiene algún problema para dormir?
- ¿Cuánto tiempo tarda en quedarse dormido una vez que se ha ido a la cama?
- ¿Se despierta durante la noche?
- ¿Si se despierta, puede volver a dormirse fácilmente?
- ¿Qué medicamentos para dormir está tomando actualmente y por qué?
- ¿Cómo es su apetito?

6. FAMILIA (S.P.)

Madre
Nombre Edad Ocupación

- ¿Cómo le castigaba usted?
- ¿Cómo le premiaba?
- ¿Qué hacía usted para que le castigara?
- ¿Qué hacía usted para que le premiase?
- ¿Cómo describirían los demás a su madre?
- ¿Qué actividades hacía usted con su madre cuando era un niño?
- ¿Cómo se llevaba con su madre?

Padre
Nombre Edad Ocupación

- ¿Cómo le castigaba a usted?
- ¿Cómo le premiaba?
- ¿Qué hacía usted para que le castigara?
- ¿Qué hacía usted para que le premiase?
- ¿Cómo describirían los demás a su padre?
- ¿Cómo describiría usted a su padre?

Hermanos y hermanas

Nombre Edad
Cómo se llevan/llevaban

¿Tenían preferencia su padre o madre?

Si es así, ¿a quién y por qué?

¿Cómo se llevan/llevaban su madre y su padre?

7. ASPECTOS SEXUALES Y DE RELACION DE PAREJA PRESENTE O PASADAS

¿Era el sexo un tema que siempre se hablaba en su casa?

- a) nunca
- b) ocasionalmente
- c) frecuentemente

¿Cuál era la actitud de sus padres concerniente al sexo?

- a) se hablaba de ello sin vergüenza
- b) no exactamente sin vergüenza, pero no se discutía mucho
- c) se hablaba de ello como una función natural que se puede discutir sin dificultad alguna.
- d) TABÚ / NO SE HABLA DIRECTAMENTE

¿Cuándo tuvo su primer periodo?

¿Sus periodos son regulares ahora?

¿Cómo son sus periodos?

- a) sin molestias
- b) con alguna molestia
- c) con mucha molestia

¿Se siente frecuentemente depresiva justo antes de tener el periodo?

¿Usa usted algún tipo de anticonceptivo? ¿Qué tipo?

¿Cómo se lleva usted con su esposo/esposa? (describa su relación en una escala de 1-5):

- a) muy pobre
- b) pobre
- c) mediano
- d) bien
- e) excelente

¿Con qué frecuencia usted y su pareja tienen relaciones sexuales?

¿Quién es el miembro dominante en su pareja o relación?

Escriba alguna de las conductas de su pareja que usted encuentra desagradable

Describa algunas de las conductas de su pareja que usted encuentra agradable....

8. CONDUCTUAL (S.P)

Describa algunos defectos que usted cree que tiene :

Señale sus características positivas

Por favor, señale lo que usted cree que podría ayudarnos a comprender su problema:

9. EDUCACIÓN (S.P)

Nombre de la escuela localización fecha ¿cómo fueron sus niveles?

Primaria.....
Secundaria.....
Bachillerato.....
Facultad.....
Postgraduados.....

¿Cómo se ajustó a la situación escolar? Poco bastante mucho excelente
Escriba algunas situaciones significativas en relación al colegio y que usted crea que han repercutido sobre su problema actual.....

.....
.....

¿Intereses y entretenimientos cuando era niño?.....

.....
.....

¿Intereses y entretenimientos en el presente?.....

.....
.....

10. RELIGIÓN (S.P)

¿Es usted una persona religiosa?..... Si lo es, católica..... Otras.....

¿En la actualidad asiste a otras ceremonias religiosas?.....

Si es así, descríbalas.....

.....
.....

11 RELACION SOCIAL

Personas fuera de la familia con las que se relaciona habitualmente. ¿Qué le aportan?

¿Ha tenido conflictos con compañeros y/o amigos?

Te ayudamos a ayudarte

Consulta psicológica Despertares
Tf. 91 200 8975

Anexo 2

Escala de inadaptación (EI)

Inicio

ESCALA DE INADAPTACIÓN (EI)
(Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)

Nombre: _____ Código/DNI: _____
 Edad: _____ Género: Mujer Hombre. Entrevistador/a: _____
 Fech. _____

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se sealan a continuación

TRABAJO

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo se ha visto afectado

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

VIDA SOCIAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

© Ediciones Pirámide

TIEMPO LIBRE

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva...) se han visto afectadas:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

RELACIÓN DE PAREJA

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

VIDA FAMILIAR

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

ESCALA GLOBAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Anexo 3

Test SCL90-R

Duaino S.2

SCL-90-R.

Nombre: _____ Fecha: _____

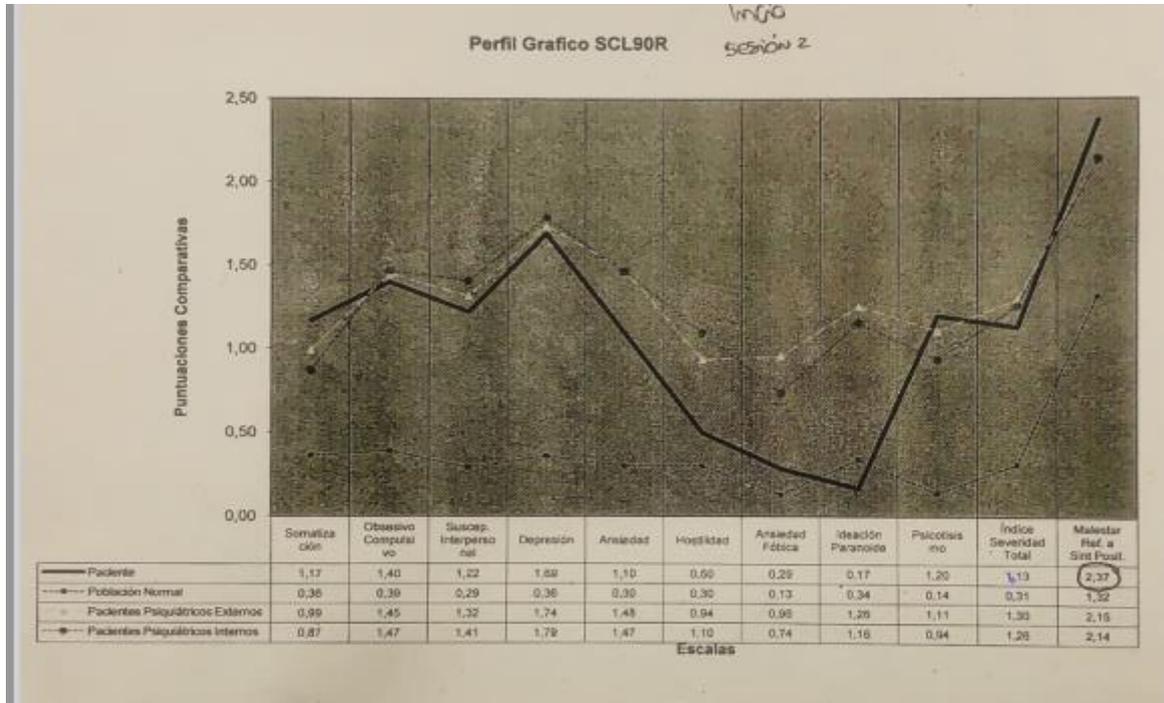
Exponemos a continuación una lista de problemas de molestias que la gente experimenta algunas veces. Léale con atención. Ponga un número que según la codificación mejor describa cuanto le ha afectado o aquejado ese problema durante la semana pasada incluyendo el día de hoy. Utilice lápiz, no bolígrafo, si cambia de opinión bórrelo y ponga el número que crea que mejor describe su molestia.

Aut. Ignacio Nieto Sánchez

	NADA 0	POCO 1	REGULAR 2	MUCHO 3	EXTREMO 4
1.- Dolores de cabeza				X	
2.- Nerviosismo o agitación interior.				X	
3.- Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no abandonan su mente.				X	
4.- Desmayos o mareos.		X			
5.- Pérdida del interés o del placer sexual.			X		
6.- Sentirse crítico respecto de los demás.				X	
7.- La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos.					X
8.- El sentimiento de que los demás son los culpables de los problemas de usted.	X				
9.- La dificultad de recordar las cosas.	X				
10.- La preocupación por del desorden o descuido.			X		
11.- Facilidad de ser irritado o enojado.				X	
12.- Dolores de pecho o corazón.			X		
13.- Sentimiento de miedo en la calle o en espacios abiertos.	X				
14.- Sentirse bajo de energía y sin ímpetu.		X			
15.- Ideas de suicidio	X				
16.- Oír voces que otras personas no oyen.	X				
17.- Temblores.			X		
18.- Sentimientos de desconfianza hacia los demás.	X				
19.- Tener poco apetito.	X				
20.- Llorar fácilmente.				X	
21.- Sentimiento de timidez o incomodidad con el sexo opuesto.	X				
22.- Sentimiento de encontrarse atrapado.		X			
23.- Miedos repentinos o inmotivados.	X				
24.- Expresiones de ira que no puede controlar.	X				
25.- Sentimientos de miedo a salir solo de casa.	X				
26.- Acusarse Ud. mismo de algunas cosas.				X	
27.- Dolores en la parte baja de la espalda.	X				
28.- Sentirse bloqueado para acabar cosas.				X	
29.- Sentimientos de soledad.				X	

31.- Preocupación excesiva por las cosas.			X		
32.- Desinterés por las cosas.		X			
33.- Sentirse temeroso.		X			
34.- Un exceso de facilidad para sentir heridos sus sentimientos.				X	
35.- La impresión de que los demás están enterados de sus pensamientos íntimos.	X				
36.- El sentimiento de que los demás no le entienden o son antipáticos.			X		
37.- El sentimiento de que la gente no es amistosa o que usted no les agrada.	X				
38.- Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que están bien hechas.	X				
39.- Palpitaciones y aceleramientos del ritmo cardiaco.				X	
40.- Nauseas o trastornos estomacales.	X				
41.- Sentimientos de inferioridad.			X		
42.- Dolores musculares.	X				
43.- Sensaciones de ser vigilado o criticado por los demás.	X				
44.- Dificultad de conciliar el sueño.		X			
45.- Tener que comprobar una y otra vez las cosas que hace.	X				
46.- La dificultad de tomar decisiones.			X		
47.- Sentimientos de miedo a viajar en autobús, metro o tren.	X				
48.- Dificultades para respirar.					X
49.- Intervalos de calor o frío.	X				
50.- Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan.	X				
51.- Quedarse con la mente en blanco.		X			
52.- Adormecimiento u hormigueo en algunas partes del cuerpo.	X				
53.- Sentir un nudo en la garganta.					X
54.- Pesimismo ante el futuro.	X				
55.- Dificultad en concentrarse.				X	
56.- Sentimientos de debilidad en algunas partes del cuerpo.	X				
57.- Sentirse tenso.			X		
58.- Sentimientos de pesadez en los brazos y piernas.	X				
59.- Pensamientos sobre su muerte.	X				
60.- Comer demasiado.	X				
61.- Sentimiento de inquietud cuando la gente le observa o habla de usted.	X				

	NADA 0	POCO 1	REGULAR 2	MUCHO 3	EXTREMO 4
62.- Tener pensamientos que le parecen como si no fueran suyos.				X	
63.- Impulsos de golpear, herir o dañar a alguien.	X				
64.- Despertarse de madrugada.					X
65.- Necesidad de repetir las mismas acciones, tales como tocar, lavar, contar, etc.	X				
66.- Sueño inquieto o perturbado.					X
67.- Tener ganas de romper o estrellar algo.	X				
68.- Tener pensamientos o creencias que los demás no comparten.	X				
69.- La sensación de que la gente se fija en exceso en usted.	X				
70.- Sentirse inquieto entre las multitudes, por ejemplo en las tiendas o en el cine.	X				
71.- Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.		X			
72.- Momentos de terror o pánico.	X				
73.- Sentirse incómodo al comer y beber en público.	X				
74.- Discutir constantemente.	X				
75.- Sentirse nervioso cuando le dejan solo.			X		
76.- Sentir que los demás no valoran los aciertos de Ud., adecuadamente.		X			
77.- Sentirse solo, incluso cuando está acompañado.	X				
78.- Sentirse tan inquieto que no puede estar ni sentado.	X				
79.- Sentimientos de inutilidad.			X		
80.- Sentir que algo malo va a ocurrir.	X				
81.- Momentos de necesidad de gritar o tirar objetos.	X				
82.- Sentir miedo de desmayarse en público.	X				
83.- Sentimientos de que los demás se aprovecharan de Ud. si los deja.	X				
84.- Tener pensamientos sexuales que le molestan mucho.	X				
85.- La idea de que debería ser castigado por sus pecados.	X				
86.- Pensamientos e imágenes de algo espantoso.	X				
87.- La idea de que su cuerpo padece algo grave.		X			
88.- La incapacidad de sentirse cercano a otra persona.	X				
89.- Sentimientos de culpabilidad.				X	
90.- La idea de que algo anda mal en su mente.					X



Anexo 4

Test ISRA (medida pre)

ISRA

Caso ... : [REDACTED] *SESIÓN 2* Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan situaciones en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a respuestas que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la frecuencia con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

0: Casi nunca 1: Pocas veces 2: Unas veces sí y otras no 3: Muchas veces 4: Casi siempre

Vea los ejemplos siguientes:

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

	1. Me desconcierta: no sé que hacer	2. Tengo la impresión de que soy un inútil.	3. No puedo concentrarme en el trabajo.	4. Tengo dificultades para dormir	5. Pierdo en repetido	Respuestas
Situaciones						Observaciones
1.	Si un problema me preocupa mucho.					
2.	Cuando pierdo un objeto que tenía en mucha estima.					

Deberá leer la situación 1 y cada una de las respuestas que están sobre la columna en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5.

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (la número 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en las casillas que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación utilice el margen derecho de la hoja (Observaciones)

SEPTIEMBRE 2

F

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI
3	OTRAS VECES NO
4	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

1	Sientes molestias en el estómago.
2	Me sudan las manos u otra parte del cuerpo. Batido en frío, etc.
3	Me tiemblan las manos o las piernas.
4	Me duele la cabeza.
5	Me cuerpo está en tensión.
6	Trabajo palpitations, el corazón me late más de lo normal.
7	Me falta el aire y mi respiración es entrecortada.
8	Siento náuseas o mareos.
9	Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.
10	Tengo escalofríos y frío aunque no hace mucho frío.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1. Ante un examen es el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.			3	4	4			3	1	4	1												
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.	0	0	0	0			2	1		0													
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.	3	1	1	3			2	3	0	2													
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.				4																			
5. En mi trabajo o cuando estudio.	2		0	3			2			2													
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.	0						2		2	1													
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.			1				2	0	0	0													
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.	1		3	3			3	1	0	1													
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que puedo ser evaluado negativamente.			2						3	0	3												
10. Si tengo que hablar en público.	0		1	2			4	2	0	3	0												
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridiculizado, temido, humillado, solo o rechazado.							2	2	2														
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.	2	1	1				1	1	1	1													
13. Después de haber cometido algún error.	3	3	3						3														
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.				0					0														
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.			1	2					1	2													
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.		1	1	3	3				1	1													
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.	1	0	1	0					0														
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.	2		1	2					1	1													
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.			0						0	1	0	0	0										
20. Al observar escenas violentas.	1								1	0	0												
21. Por nada en concreto.	3		1	3					1	2	0	2											
22. A la hora de dormir.				2																			
23. Escribe una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.																							

Σ 8

SESIÓN 2

Baremo utilizado: **Mujeres normal** I.D.: [REDACTED]
 Fecha: _____

ISRA (Interpretación)

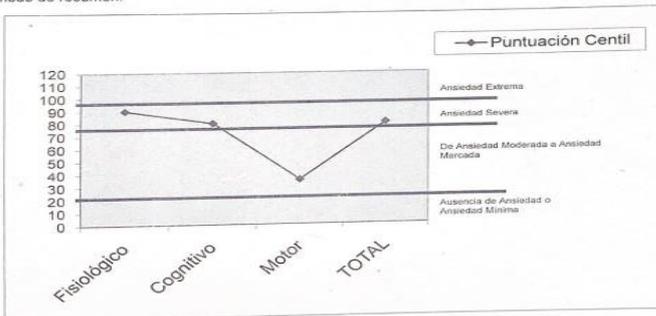
Según las puntuaciones obtenidas por el sujeto el nivel de ansiedad para cada uno de los sistemas de respuesta:

Sistema de Respuesta	Punt. Directa	Centil	Nivel de Ansiedad
Cognitivo	97	80	Ansiedad Severa
Fisiológico	79	90	Ansiedad Severa
Motor	32	35	De ansiedad moderada a Ansiedad Marcada

Y un nivel de Ansiedad Total o Rasgo de:

Total	Punt. Directa	Centil	Nivel de Ansiedad
Total	208	80	Ansiedad Severa

A modo de resumen:

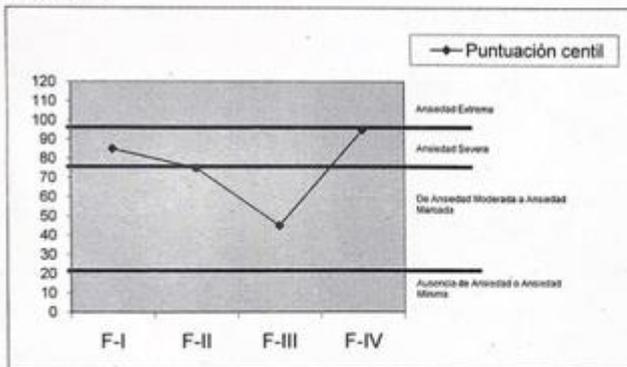


Según las puntuaciones obtenidas por el sujeto el nivel de ansiedad para los rasgos específicos que mide el test son:

SESIÓN 2

Rasgos Específicos	Punt. Directa	Centil	Nivel de Ansiedad
F-I: Ansiedad ante la evaluación	109	85	Ansiedad Severa
F-II: Ansiedad interpersonal	24	75	Ansiedad Severa
F-III: Ansiedad fóbica	25	45	De ansiedad moderada a Ansiedad Marcada
F-IV: Ansiedad ante situaciones habituales	52	85	Ansiedad Severa

A modo de resumen:



Anexo 5

Test BDI-II

PD = 27

BDI-II

Nombre: Día:

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 25 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

<p>1. Tristeza</p> <p>0. No me siento triste habitualmente <input checked="" type="radio"/> 1. Me siento triste gran parte del tiempo 2. Me siento triste continuamente 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0. No estoy desanimado sobre mi futuro <input checked="" type="radio"/> 1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes 2. No espero que las cosas mejoren 3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán</p> <p>3. Sentimiento de Fracaso</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0. No me siento fracasado 1. He fracasado más de lo que debería 2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso 3. Me siento una persona totalmente fracasada</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes <input checked="" type="radio"/> 1. No disfruto de las cosas tanto como antes 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que antes disfrutaba 3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba</p> <p>5. Sentimiento de Culpa</p> <p>0. No me siento especialmente culpable <input checked="" type="radio"/> 1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho <input checked="" type="radio"/> 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo 3. Me siento culpable constantemente</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0. No siento que esté siendo castigado 1. Siento que puedo ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que estoy siendo castigado</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo 1. He perdido confianza en mí mismo <input checked="" type="radio"/> 2. Estoy decepcionado conmigo mismo 3. No me gusta</p> <p>8. Auto-Críticas</p> <p>0. No me critico o me culpo más que antes <input checked="" type="radio"/> 1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser 2. Critico todos mis defectos 3. Me culpo por todo lo malo que sucede</p> <p>9. Pensamientos o Deseos de Suicidio</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio 1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo 2. Me gustaría suicidarme 3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad</p> <p>10. Llanto</p> <p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo 1. Lloro más de lo que solía hacerlo <input checked="" type="radio"/> 2. Lloro por cualquier cosa 3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo</p>
--	--

<p>11. Agitación</p> <p>0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre</p> <p>① Me siento más inquieto o agitado que de costumbre</p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0. No he perdido el interés por otras personas o actividades</p> <p>① Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades</p> <p>2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas</p> <p>3. Me resulta difícil interesarme en algo</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0. Tomo decisiones más o menos como siempre</p> <p>1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre</p> <p>② Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre</p> <p>3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>0. No me siento inútil</p> <p>1. No me considero tan valioso y útil como solía ser</p> <p>③ Me siento inútil en comparación con otras personas</p> <p>3. Me siento completamente inútil</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0. Tengo tanta energía como siempre</p> <p>① Tengo menos energía de la que solía tener</p> <p>2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas</p> <p>3. No tengo suficiente energía para hacer nada</p> <p>16. Cambios en el Patrón de Sueño</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño</p> <hr/> <p>1a. Duermo algo más de lo habitual</p> <p>①b. Duermo algo menos de lo habitual</p> <hr/> <p>2a. Duermo mucho más de lo habitual</p> <p>2b. Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a. Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormir</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0. No estoy más irritable de lo habitual</p> <p>① Estoy más irritable de lo habitual</p> <p>2. Estoy mucho más irritable de lo habitual</p> <p>3. Estoy irritable continuamente</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>① No he experimentado ningún cambio en mi apetito</p> <hr/> <p>1a. Mi apetito es algo menor de lo habitual</p> <p>1b. Mi apetito es algo mayor de lo habitual</p> <hr/> <p>2a. Mi apetito es mucho menor que antes</p> <p>2b. Mi apetito es mucho mayor que antes</p> <hr/> <p>3a. He perdido completamente el apetito</p> <p>3b. Tengo ganas de comer continuamente</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre</p> <p>1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>② Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo</p> <p>3. No puedo concentrarme en nada</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre</p> <p>① Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre</p> <p>2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer</p> <p>3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <p>① Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar</p> <p>2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora</p> <p>3. He perdido completamente el interés por el sexo</p>
---	---

<p>22. Cambio en la Imagen Corporal</p> <p>0. No creo tener peor aspecto que antes</p> <p>① Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo</p> <p>2. Siento que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo</p> <p>3. Creo que tengo un aspecto horrible</p> <p>23. Dificultades Laborales</p> <p>0. Trabajo igual que antes</p> <p>① Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo</p> <p>2. Tengo que obligarme mucho para hacer todo</p> <p>3. No puedo hacer nada en absoluto</p>	<p>24A. Pérdida de Peso</p> <p>① Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada</p> <p>1. He perdido más de 2 kilos</p> <p>2. He perdido más de 4 kilos</p> <p>3. He perdido más de 7 kilos</p> <p>24B. Dieta para adelgazar</p> <p>0. Estoy bajo dieta para adelgazar</p> <p>① No estoy bajo dieta para adelgazar</p> <p>25. Preocupaciones por Problemas Físicos</p> <p>0. No estoy más preocupado por mi salud que lo normal</p> <p>① Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento</p> <p>2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más</p> <p>3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa</p>
--	--

_____ Puntuación Página 1
 _____ Puntuación Página 2
 _____ Puntuación TOTAL. Págs. 1 + 2
 _____ Puntuación Página 3
 _____ Puntuación TOTAL. Págs. 1 + 2 + 3

Anexo 6

Test Millón (MCMI - II)

MCMI - II
EVAL INICIAL

TEST DE MILLON - (MCMI-II)

Nombre y apellidos _____
 Edad: _____ Fecha: _____

V	F	V	F				
1	X	51	X	101	X	151	X
2	X	52	X	102	X	152	X
3	X	53	X	103	X	153	X
4	X	54	X	104	X	154	X
5	X	55	X	105	X	155	X
6	X	56	X	106	X	156	X
7	X	57	X	107	X	157	X
8	X	58	X	108	X	158	X
9	X	59	X	109	X	159	X
10	X	60	X	110	X	160	X
11	X	61	X	111	X	161	X
12	X	62	X	112	X	162	X
13	X	63	X	113	X	163	X
14	X	64	X	114	X	164	X
15	X	65	X	115	X	165	X
16	X	66	X	116	X	166	X
17	X	67	X	117	X	167	X
18	X	68	X	118	X	168	X
19	X	69	X	119	X	169	X
20	X	70	X	120	X	170	X
21	X	71	X	121	X	171	X
22	X	72	X	122	X	172	X
23	X	73	X	123	X	173	X
24	X	74	X	124	X	174	X
25	X	75	X	125	X	175	X
26	X	76	X	126	X		
27	X	77	X	127	X		
28	X	78	X	128	X		
29	X	79	X	129	X		
30	X	80	X	130	X		
31	X	81	X	131	X		
32	X	82	X	132	X		
33	X	83	X	133	X		
34	X	84	X	134	X		
35	X	85	X	135	X		
36	X	86	X	136	X		
37	X	87	X	137	X		
38	X	88	X	138	X		
39	X	89	X	139	X		
40	X	90	X	140	X		
41	X	91	X	141	X		
42	X	92	X	142	X		
43	X	93	X	143	X		
44	X	94	X	144	X		
45	X	95	X	145	X		
46	X	96	X	146	X		
47	X	97	X	147	X		
48	X	98	X	148	X		
49	X	99	X	149	X		
50	X	100	X	150	X		

MCMII - II
EVAL. INEVAL.

Variable	T.B.
X	55
Y	69
Z	33
1	39
2	27
3	109
4	40
5	18
6A	4
6B	8
7	111
8A	10
8B	46
S	43
C	35
P	50
A	85
H	73
N	35
D	61
B	40
T	6
SS	27
CC	47
PP	61

TEST DE MILLON - MCMII-II

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

[Redacted identification data]

Interpretación de los Resultados

- Esquizoide No Significativo
- Fóbica No Significativo
- Dependiente Necesidad excesiva de que se ocupen de uno, sumisión, adhesión y temores de separación
- Histriónica No Significativo
- Narcisista No Significativo
- Antisocial No Significativo
- A-Sádica No Significativo
- Compulsiva Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la *evaluación*
- P- Agresiva No Significativo
- Masoquista No Significativo

- Esquizotípica No significativo
- Límite No significativo
- Paranoide No significativo

- Ansiedad Trastorno moderado
- Somatización Significativo
- Hipomanía No Significativo
- Distimia Significativo
- A. Alcohol No Significativo
- A. Drogas No Significativo

- P. Psicótico No significativo
- Depresión M. No significativo
- T. Delirante No significativo

Nombre del paciente:
Edad:
Fecha:
Evaluador:

MCM I - II
EVAL INICIAL

Variable	P.D.	Total T.B.
V-Validez	0	
X-Sinceridad	321	55
Y-Deseabilidad	14	69
Z-Alteración	12	33
1-Esquizoide	18	39
2-Fóbica (Evitativa)	17	27
3-Dependiente	43	109
4-Histriónica	24	40
5-Narcisista	22	18
6A-Antisocial	10	4
6B-Agresivo/Sádica	17	8
7-Compulsiva (Rígida)	47	111
8A-Pasivo/agresiva (Negativista)	17	10
8B-Autodestructiva (Masoquista)	24	46
S-Esquizotípica	14	43
C-Límite (Bordeline)	23	35
P-Paranoide	25	50
A-Ansiedad	23	85
H-Histeriforme/Somatoforme	21	73
N-Hipomanía	20	35
D-Neurosis depresiva-distimia	22	61
B-Abuso de alcohol	17	40
T-Abuso de drogas	12	6
SS-Pensamiento psicótico	9	27
CC-Depresión mayor	18	47
PP-Delirios psicóticos	12	61

Nota: Ignore si FALSO
Interprete cuando lea Test Válido en V y en X.

TEST DE MILLON (MCM I-II)

Perfil del MCM I-II

Anexo 7

Clausula informativa sobre protección de Datos (RGDP)

CLAUSULA INFORMATIVA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS (RGPD)

Nombre del tratamiento: HISTORIALES
Colectivo de interesados: PACIENTES

Información sobre Protección de Datos

Responsable del tratamiento

Identificación	GRUPO DESPERTARES SALUD, S.L.U.	NIF: B87242939
Dirección	Madrid, 2 - 1º 6 C.P. 28911 LEGANES (Madrid)	
Teléfono	910168670	E-mail info@consultadespertares.com

Finalidad del tratamiento
Los datos personales aportados por el interesado serán tratados por el Gabinete Psicologico con la finalidad de prestarle los servicios de atención Psicologica solicitados, gestionar su Historial Clínico, así como realizar la gestión administrativa y económica derivada de los servicios prestados.
Ademas para informarle por cualquier medio, incluidos los medios electrónicos, de recordatorios de citas, revisiones o de cualquier cuestión relacionada con los servicios prestados o sobre productos o servicios ofertados que pudieran ser de su interes. Puede oponerse a estas ultimas finalidades marcando la casilla en el apartado "Derechos del interesado".

Tiempo de conservación
Se mantendrán su datos personales mientras sea tratado como paciente, si causara baja mientras usted no solicite la supresión de los mismos, y en cualquier caso durante el tiempo necesario para cumplir con los plazos segun la legislación sanitaria, fiscal o cualquier otra normativa que afecte a la relacion como Paciente.

Legitimación del tratamiento
La legitimación para el tratamiento esta basada en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomia del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, legislación fiscal, cualquier otra legislación que afecte a la relacion como Paciente, y el consentimiento del interesado.

Destinatarios de comunicaciones o cesiones
Los datos aportados por el interesado podran ser cedidos o comunicados a:
- Profesionales colaboradores del Gabinete
- Entidades Aseguradoras si fuera necesario gestionar el pago de los servicios prestados por el Gabinete profesional.
En los casos necesarios se mantendran los correspondientes contratos de encargo de tratamiento.
No esta previsto realizar ninguna otra cesion o comunicacion de datos, si fuera necesario realizar otras cesiones o comunicaciones de datos, se le comunicara previamente.

Derechos del interesado
Puede ejercer todos los derechos según la legislación vigente sobre protección de datos.
Obtener confirmación por parte del responsable del tratamiento de si se están tratando o no datos personales que le conciernen. Acceder a sus datos personales, solicitar la rectificación de datos inexactos, solicitar la supresión de datos que ya no sean necesarios para los fines que se recogieron, solicitar la limitación u oposición del tratamiento de los datos, conservándose en este caso únicamente para el ejercicio de posibles reclamaciones, y solicitar la portabilidad de sus datos.
En caso de que tratemos sus datos para alguna finalidad en la que hayamos solicitado su previo consentimiento, tiene derecho a retirar el mismo en cualquier momento sin que ello afecte a la licitud del tratamiento previo a su retirada.
Puede ejercer los derechos indicados anteriormente ante el responsable del tratamiento, cuyos datos figuran en este documento, aportando el correspondiente documento que le identifique.
Si lo desea puede solicitar los formularios necesarios para facilitarle el ejercicio de sus derechos.
Asimismo puede presentar su reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos en la calle Jorge Juan nº 6 código postal 28001 de Madrid o en la Web www.agpd.es

NO autorizo el envío de recordatorios para citas y revisiones.
 NO autorizo el envío de información con fines comerciales relativos a servicios médico-sanitarios

He leído y entiendo la información facilitada y consiento el tratamiento de mis datos conforme a lo indicado.

Fecha: ____ de ____ de ____ Firmado: _____

Nombre y apellidos Paciente: _____ DNI: _____

Nombre y apellidos Rep.Legal: _____ DNI: _____

Anexo 8

Test ISRA (medida post)

C

	0	1	2	3	4
0	CASI NUNCA				
1	POCAS VECES				
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO				
3	MUCHAS VECES				
4	CASI SIEMPRE				

	a	b	c	d	e	f	g
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante	4					3	3
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita	4						
3. Cuando paso en las muchas cosas que tengo que hacer				4	3		Σ S
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil	4					1	
5. En mi trabajo o cuando estudio			2	2			
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido	0	0		1			0
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima				2			
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto		1					2
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente						2	4
10. Si tengo que hablar en público	2			1	1	3	
11. Cuando paso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado						1	
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco			0		1	0	
13. Después de haber cometido algún error				4	3	4	4
14. Ante la consulta del dentista, las infecciones, las heridas o la sangre	1						
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo					0		
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros						2	
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados	1			0	1	1	1
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva			3			1	
19. En lugares altos, o ante aguas profundas	1	0	1		0		0
20. Al observar escenas violentas	0	0			3		
21. Por salir en sociedad	3	3	3	3	2		
22. A la hora de dormir	2	1					1
23. Escribe una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas							
	Σ R						TOTAL

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

ISRA (Interpretación)

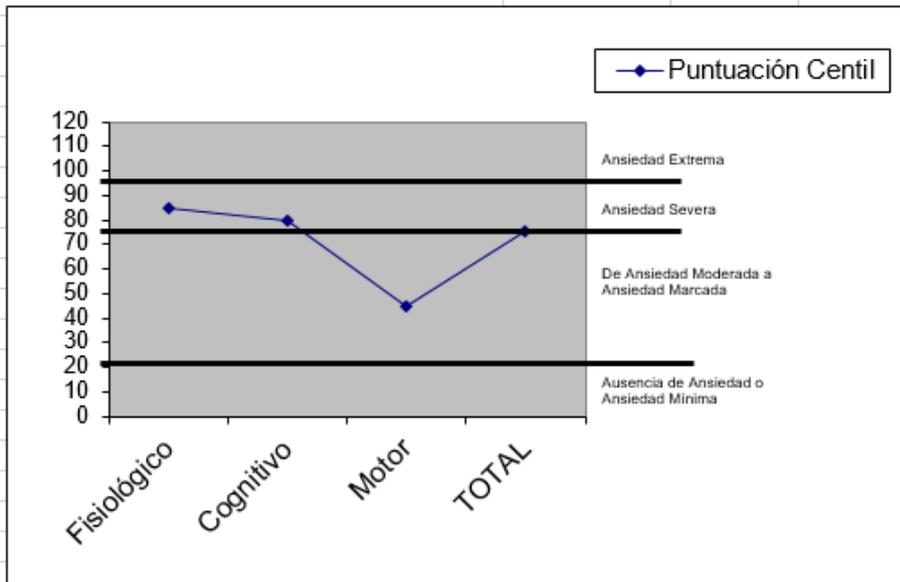
Según las puntuaciones obtenidas por el sujeto el nivel de ansiedad para cada uno de los sistemas de respuesta:

Sistema de Respuesta	Punt. Directa	Centil	Nivel de Ansiedad
Cognitivo	98	80	Ansiedad Severa
Fisiológico	65,5	85	Ansiedad Severa
Motor	36	45	De ansiedad moderada a Ansiedad Marcada

Y un nivel de Ansiedad Total o Rasgo de:

Total	199,5	75	Ansiedad Severa
--------------	--------------	-----------	------------------------

A modo de resumen:



Según las puntuaciones obtenidas por el sujeto el nivel de ansiedad para los rasgos específicos que mide el test son:

Rasgos Específicos	Punt. Directa	Centil	Nivel de Ansiedad
F-I: Ansiedad ante la evaluación	101	80	Ansiedad Severa
F-II: Ansiedad Interpersonal	25	80	Ansiedad Severa
F-III: Ansiedad fóbica	13	20	De ansiedad moderada a Ansiedad Marcada
F-IV: Ansiedad ante situaciones habituales	38	90	Ansiedad Severa

A modo de resumen:

