



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2015/2016  
Convocatoria Junio

**Modalidad:** Estudio de caso clínico

**Titular:** Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de ansiedad generalizada

**Autor:** Natalia Castro Molina

**Tutor:** Diego Maciá Antón

Elche a 30 de Junio de 2016

## Índice

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	3
3. Descripción del caso.....	5
4. Estrategias de evaluación.....	6
5. Formulación clínica del caso.....	8
6. Aplicación del tratamiento.....	11
7. Resultados.....	16
8. Discusión.....	18
9. Referencias bibliográficas.....	21
Tabla 1.....	8
Tabla 2.....	14
Tabla 3.....	18
Tabla 4.....	18
Figura 1.....	17

## Resumen

Se presenta los resultados de la intervención en el caso de un varón de 35 años con trastorno de ansiedad generalizada. Los instrumentos utilizados en la evaluación fueron , una entrevista conductual semiestructurada, un listado de síntomas, la entrevista para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV) , el cuestionario de preocupación y ansiedad (WAQ) y el inventario de estado-rasgo de ansiedad (STAI). Se aplicó un tratamiento cognitivo conductual, siguiendo el modelo propuesto por el grupo de M.J. Dugas, añadiendo el entrenamiento en autoinstrucciones y el entrenamiento en respiración diafragmática debido a las características del paciente. Los resultados obtenidos en las a lo largo de toda la intervención mostraron la consecución de los objetivos, su nivel de ansiedad descendió, aprendió nuevas estrategias de afrontamiento y consiguió controlar las preocupaciones excesivas que eran el desencadenante de la respuesta de ansiedad. El siguiente trabajo aporta evidencias de la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en un caso clínico de trastorno de ansiedad generalizada en adultos.

**Palabras Clave:** Trastorno de ansiedad generalizada, tratamiento cognitivo-conductual, experimento caso único, caso clínico, tratamiento grupo de Dugas.

## Introducción

El objetivo de este trabajo es mostrar la intervención para un caso de ansiedad generalizada en un adulto aplicando un tratamiento cognitivo-conductual basándose en el modelo propuesto por el grupo de Dugas (Dugas y Koerner, 2005; Dugas y Ladouceur, 1997).

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una preocupación y ansiedad excesiva (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades ( 5<sup>a</sup> edición , American Psychiatric Association [ APA ] , 2014 ).

Los temas más habituales de las preocupaciones suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria (familia, amigos, relaciones interpersonales, trabajo). Las preocupaciones pueden ser por cuestiones menores tales como faenas domésticas, reparación del coche o llegar tarde a un sitio o a una cita (DSM-5, 2014). En comparación con las preocupaciones físicas o económicas, las preocupaciones sociales parecen tener más peso a la hora de predecir la tendencia general a preocuparse (Dugas y Ladouceur, 1997).

Otra característica distintiva es que el centro de la ansiedad y preocupación no se limita a lo que es propio de otros trastornos (Bados, 2005), como sentir malestar en público (ansiedad social o fobia social) la posibilidad de tener un ataque de pánico (trastorno de pánico) o contaminarse (trastorno obsesivo-compulsivo).

Además, según el DSM-5 (APA, 2014), los criterios que se han de cumplir son, que la ansiedad y la preocupación excesiva se han de producir durante más días de lo que han estado ausente durante un mínimo de 6 meses, que al individuo le cueste controlar la preocupación, que la ansiedad y la preocupación se asocien a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño. Otro de los criterios es que la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan deterioro y afectan a áreas importantes del funcionamiento, que la alteración no se pueda atribuir a los efectos fisiológicos de otra sustancia y que la alteración no se explica mejor otro trastorno mental.

En cuanto al tratamiento, según la APA (2006), los tratamientos que tienen apoyo experimental fuerte, son terapias cognitivas (reestructuración cognitiva), las terapias conductuales (relajación aplicada, programación de un “tiempo de preocupación” así como planificación de actividades placenteras y exposición controlada a pensamientos y situaciones que se evitan), la terapia cognitivo conductual, que realiza una combinación de aproximaciones cognitivas y conductuales, y el entrenamiento en manejo de la ansiedad que se compone de una combinación de relajación y reestructuración cognitiva.

En este caso se realizará un tratamiento cognitivo-conductual basado en el programa del grupo de Dugas (Dugas y Koerner, 2005; Dugas y Ladouceur, 1997) adaptado a las necesidades del paciente. Lo que se pretendía con este tratamiento es que Javier fuera capaz de identificar sus preocupaciones y que pudiera controlar su nivel de ansiedad, así como las respuestas ocasionadas por ésta en sus tres niveles (cognitivo, fisiológico y motor). La intervención incluyó todos los componentes del programa de tratamiento del grupo de Dugas, que consisten en: conceptualización del problema y justificación del tratamiento (psicoeducación), entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones y del tipo de éstas, resolución de problemas, exposición funcional cognitiva, reevaluación de la utilidad de cada preocupación específica, prevención de recaídas. . Ladouceur y cols. (2000) evaluaron la eficacia del tratamiento aplicado individualmente con un grupo de lista de espera, y observaron que el grupo tratado se mostró superior al grupo control en el postratamiento en medidas de preocupación, gravedad del TAG, ansiedad y depresión. Dos tercios de los pacientes respondieron al tratamiento y pudieron considerarse muy recuperados. El 77% dejaron de presentar TAG y también hubo una reducción del número de trastornos comórbidos y todas estas mejoras se mantuvieron en los seguimientos a los 6 y 12 meses.

Además, dadas las características de Javier se decidió añadir al tratamiento el entrenamiento en respiración diafragmática de Benson (1975), enseñar cómo hay que respirar para relajarse de Cautela y Groden (1985), así como el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum (1977)

Asimismo, a lo largo de todo el tratamiento, se emplearon técnicas basadas en los principios de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002), como mostrar empatía, fomentar las expectativas de autoeficacia, etc.

## **Descripción del caso**

### **Identificación del paciente**

El paciente llamado Javier (nombre figurado) es un varón de 35 años, casado desde hace 7 y sin hijos. Es licenciado en Economía y actualmente trabaja como director del departamento de finanzas en una gran multinacional.

### **Motivo de consulta**

Javier acude a consulta debido a que afirma que siente un malestar generalizado casi todos los días y no comprende el motivo, ya que afirma que en muchas ocasiones se empieza a sentir mal estando en su propia casa y sin tener ningún problema previo. Debido a este malestar Javier dice sentirse desanimado ya que no puede controlarlo, lo que le está llevando a tener muchos problemas en todo su entorno.

Javier nos relata que durante su infancia y adolescencia tuvo algunos problemas, pero es ahora cuando estos se han magnificado. Cuando se le pide a Javier que nos relate qué es exactamente lo que siente cuando dice que tiene malestar, él nos cuenta que en muchos momentos del día se siente mareado, irritable y con frecuentes molestias estomacales y que esos momentos del día son totalmente aleatorios, algunas veces empieza a sentirse mal en el trabajo, otras veces estando solo viendo la televisión u otras, en reuniones con amigos. Todos estos síntomas se ven agravados por parte de los familiares ya que no comprenden porque Javier siempre está enfermo si no tiene ninguna enfermedad médica ni ninguna excesiva preocupación y hacen que empeorar el estado del sujeto, ya que piensan que en muchas ocasiones esas molestias son inventadas o exageradas.

Todo esto da a lugar a que Javier esté constantemente preocupado por su salud y desanimado, ya que ni él ni su entorno comprende la causa de esas molestias diarias y tras haber consultado a su médico de cabecera decide acudir a nuestra consulta.

### **Historia del problema**

Javier no sabe situar el momento exacto de la aparición de este problema, ya que afirma, que siempre se ha encontrado mal por varias causas distintas. Con la edad de 8 años tuvo que hacer frente a la separación de sus padres, lo que le generó a padecer una ansiedad por separación, más tarde en el instituto nos cuenta que también lo pasaba mal y aunque consiguió forjar una red de amistades bastantes cercanas siempre tuvo un nivel

de ansiedad y preocupación más alto que el resto de sus compañeros. A los tres años de estar casados, tuvieron que intervenir a su mujer de un bocio y aunque ella misma afirma que se siente bien y recuperada, para Javier esto supuso un verdadero trauma y según nos dice su mujer, desde ese momento él siempre está pendiente de su estado de salud y lo pasa verdaderamente mal cuando ella coge un simple resfriado.

Por lo que se ha podido comprobar, durante toda su vida Javier siempre ha tenido un nivel de ansiedad y preocupación diferente al resto de su entorno, y aunque no fuera excesivamente alto le ha interferido en muchas áreas de su vida de distinta manera, por lo que actualmente Javier se encuentra bastante deprimido, ya que piensa que es diferente al resto y que tanto sus amistades como sus familiares le rechazan debido a que piensan que su comportamiento no puede ser normal y por lo tanto creen que se lo inventa en la mayoría de ocasiones.

### **Estrategias de evaluación**

#### **Instrumentos utilizados**

Para la evaluación de Javier se emplearon cinco instrumentos para evaluar la ansiedad:

- La entrevista conductual semiestructurada basada en el modelo de Fernández Ballesteros (2011) y un listado de síntomas . La entrevista está compuesta por las siguientes áreas: datos personales, descripción de la demanda y el problema, otros potenciales problemas, condiciones familiares actuales, historia familiar, historia de la educación y formación, historia laboral, historia de intereses y entretenimiento, relaciones interpersonales, vida sexual, historia de su salud y valores, creencias y sí mismo. Junto a la entrevista se le proporcionó un listado de síntomas, donde el paciente tuvo que señalar los que padecía.
- La entrevista para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV) de Brown, DiNardo y Barlow (1994), para descartar otros trastornos de ansiedad, así como, evaluar la comorbilidad con otros trastornos como, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de abuso/dependencia de sustancias psicoactivas, así como también la ansiedad y depresión a partir de las escalas de Hamilton. En cuanto a sus propiedades psicométricas, la fiabilidad test-retest varía en población de adulta de 0,68 hasta 1. En la evaluación de los resultados se le dió una importancia especial al apartado del trastorno de ansiedad generalizada que

incluían, las condiciones que agravan o reducen el problema, las preocupaciones, la interferencia del problema en la vida diaria. Las preocupaciones de Javier giraban en torno a su trabajo (reuniones de trabajo, presencia de síntomas, tales como sudoración o mareos durante estas y posibles enfados de su jefe que le pueden llevar al despido) y respecto a su mujer ( quejas de falta de tiempo para estar con ella y enfados respecto a su actitud en el trabajo). Las condiciones que agravan el problema, es la aproximación del día de la reunión, las discusiones con su jefe y los pensamientos de un posible ataque. Por el contrario las condiciones que reducen la posibilidad de un nuevo ataque son la presencia de días no laborables o de vacaciones, los halagos de su jefe y la ausencia de reuniones cercanas. Además en interferencia de estos problemas en su vida diaria ha obtenido una puntuación de 7, por lo que le cuesta más concentrarse, se encuentra más irritable y tiene problemas para conciliar el sueño.

- El cuestionario de preocupación y ansiedad (WAQ) de Dugas y cols (2001) validado en población española por Ibáñez et al. (2000), que consta de 11 ítems agrupados en 6 preguntas que realizan la evaluación a partir de los criterios diagnósticos del TAG según el DSM-IV. Sus propiedades psicométricas han sido demostradas obteniendo una elevada consistencia interna (0,9) y fiabilidad test-retest (0,8), validez convergente y discriminante y una estructura bidimensional, con los síntomas cognitivos y somáticos, que han obtenido una correlación de 0,72. Los resultados de Javier reflejan un alto grado de incidencia de los diferentes criterios del TAG a nivel tanto de los síntomas cognitivos como de los somáticos , siendo los criterios de grado en que las preocupaciones son percibidas como excesivas (6), interferencia producida por la preocupación en la vida cotidiana (8), dificultades para concentrarse (7), irritabilidad (7) y problemas para dormir (7) los que mayor puntuación han obtenido.
- El inventario de estado-rasgo de ansiedad (STAI) de Spielberger y cols. (1983) para evaluar si la ansiedad es producto del estado actual del sujeto o si pertenece a un rasgo de la propia personalidad de Javier. Se aplicó la adaptación española realizada por Spielberg et al. (2008). Presenta unas propiedades psicométricas adecuadas, siendo su consistencia interna superior a 0,80 (0,90-0,93) y una fiabilidad test-retest de entre 0.73-0.86. En lo referente a las puntuaciones



obtenidas se ha observado una clara diferencia entre la ansiedad rasgo y la ansiedad estado de sujeto. Mientras que en ansiedad rasgo se ha obtenido una puntuación de 29 que es considerada bastante baja debido a que el rango de puntuaciones oscila entre 20-80 para cada escala, en la ansiedad estado se ha alcanzado una puntuación de 68, cifra muy alta revelando que existe un problema de ansiedad debido a la situación actual del sujeto.

- Registros de observación (tabla 1) cumplimentados por el propio Javier siguiendo el modelo propuesto por Wells (1997) en el que se apunta fecha, situación, disparador de la preocupación, descripción de la preocupación, pensamientos negativos sobre la preocupación (preocupación acerca de la preocupación), tipo e intensidad (0-100) de la reacción emocional, respuesta a la preocupación acerca de la preocupación y recalificación de la emoción. En la información recogida en el registro semanal de ansiedad, Javier anotó un total de 55 preocupaciones en la primera semana de registro, relacionadas con su trabajo, su estado de salud, sus padres y su mujer, y con una intensidad media entre 7/10. Debido al alto grado de ansiedad, el sujeto sentía un malestar significativo que le repercutía en casi todas las áreas de su vida.

Tabla 1. Autorregistro de Ansiedad

Fecha	Situación ¿Dónde estoy, qué estoy haciendo?	Disparador de la preocupación	Pensamientos negativos sobre la preocupación	Intensidad de la reacción emocional (0- 100)	Respuesta ¿Qué pienso y qué hago para solucionarlo?	Recalificación de la emoción ¿Cómo me siento después?
-------	---	-------------------------------------	---	---	--	--

## Formulación clínica del caso

### Análisis Funcional

Para elegir el tratamiento adecuado para Javier, se decidió realizar un análisis funcional para descubrir y explicar la conducta problema, así como las variables que mantienen el problema y los antecedentes tanto externos como internos.

Para la recogida de datos se utilizó las situaciones apuntadas en el autorregistro que presentaban los niveles más altos de intensidad de la reacción emocional,

A continuación se expone el análisis de todas las variables relacionadas con la conducta problema obtenido con los datos del autorregistro así como los demás instrumentos de evaluación.

### *Antecedentes*

#### Externos:

- Llamada de sus padres
- Reunión con amigos
- Estado de salud de su mujer
- Discusión con su jefe

#### Internos

- Pensamientos acerca de su estado de salud
- Pensamientos acerca del estado de salud de su mujer
- Pensamientos acerca de que los demás le juzguen por su comportamiento
- Pensamientos acerca de que su mujer se puede cansar de él

#### *Variables Orgánicas*

- Ansiedad por separación en la infancia
- Diversos problemas en la adolescencia relacionados con la presencia de ansiedad y malestar físico
- -Creencias sobre la utilidad de preocuparse

#### *Respuestas*

#### Motoras:

- Duerme poco y se levanta sobresaltado
- Constantemente pregunta a su mujer por su estado de salud
- Ha dejado de realizar actividades gratificantes fuera de su horario laboral
- Siempre intenta asegurarse de que la persona con la que habla no le note extraño y le dé una mala impresión
- Sus hábitos alimentarios están alterados por su malestar

#### Fisiológicas-Emocionales:

- Ansiedad, ira, irritabilidad, problemas de sueño, mareos, náuseas, molestias estomacales, sudoración y tensión muscular.

#### Cognitivas:

- Automanifestaciones negativas: “soy débil”, “soy inferior a los demás”, “la gente de mi alrededor me ve como un bicho raro”.
- Creencias erróneas acerca del estado de salud: “van a tener que operar a mi mujer otra vez”, “nunca uno se recupera totalmente”, “yo también tengo que tener alguna enfermedad”, “estoy loco”.
- Expectativas negativas acerca del futuro: “mi mujer me va a dejar”, “si sigo con estos síntomas me van a despedir”, “tengo miedo a defraudar”, “tengo miedo a fracasar”.
- Creencias distorsionadas respecto a lo que la gente piensa de él: “mis padres y mi mujer piensan que estoy mintiendo o exagerando”, “me voy a quedar sin amigos por estar siempre mal”, “la gente me ve como un bicho raro”, “seguro que mi jefe piensa despedirme”, “mi mujer se cansará de mí”.
- Creencias negativas acerca de la preocupación: “no puedo controlar mi pensamiento”, “es imposible dejar de preocuparse”

#### Consecuencias

- A corto plazo: Refuerzo negativo al disminuir el nivel de ansiedad
- A largo plazo: Aumenta el estado de ansiedad y el nivel de preocupación

A raíz de los resultados obtenidos en los los instrumentos de evaluación, se confirmó el diagnóstico de ansiedad generalizada. Javier mostraba ansiedad y preocupación excesiva en una amplia gama de actividades durante al menos 6 meses, con malestar clínicamente significativo que conllevaba un deterioro social y que no se podía explicar mejor como consecuencia de efectos fisiológicos directos de una sustancia química, ni generado por una enfermedad médica, ni de un trastorno generalizado del desarrollo, ni de un trastorno psicótico, ni del estado de ánimo (APA, 2014).

Una vez analizada la conducta de Javier se planteó una hipótesis funcional, aplicando el modelo de intolerancia hacia la incertidumbre (Dugas et al, 2004). Según este modelo la variable de mayor importancia en estos pacientes es la intolerancia hacia la incertidumbre, entendida como como “la tendencia a reaccionar de forma negativa a nivel emocional, cognitivo y comportamental ante situaciones estresantes”. Esta intolerancia además de

relacionarse de manera directa con la preocupación lo hace también de forma indirecta a través de tres variables: las creencias positivas sobre la preocupación, la orientación negativa hacia los problemas y la evitación cognitiva (Dugas et al., 1997). Analizando los efectos de cada una de ellas, se observa que las creencias positivas sobre la preocupación afectan de modo que, según esta teoría, refuerzan la preocupación tanto positivamente (cuando después de la preocupación se soluciona un problema) como negativamente (cuando no suceden las situaciones temidas). La orientación negativa hacia los problemas está relacionada con la baja tolerancia hacia la incertidumbre, ya que que los pacientes con TAG se centran en la incertidumbre inherente a todo problema y lo valoran de forma negativa, lo que dificulta el proceso de solución de problemas. En cuanto a la evitación cognitiva y su relación con la intolerancia hacia la incertidumbre, este modelo afirma que esta intolerancia puede aumentar las preocupaciones de tipo “¿y si...?” que pueden ir acompañadas de imágenes catastrofistas, en este caso la preocupación actúa evitando las imágenes negativas y la activación psicósomática que producen, lo que hace que se mantengan por la disminución inmediata del estado de ansiedad y a largo plazo porque evita que las personas se expongan y procesen las situaciones temidas.

### **Aplicación del tratamiento**

A partir del análisis funcional se pudieron establecer los siguientes objetivos terapéuticos: (a) reducir las respuestas fisiológicas y motoras generadas en Javier, (b) saber controlar sus preocupaciones así como reducir su frecuencia, intensidad y duración (c) eliminar las conductas de escape y evitación (d) reducir el número de episodios de ansiedad.

El tratamiento que se llevó a cabo fue de tipo cognitivo-conductual basado en el programa del grupo de Dugas (Dugas y Koerner, 2005; Dugas y Ladouceur, 1997) al que se ha añadido algunos otros componentes para abordar aspectos problemáticos del paciente no contemplados en dicho programa.

Constó de 22 sesiones de una hora de duración dos veces por semana (en la tabla 2 se puede observar a modo de resumen lo trabajado en cada sesión). En la primera sesión se analizó el motivo de consulta, así como la historia del problema, mediante una recogida de información a través de una entrevista con Javier y su esposa, además se realizó el pase de la entrevista conductual semiestructurada, el listado de síntomas . En la segunda

sesión se realizó el pase de la entrevista semiestructurada ADIS-IV, el cuestionario de preocupación y ansiedad (WAQ), y el inventario de estado-rasgo de ansiedad (STAI) y como tarea para casa a partir de este momento, y para el resto de sesiones se le pidió que cumplimentara el autoregistro de ansiedad.

En la tercera a sesión tuvo lugar el análisis funcional donde se informó a Javier y a su esposa acerca de qué es la ansiedad, qué es la ansiedad generalizada y se explicó por qué se mantiene el problema, además del papel de los pensamientos y preocupaciones en el TAG. Así como se explicó los resultados de la evaluación, se analizaron los autorregistros y se acordaron los objetivos terapéutico. Además tuvo lugar la conceptualización del problema y la justificación de tratamiento. Se resolvieron dudas de la sesión anterior, se explicaron las características del TAG ofreciendo un modelo simple explicativo del mismo (se definió preocupación y su papel fundamental), se discutieron los principios básicos de la terapia cognitivo-conductual (TCC): foco en el presente, terapia estructurada y directiva, colaboración activa, actividades entre sesiones, etc.. Se habló del papel de la intolerancia a la incertidumbre en el TAG y se explicó que el objetivo final no es eliminarla sino, aceptarla y saber controlarla. Además se explicó de forma breve los componentes del tratamiento.

Desde la sesión 4 hasta la 15 tuvo lugar el entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones y del tipo de éstas y el entrenamiento en relajación, se resolvieron dudas de la sesión anterior y se explicó que el objetivo es que el paciente aprenda a identificar sus preocupaciones. Se enseñó a discernir entre los tipos de preocupación, basadas en situaciones reales y modificables o relativas a situaciones hipotéticas y poco probables. Para las preocupaciones reales se enseñó resolución de problemas, y para las hipotéticas exposición imaginal. Las preocupaciones que compartían elementos de ambos tipos se trabajaron con ambas técnicas. Además comenzó el entrenamiento en relajación, respiración diafragmática de Benson (1975) y se enseñó cómo hay que respirar para relajarse de Cautela y Groden (1985). Como tareas para casa, además del siempre presente autorregistro, en tres momentos prefijados del día Javier tenía que dejar lo que estuviera haciendo y anotar en un registro sus preocupaciones inmediatas y entrenar la relajación en casa anotando las pulsaciones antes y después.

De la sesión 5 hasta la 7 se realizó el entrenamiento en autoinstrucciones y relajación diafragmática; se repasó la sesión anterior y se observaron los autorregistros. Después empezó el entrenamiento en relajación la enseñanza de la relajación autógena continuando con la respiración diafragmática y autógena de Benson, se incidió en cómo

hay que respirar. y se realizó el entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum (1977) sobre autoverbalizaciones positivas como por ejemplo “Relájate” o “puedo conseguirlo”. Como tareas para casa adicionales se mandó volver a practicar la relajación midiendo la activación psicofisiológica antes y después, además se mandó a Javier que registrara pensamientos con alternativas de pensamiento y practicara las autoverbalizaciones positivas.

En las sesiones 6 hasta la 16 tuvo lugar el entrenamiento en resolución de problemas. Se trabajaron dos componentes: la orientación hacia el problema: Se ha de observar las reacciones afectivas, cognitivas y conductuales del paciente a los problemas, para las reacciones contraproducentes se utilizó reestructuración cognitiva y tareas conductuales. El segundo componente son las habilidades de solución de problemas, que consistió en la definición y formulación del problema de forma específica, y establecimiento de metas claras y realistas, la generación de soluciones alternativas a través del brainstorming, la toma de decisiones, la aplicación de la solución y la comprobación de su utilidad. En cuanto las tareas para casa adicionales, Javier tuvo que consultar a otras personas sobre sus problemas para cambiar la percepción del problema y colocar los problemas en una dimensión de amenaza-desafío para aprender a valorarlos de forma menos amenazante.

Durante las sesiones 7<sup>o</sup>-16<sup>o</sup> se realizó la exposición funcional cognitiva con prevención de respuesta, durante estas sesiones el procedimiento fue el siguiente: se realizó una jerarquización de las distintas imágenes identificadas en orden de menor a mayor amenaza después se hacen preguntas para que Javier describa con detalle la primera imagen en tiempo presente. Más tarde se le pidió al paciente que escriba la imagen con el mayor detalle posible, posteriormente se le leyó en voz alta para que Javier comprobara si faltaba algún elemento. Posteriormente el paciente lee en voz alta la imagen pidiéndole que lo lea de tal modo que todo el mundo pueda experimentar la sensación de tener el pensamiento. Después el paciente graba la imagen en un CD repitiéndola hasta llenarlo por completo, luego se pasa a la exposición siguiendo la jerarquía y anotando en un gráfico el nivel de ansiedad previo, el máximo durante la exposición y el post. En cuanto las tareas para casa, una vez dominada en consulta alguna imagen se le pidió a Javier que se expusiera en casa una o dos veces al día, cuando se superaba una imagen, se pasaba a la siguiente.

En las sesiones 15 hasta la 18 tuvo lugar la reevaluación de la utilidad de cada preocupación específica, se identificaron las creencias sobre la utilidad de cada

preocupación específica, además se le plantearon a Javier situaciones hipotéticas donde lo que más temía que ocurra sucediese de verdad. Luego se cuestionaron las creencias que sustentaban cada preocupación mediante el método socrático y experimentos conductuales. Como tareas para casa se le pidió al paciente que se preocupara sobre las consecuencias de determinados eventos próximos y que no se preocupara por las consecuencias de otros, después se registraban los resultados para poner a prueba su hipótesis de que preocuparse previene los resultados negativos o protege contra la decepción si estos ocurren, además se utilizó otra técnica que se utilizó fue el diario de los resultados de preocuparse.

Para las sesiones 18 hasta la 19 se trabajó el papel de la intolerancia a la incertidumbre. En estas sesiones se abordó el papel que juega la intolerancia a la incertidumbre en el desarrollo y mantenimiento de la preocupación y la ansiedad. Se enseñó a Javier a identificar conductas defensivas que utilizaba para reducir la incertidumbre y se discutieron la utilidad de éstas. En cuanto a las tareas para casa, Javier se tenía que ir exponiendo gradualmente a situaciones que le generaban incertidumbre para comprobar que si lo que temía que pasara ocurría o no.

Durante las últimas sesiones, de la 21 a la 22 tuvo lugar la prevención de recaídas. Se realizó un repaso general de las técnicas de tratamiento, de los conceptos y de los modelos de ansiedad. Además se le explicó la curva de aprendizaje y se enfatizó en la necesidad de seguir practicando las estrategias aprendida aunque hubieran momentos difíciles y de felicitarse por los logros conseguidos. Por otro lado, se le explicó a Javier la diferencia entre “caída” (variaciones normales en preocupación y ansiedad) y una “recaída” (una vuelta al estado anterior de la terapia), junto con un plan de acción en el caso de darse una de ellas.

Tabla 2. Descripción del tratamiento y desarrollo de las sesiones

Nº de Sesión	Contenido	Tareas para casa
1º	<b>Motivo de consulta y recogida de información</b> Entrevista conductual semiestructurada, listado de síntomas,	

<b>2º</b>	<b>Recogida de información y evaluación.</b>  Entrevista conductual ADIS-IV, cuestionario de preocupación y ansiedad (WAQ), inventario de estado-rasgo de ansiedad (STAI)	Autorregistro de ansiedad
<b>3º</b>	<b>Devolucion de la informacion</b>  Resolver dudas de la sesión anterior y observación autorregistro Análisis funcional Papel de los pensamientos y preocupaciones en el TAG. Explicar los resultados de la evaluación, analizar los autorregistros y acordar los objetivos terapéuticos.  <b>Conceptualización del problema y justificación de tratamiento</b>  Resolver dudas de la sesión anterior y observación autorregistro. Se explican las características del TAG Se discuten los principios básicos de la terapia cognitivo-conductual (TCC) Se habla del papel de la intolerancia a la incertidumbre en el TAG . Se explican de forma breve los componentes del tratamiento.	Autorregistro de ansiedad
<b>4º-15º</b>	<b>Entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones y del tipo de éstas y entrenamiento en relajación</b>  Resolver dudas de la sesión anterior y observación autorregistro. Se enseña a discernir entre los tipos de preocupación, Entrenamiento en relajación. Respiración diafragmática de Benson. Enseñar cómo hay que respirar para relajarse. Cautela y Groden.	Anotar preocupaciones inmediatas Entrenamiento de relajación Autorregistro de ansiedad
<b>5º-7º</b>	<b>Entrenamiento en autoinstrucciones y relajación diafragmática</b>  Repaso de la sesión anterior y observar autorregistros. Entrenamiento en relajación. Enseñanza de la relajación autógena. Respiración diafragmática y autógena de Benson. Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum sobre autoverbalizaciones positivas.	Practicar relajación Registrar pensamientos con alternativas de pensamiento y en las autoverbalizaciones positivas. Autorregistro de ansiedad
<b>6º-16º</b>	<b>Entrenamiento en resolución de problemas</b>  -Orientación hacia el problema -Habilidades de solución de problemas Resolver duda de la sesión anterior y observar autorregistros	Autorregistro de las reacciones a los problemas. Consultar a otras personas
<b>7º-16º</b>	<b>Exposición funcional cognitiva con prevención de respuesta</b>  Repaso de la sesión anterior y observación de autorregistros	Exposición de las preocupaciones superadas en consulta. Autorregistro de ansiedad

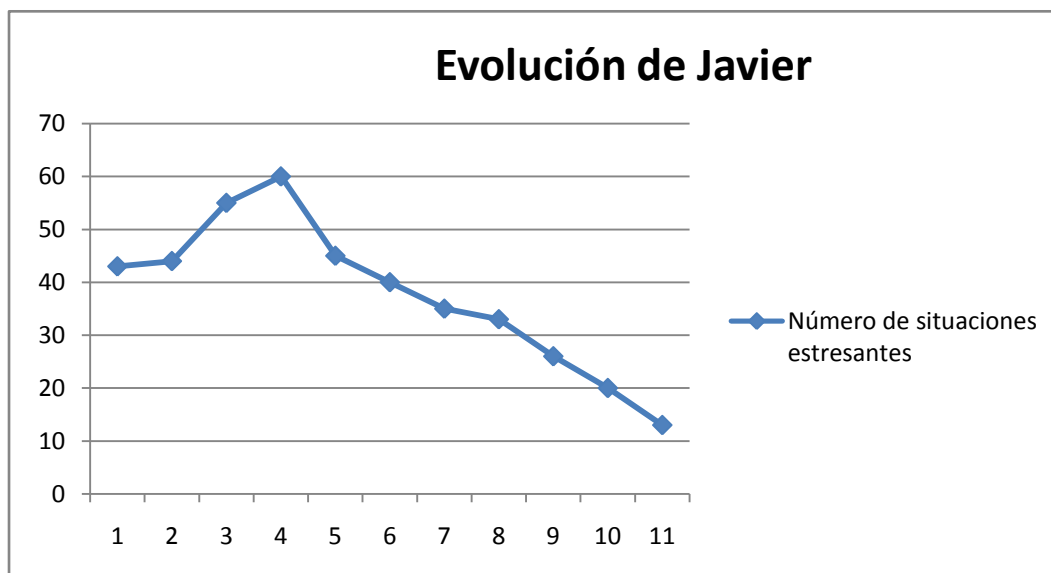


	Aplicación de la técnica	
<b>15-18º</b>	<p><b>Reevaluación de la utilidad de cada preocupación específica</b></p> <p>Repaso de dudas de las sesiones anteriores y observación de autorregistros  Identificar las creencias sobre la utilidad de cada preocupación específica  Plantearle situaciones hipotéticas donde lo que más tema que ocurra sucediese de verdad  Cuestionar las creencias que sustentan cada preocupación mediante el método socrático y experimentos conductuales</p>	<p>Se tiene que preocupar sobre las consecuencias de determinados eventos próximos y que no preocuparse por las consecuencias de otros, se registran los resultados para poner a prueba su hipótesis de que preocuparse previene los resultados negativos o protege contra la decepción si estos ocurren  Otra técnica que se utilizó fue el diario de los resultados de preocuparse  Autorregistro de ansiedad</p>
<b>18º-19º</b>	<p><b>Papel de la intolerancia a la incertidumbre</b></p> <p>Repaso de las sesiones anteriores. Observar registros  Se abordó el papel que juega la intolerancia a la incertidumbre en el desarrollo y mantenimiento de la preocupación y la ansiedad.</p>	<p>Javier se tenía que ir exponiendo gradualmente a situaciones que le generaban incertidumbre para comprobar que si lo que temía que pasara ocurría o no  Autorregistro de ansiedad</p>
<b>21º-22º</b>	<p><b>Prevención de recaídas</b></p> <p>Se realizó un repaso general de las técnicas de tratamiento, de los conceptos y de los modelos de ansiedad.  Se le explicó la curva de aprendizaje y se enfatizó en la necesidad de seguir practicando  Diferencia entre “caída” y una “recaída”, junto con un plan de acción en el caso de darse una de ellas.</p>	

## Resultados

En la figura 1 se muestran los resultados obtenidos por medio de los autorregistros de ansiedad, en función del número de situaciones que le provocan malestar (eje vertical) durante las semanas de intervención (eje horizontal). Durante las dos primeras semanas se estableció la línea base de la que partíamos, las siguientes medidas se tomaron de los datos recogidos durante el tratamiento. Como se muestra en el gráfico Javier mostró una tendencia decreciente en cuanto al número de situaciones que le parecían estresantes a lo largo de todo el tratamiento.

Figura 1.. Evolución de Javier



En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos en las diferentes pruebas de evaluación con las medidas pre tratamiento y post tratamiento.

Los datos obtenidos del cuestionario de preocupación y ansiedad (WAQ) han reflejado una bajada en los principales ítems donde el sujeto había puntuado más alto antes del tratamiento, situándose todos los ítems por debajo de la puntuación normativa, aunque el ítem que mide el “grado en que las preocupaciones son percibidas como excesivas” ha obtenido una puntuación de 3, estando a un punto de diferencia del punto de corte.

En cuanto al cuestionario de estado-ansiedad (STAI), se ha observado una disminución de las puntuaciones después del tratamiento. La bajada más significativa se ha obtenido en la ansiedad estado, obteniendo una diferencia de 38 puntos, aunque se sigue situando por encima del percentil 50 de esta escala.

Por último, en la tabla 5 se puede comparar los niveles de activación psicofisiológica de Javier, obtenidos por los datos en el autorregistro en el apartado “Intensidad de la reacción emocional”, donde se puede observar una bajada en las puntuaciones antes y después del tratamiento, como sucede en el resto de mediciones.

Tabla 3. Puntuaciones antes y después del tratamiento

Cuestionarios	Rango	Punto de corte	Pre	Post
<b>Cuestionario de preocupación y ansiedad (WAQ)</b>				
-Grado en que las preocupaciones son percibidas como excesivas	0-8	4	6	3
-Interferencia en la vida diaria				
-Dificultades para concentrarse	0-8	4	8	3
-Irritabilidad	0-8	4	7	2
-Problemas de sueño	0-8	4	7	2
	0-8	4	7	2
<b>Inventario estado-rasgo de ansiedad (STAI)</b>				
Ansiedad estado	0-60	20	68	30
Ansiedad rasgo	0-60	20	25	22

Tabla 4. Nivel de activación psicofisiológica estimada (rango de 0 a 10)

Nivel de activación psicofisiológica	
<b>Pre-tratamiento (0-10)</b>	8
<b>Pos-tratamiento (0-10)</b>	3

### Discusión

Tras la aplicación de la intervención y observando los resultados obtenidos se puede afirmar que Javier logró superar los objetivos planteados. El primer objetivo que se planteaba era “reducir las respuestas fisiológicas y motoras generadas en Javier”, a raíz

de los datos obtenidos por el autorregistro de ansiedad (tabla 5), así como, en el cuestionario STAI (tabla 4) y en las propias entrevistas con Javier, se puede observar que la intensidad de la activación fisiológica ha descendido 5 puntos en un rango de puntuaciones de 0 a 10, además de la medida de ansiedad estado que también ha sufrido una disminución considerativa.

En cuanto al segundo objetivo, “saber controlar sus preocupaciones así como reducir su frecuencia, intensidad y duración, también se puede considerar como conseguido si atendemos a los resultados del cuestionario de preocupación y ansiedad (WAQ), ya que en todas las dimensiones que estaban afectadas Javier ha conseguido reducir esta medida, obteniendo puntuaciones dentro de lo establecido como normativo.

El tercer objetivo, “eliminar las conductas de escape y evitación”, se trabajó a lo largo del tratamiento, tanto con la exposición funcional cognitiva como con los experimentos conductuales, lo que llevó a Javier a desarrollar estrategias de afrontamiento para poder hacer frente a situaciones estresantes. En este sentido, se ha de destacar el papel que tuvo la relajación y el entrenamiento en autoinstrucciones, ya que a raíz de que Javier empezara a controlar esta técnica, su nivel de autoconfianza aumentó, mostrándose capaz de controlarse tanto a sí mismo como a diferentes situaciones que antes le resultaban muy complicadas de afrontar.

En cuanto al último objetivo “reducir el número de episodios de ansiedad”, al igual que los anteriores se considera logrado atendiendo a las medidas recogidas en los diferentes instrumentos de evaluación. Una vez en tratamiento Javier fue aprendiendo a controlar tanto sus preocupaciones como las manifestaciones físicas de estas, lo que le hizo que aumentara su percepción de control de éstas y poder retomar actividades que había dejado de hacer debido a su problema, así como afrontar otras que le generaban ansiedad y poder estar relajado en ellas.

Los resultados encontrados van en la línea de otros estudios que han observado que la terapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad aplicada en la clínica habitual, obtiene resultados similares a los observados en investigaciones controladas (Bados, Balaguer y Saldaña, 2007; Stewart y Chambless, 2009).

El siguiente trabajo aporta a la comunidad científica el estudio de un caso único en el ámbito de la psicología clínica especializado en la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad generalizada en adultos. Aunque cuenta con la limitación habitual en estos casos, la generalización de de resultados, al ser un estudio de

caso único no es posible generalizar los resultados obtenidos al resto de población con este trastorno, pero también es importante resaltar la necesidad de fijarse en la propia idiosincrasia de los individuos, ya que es lo que nos va a dictar la elección del tratamiento y de las técnicas utilizadas. Por lo tanto este trabajo muestra el análisis de un caso único con unas características determinadas que proporciona información relevante a este trastorno y los tratamientos de elección.

Aún así, se deberán realizar nuevos estudios de casos clínicos y hallazgos en investigaciones experimentales que deberán esclarecer aún más la relevancia de la evaluación clínica de los diferentes sesgos cognitivos, así como el tratamiento cognitivo-conductual estandarizado para los diferentes trastornos de ansiedad.



## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. ( 2014 ) . *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5<sup>a</sup> ed.) . Editorial Médica Panamericana.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 4, 271-285.
- Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007a). *The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out*. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 585-592.
- Benson, H (1975). *The relaxation response*. Nueva York: William Borrow.
- Brown, T.A., DiNardo, P.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Adult and Lifetime version*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Cautela, J. R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Dugas, M.J. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 211-240). Madrid: Siglo XXI.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In: R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 143–163). New York: Guilford.
- Dugas, M.J., Freeston, M.H., Provencher, M.D., Lachance, S. y Ladouceur, R. (2001). Le Questionnaire sur le Inquiétude et l'Anxiété : Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11, 31-36
- Dugas, M.J. y Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalizad anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 61-81.
- Fernández Ballesteros, R. (2011). *Evaluación Psicológica*. Ediciones Pirámide.

- Ibáñez, I., González, M., Fernández-Valdés, A., López-Curbelo, M., Rodríguez, M. y García, C.D. (2000). El Cuestionario de Preocupación y Ansiedad: un instrumento para la evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Ansiedad y Estrés*, 6, 203-221.
- Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Vagg, P.R. y Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (7ª ed. rev.). Madrid: TEA.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). *Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 595– 606. doi:10.1037/a0016032.
- Vila Castellar, J., & Fernández Santaella, M. C. (2009). *Tratamiento psicológicos: La perspectiva experimental*. Madrid: Pirámide.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1995, 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23, 526-535.