



**UN CASO DE ANSIEDAD GENERALIZADA O UN PROBLEMA DE ASERTIVIDAD: EL ANÁLISIS FUNCIONAL COMO HERRAMIENTA CLAVE PARA FIJAR EL PLAN DE TRATAMIENTO.**

Tatiana Fernández-Marcos.  
Centro de Psicología Aplicada, Universidad Autónoma de Madrid.

Ana Calero-Elvira.  
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid

José Santacreu.  
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid.

**A CASE OF GENERALIZED ANXIETY OR AN ASSERTIVENESS PROBLEM: FUNCTIONAL ANALYSIS AS THE MAIN TOOL TO ESTABLISH THE TREATMENT PLAN.**

Tatiana Fernández-Marcos.  
Centro de Psicología Aplicada, Universidad Autónoma de Madrid.

Ana Calero-Elvira.  
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid

José Santacreu.  
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid.

**Dirección de contacto y envío de correspondencia:**

Tatiana Fernández Marcos.

Centro de Psicología Aplicada. Universidad Autónoma de Madrid (Campus de Cantoblanco),  
Facultad de Psicología

C/ Iván Pavlov nº 6, Madrid 28049 – ESPAÑA.

Teléfono: +0034-914978687

E-mail: tatiana.fernandez.marcos@gmail.com

## **Un Caso de Ansiedad Generalizada o un Problema de Asertividad: el Análisis Funcional como Herramienta Clave para Fijar el Plan de Tratamiento.**

En el presente trabajo se describe el tratamiento y la evolución de una persona con ansiedad y déficit en asertividad. El Análisis Funcional fue la herramienta para determinar el plan de tratamiento. Se utilizaron las técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad, respiración abdominal, relajación progresiva y parada de pensamiento. El tratamiento constó de nueve sesiones en un período de dos meses y medio, con una duración aproximada de 60 minutos por sesión. El seguimiento tuvo lugar durante tres meses y medio. La ansiedad se evaluó en el pre-tratamiento, post-tratamiento y al finalizar el seguimiento. En los resultados se observa una mejoría significativa a corto y medio plazo en todas las medidas realizadas. Se discute el plan de tratamiento y el uso de las técnicas utilizadas en relación al análisis funcional y al planteamiento estratégico de los objetivos.

**Palabras clave:** de caso único, ansiedad, irritabilidad, asertividad, análisis funcional.

## **A Case of Generalized Anxiety or an Assertiveness Problem: Functional Analysis as the Main Tool to Establish the Treatment Plan.**

In this paper we describe the treatment and outcome of a person with anxiety and lack of assertiveness. Functional Analysis was the main tool to establish the treatment plan. We used techniques as cognitive restructuring, assertiveness training, abdominal breathing, progressive relaxation and thought stopping. The treatment consisted of nine sessions over a period of two months and a half, with approximately 60 minutes per session. The follow-up took place for three months and a half. We evaluated anxiety at pretreatment, posttreatment and follow-up. Results show short-term and medium-term significant improvement in all measures. We discuss the treatment plan and the use of the techniques chosen in relation to the functional analysis and strategic objectives.

**Keywords:** case study, anxiety, irritability, assertiveness, functional analysis.



## **Un Caso de Ansiedad Generalizada o un Problema de Asertividad: el Análisis Funcional como Herramienta Clave para Fijar el Plan de Tratamiento.**

### **INTRODUCCIÓN.**

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva la mayoría de los días durante un mínimo de seis meses, en relación a diversos sucesos o actividades. Al individuo le es difícil controlar la preocupación y ésta se asocia a algunos de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular o problemas de sueño.

Estos síntomas pueden ir acompañados de cogniciones y conductas muy distintas de unos pacientes a otros y que, además, cumplen distintas funciones desde el punto de vista del análisis funcional de conducta. Por tanto, es imprescindible, para diseñar la intervención individualizada del caso, una evaluación que recoja la información respecto a los tres sistemas de respuesta y la función que cumplen. Por ejemplo, el TAG presenta frecuentemente las siguientes cogniciones problema: sobreestimación de la amenaza, intolerancia a la incertidumbre, preocupación acerca de la preocupación, evitación mediante imaginación y dificultades en la solución de problemas.

La APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) ha reconocido la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad (Suinn, 1994, 1995) como tratamientos con evidencia empírica para la intervención en TAG. La terapia cognitivo-conductual (TCC), que habitualmente se refiere a una combinación de varios componentes cognitivos y conductuales, no ha demostrado ser superior a la terapia de conducta por sí sola, a la terapia cognitiva y a la relajación muscular progresiva o relajación aplicada, pero sí ha demostrado ser más eficaz a todas ellas en los resultados que se mantienen en el seguimiento (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Bados, 2005). A su vez la TCC se ha mostrado superior al uso de psicofármacos (Alizadeh, Shahverdyan y Etemadi, 2012; Capafons, 2001).

Se ha encontrado que, tanto los componentes cognitivos (reestructuración), la relajación y los componentes conductuales (exposición) aportan elementos adicionales en la consecución de una combinación final, superior a cada una de ellos por separado en cuanto a eficacia y mantenimiento de resultados a largo plazo (Capafons, 2001). Así encontramos que distintos autores han dado más peso a unos u otros de dichos componentes: Barlow, Esler y Vitadi (1998) concluyen que las terapias más eficaces para intervenir en TAG son las que combinan las técnicas cognitivo-conductuales con relajación. Alizadeh, Shahverdyan y Etemadi, (2012) destacan el papel de la modificación de pensamientos irracionales y desadaptativos y de las distorsiones cognitivas, dentro de la TCC, para el tratamiento de trastornos de ansiedad. El modelo de TCC de Michael Dugas y sus colaboradores prioriza la intervención en intolerancia a la incertidumbre, creencias sobre la preocupación, orientación pobre al problema y evitación cognitiva, considerando éstas las principales características del TAG (Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston, 1998; Ladouceur et al. 2000; Rodríguez, Castro, Pérez y Rovella, 2014).



Brown, O'Leary y Barlow (1993, 2001) proponen un tratamiento que en su conjunto se compone de conceptualización del problema y justificación del tratamiento, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, exposición a la preocupación, prevención de las conductas de preocupación, organización del tiempo y resolución de problemas. Borkovec, Newman, Pincus y Lytle (2002) compararon los resultados en el tratamiento de TAG mediante terapia cognitiva, terapia conductual y una combinación de ambas sin encontrar diferencias entre ellas, sin embargo, encontraron que en las tres condiciones de estudio los pacientes mantenían dificultades interpersonales al finalizar el tratamiento y los autores se plantearon la necesidad de incorporar entrenamiento en habilidades sociales a la terapia cognitivo-conductual. Posteriormente comprobaron que no todos los pacientes se beneficiaban de la intervención adicional en habilidades sociales (Newman, 2011).

Estos paquetes de tratamiento son una buena guía para la intervención clínica, pero las técnicas que incluyen deben aplicarse siempre que sea pertinente, es decir, siempre que esté justificado por el análisis funcional del caso concreto. Así, encontramos que a veces es necesario adaptar, añadir o incluso descartar algunas técnicas en función de las necesidades. En el presente caso la paciente presenta un déficit en asertividad y habilidades sociales, que es frecuentemente comórbido al TAG (Rapee, 1995). *“La conducta socialmente habilidosa comprende un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de problemas futuros”* (Caballo, 1986). Según Roca (2005) *“las habilidades sociales son una serie de conductas observables, pero también de pensamientos y emociones, que nos ayudan a mantener relaciones interpersonales satisfactorias, y a procurar que los demás respeten nuestros derechos y no nos impidan lograr nuestros objetivos”*. En consecuencia, necesitamos incluir técnicas que mejoren las habilidades sociales y asertivas y adaptar otras técnicas, como la exposición al área de la interacción social.

A continuación se presenta cómo se ha llevado a cabo la intervención en un caso de ansiedad y dificultades sociales, atendido en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid. La elección del tratamiento vino determinada por el análisis funcional de las conductas problema de la paciente. Creemos que éste es el valor principal de nuestro estudio ya que muestra cómo se lleva a cabo una intervención individualizada desarrollada exclusivamente para una paciente, frente al uso de paquetes estandarizados de tratamiento para TAG, que viene siendo habitual. Se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales y sirvieron como referente en la elaboración del caso, tratamientos existentes en TAG (Brown, O'Leary y Barlow, 2001; Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston, 1998).

## **IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE y MOTIVO DE CONSULTA.**

La paciente es una mujer de 48 años, casada por segunda vez y con dos hijos de 18 y 20 años. Es licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales y trabaja como administrativa. Su motivo de consulta y, por tanto, el objetivo de evaluación y tratamiento, fue su continuo estado de ansiedad e irritabilidad. Los problemas más acusados que presentaba eran las preocupaciones excesivas y la irritabilidad (entendida ésta como ansiedad



o frustración ante comportamientos de otros que no se ajustan a sus expectativas y no como agresividad o ira dirigida a otros), que se acompañaban de tensión muscular y respiración acelerada. Estos problemas aparecían ante distintas situaciones cotidianas que escapaban de su control: el comportamiento de sus hijos, conductas de sus padres y de su hermana, críticas recibidas en el trabajo, malentendidos con compañeros y llamadas frecuentes de su madre. Era la primera vez que la paciente recibía tratamiento psicológico. Tomaba Lorazepam 1mg de forma ocasional cuando estaba especialmente nerviosa.

### **Técnicas de Evaluación.**

La evaluación inicial del problema consistió en una entrevista abierta para recabar la información necesaria para establecer el análisis funcional. Requirió tres sesiones, en las que se evaluaron sus problemas de ansiedad, incluyendo sus preocupaciones principales sobre distintos ámbitos de su vida. Se trató de conocer qué pensamientos existían detrás de esas preocupaciones y qué hacía para afrontarlas. Se evaluó en qué medida la ansiedad interfería en su día a día y si estaba afectando a su trabajo, familia, pareja, ocio y amigos. Se administró un modelo de *Historia Biográfica* utilizado en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.

Además, para evaluar su nivel de ansiedad se administró el cuestionario *STAI (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, 1970)*, en su versión española (Seisdedos, 1982). La paciente se situó en el percentil 70 para Ansiedad-Estado y 85 para Ansiedad-Rasgo.

Su estado de ánimo se evaluó mediante la administración del inventario *BDI-II (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Steer y Brown, 1996)* en su versión española (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). Obtuvo una puntuación de 10 entre 0 y 63, lo que corresponde a depresión mínima.

Con intención de evaluar la conducta asertiva se administró el *Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus, 1973; Caballo, 1987)*, en el que obtuvo una puntuación global de 10 en una escala de -90 a 90 y puso de manifiesto dificultades específicas, que corroboraron lo observado en la entrevista, en rechazar peticiones, hacer críticas y recibirlas, terminar una conversación, interrumpir y participar en una conversación ya iniciada.

Con periodicidad semanal se pidió un auto-registro que recogía la frecuencia de episodios de irritabilidad, siendo éste el problema más característico de la paciente. Dicho auto-registro se mantuvo durante el tratamiento y el seguimiento para medir la evolución de la paciente y la eficacia del tratamiento aplicado. Además, en distintos momentos del proceso (evaluación y tratamiento) se evaluaron mediante auto-registros las siguientes variables (pensamientos irracionales, rumiaciones, respuestas asertivas en la interacción, así como, activación y tensión muscular), que permitieron, tanto ir confirmando las hipótesis funcionales iniciales en la fase de evaluación, como controlar la aplicación del tratamiento en el trabajo inter-sesiones.

Los cuestionarios fueron administrados nuevamente como post-tratamiento al finalizar el tratamiento (sesión 12), y al finalizar el seguimiento (sesión 17).

## FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO



### Variables Disposicionales

Se observó un déficit en asertividad en verbalizaciones como “no sé cómo cortar a mi madre cuando llama por teléfono”, “estoy cansada de que mis padres siempre me pidan que les resuelva los problemas”, “a veces me meto en exceso en la vida de mis hijos diciéndoles lo que tienen que hacer”, etc. Fue corroborado por las respuestas en el *Inventario de Asertividad de Rathus*. Ello estaba relacionado con una historia de aprendizaje de comportamientos sumisos o inhibidos ante personas de autoridad, tras haber recibido en el pasado críticas de su exmarido por su comportamiento en público.

El problema de ansiedad se veía facilitado por la existencia de sesgos cognitivos como los propuestos por Beck, en concreto el sesgo conocido como afirmaciones “debería”. Éste se hacía evidente en la entrevista por sus verbalizaciones sobre cómo deben hacerse las cosas y cómo deben comportarse los demás o ella misma: “tendría que haberme dado cuenta de que no era un buen marido”, “debería haber elegido otro sitio para vivir”, “mi madre debería darse cuenta de que ya tengo mucha carga con mi trabajo y mi familia”.

### Análisis Funcional

Como consecuencia de la evaluación encontramos que la paciente reaccionaba con ansiedad (RC)<sup>1</sup> ante situaciones que estaban fuera de su control (EC). No existió un origen o desencadenante concreto de la ansiedad, sino que a lo largo de su historia se había ido produciendo una generalización de la ansiedad a estímulos muy diversos (ECs). Diferenciamos, por un lado, la existencia de estímulos condicionados situacionales, de primer orden (EC<sub>1</sub>), como: comportamientos de sus familiares o de sus compañeros de trabajo, llamadas de su madre y el hecho de que le quedaran tareas por hacer al final del día. Por otro lado presentaba pensamientos que cumplían la función de estímulos condicionados de segundo orden (EC<sub>2</sub>) como: pensamientos sobre la cantidad de tareas que tenía que hacer, sobre qué podían estar haciendo sus hijos o con quién salían, pensamientos en el entorno laboral como “digo hola y no me responden”, “creo que valgo mucho y no me valoran”, “no tengo ningún interés en esas personas ni en participar en sus conversaciones”...

Las afirmaciones “debería” junto con algunos de los ECs (comportamientos de otros) eran el discriminativo (ED) para que la paciente respondiera de forma no asertiva en las interacciones sociales (RO). Unas veces con un estilo de comunicación pasivo que se manifestaba en hablar bajo, deja de participar en conversaciones, asumir muchas tareas...y, otras veces, con un estilo de comunicación agresiva, observable en comportamientos como exigir o regañar a los demás. A corto plazo evitaba el malestar (R-) pero a largo plazo experimentaba falta de control sobre su vida y sentimientos de culpa. Véase Figura 1.

---

<sup>1</sup> RC: respuesta condicionada. EC: estímulo condicionado. EC<sub>1</sub>: estímulo condicionado de primer orden. EC<sub>2</sub>: estímulo condicionado de segundo orden. ED: estímulo discriminativo. RO: respuesta operante. R-: refuerzo negativo.



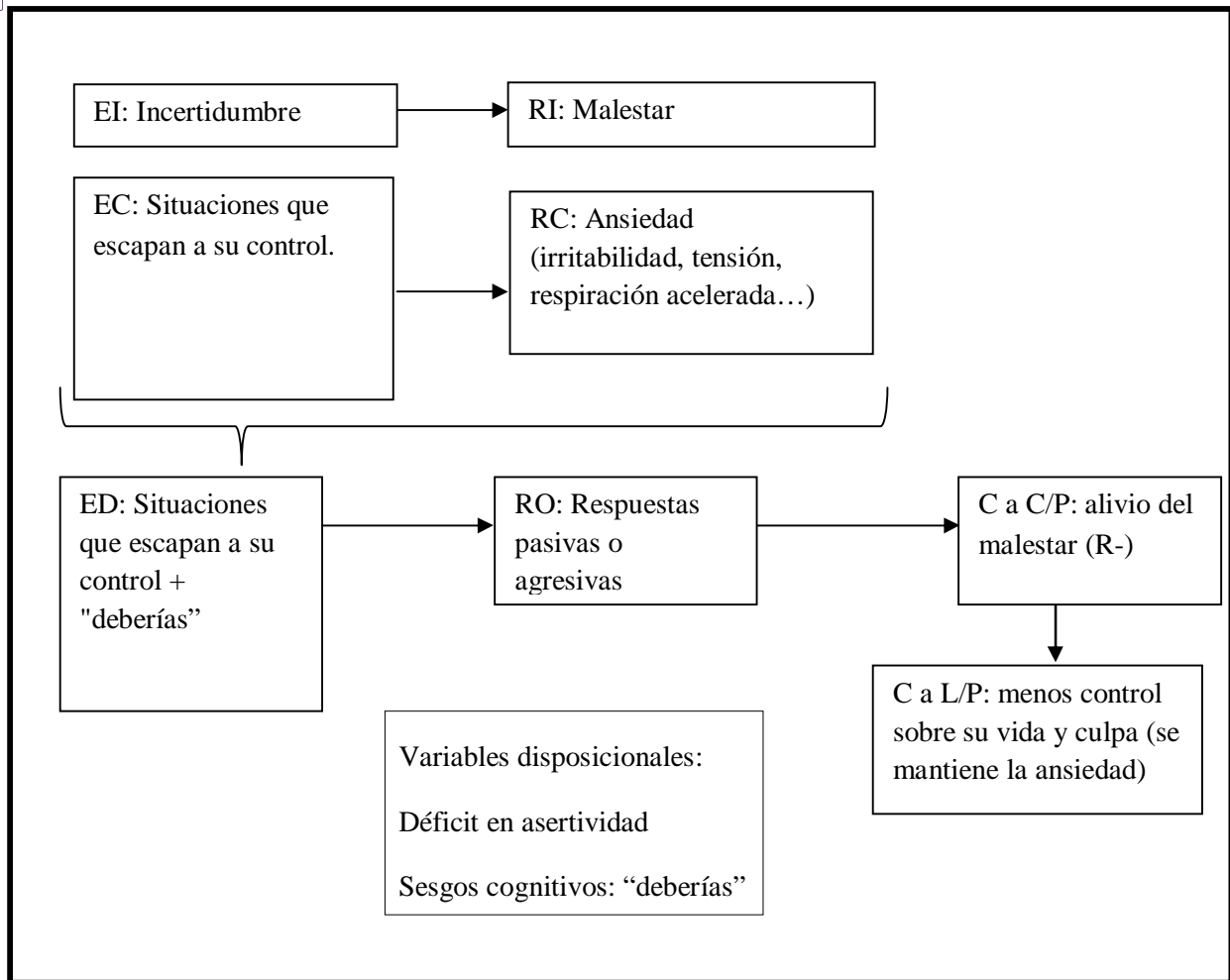


Figura 1. Análisis funcional. Hipótesis de mantenimiento del problema Nota: EI: estímulo incondicionado. RI: respuesta incondicionada. EC: estímulo condicionado. RC: respuesta condicionada. ED: estímulo discriminativo. RO: respuesta operante. R-: refuerzo negativo. C: consecuencias. C/P: corto plazo. L/P: largo plazo.

La paciente cumplía criterios según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) para el diagnóstico de TAG.

Las variables disposicionales nos permiten predecir que los déficits en habilidades sociales y los sesgos cognitivos ampliaban el número de situaciones que constituían los ECs y EDs para las respuestas de ansiedad. La modificación de las afirmaciones “debería” de la paciente mediante reestructuración cognitiva (Terapia Cognitiva de Beck) y la incorporación de respuestas asertivas a su repertorio de conductas de interacción mediante el entrenamiento propuesto por Caballo (2010), tendrán un peso predominante en el tratamiento, así como en el mantenimiento de los logros a largo plazo y en la prevención de recaídas.

A partir del análisis funcional consideramos muy importante reducir la RC de ansiedad antes los ECs. Para ello será útil introducir técnicas de reducción de la respuesta de ansiedad como la relajación progresiva de Jacobson, el entrenamiento en manejo de la ansiedad (Suinn, 1994), la parada de pensamiento (Labrador, 2008) y la respiración abdominal (Labrador, 1995).



Además, es necesario modificar sus respuestas pasivas-agresivas (RO) por otras asertivas. Para ello serán útiles el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad y las tareas para casa consistentes en la práctica conductual de dichas habilidades (Caballo, 2010).

A partir de lo expuesto anteriormente se consideró prioritario intervenir en reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales y asertivas, ya que a corto plazo reducirían los ECs de ansiedad y generarían RO que serían reforzadas positivamente. Además, garantizaría el cambio a largo plazo y prevendría de posibles recaídas. Se consideró que después se entrenaría en técnicas de reducción de la ansiedad. Si bien, ya que la duración de 60 minutos de las sesiones lo permite, se dedicaría un tiempo a ello al final de cada sesión, desde el inicio del tratamiento.

En la Tabla 1 se concretan los objetivos y las técnicas de intervención.

<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>
Reducir respuesta de ansiedad (activación fisiológica y tensión muscular) ante estímulos condicionados.	Parada de pensamiento (Labrador, 2008). Respiración abdominal (Labrador, 1995). Relajación progresiva de Jacobson. Algunos aspectos del Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad (Suinn, 1994)
Sustituir sus respuestas pasivas (realizar peticiones de otros que no desea hacer, no participar en conversaciones, etc.) y agresivas (recriminaciones, exigencias, etc.) por otras asertivas.	Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad (Caballo, 2010). Exposición a responder de forma asertiva en situaciones de interacción social (Caballo, 2010).
Modificar sesgos cognitivos: afirmaciones “debería”: Exigencia sobre su propio comportamiento y el de los demás. Necesidad de control y baja tolerancia a la incertidumbre.	Reestructuración cognitiva (Terapia Cognitiva de Beck).

**Tabla 1:** *Relación entre Objetivos y Técnicas de Intervención.*

## **TRATAMIENTO.**

El tratamiento tuvo una duración de nueve sesiones que se llevaron a cabo en el transcurso de dos meses y medio. Las sesiones fueron de una hora de duración y semanales, salvo el periodo de vacaciones de Navidad que implicó espaciar las sesiones a dos semanas.

El seguimiento tuvo una duración de cinco sesiones: La primera a los 15 días, las tres siguientes sesiones cada tres semanas y la última sesión pasado un mes. El cronograma de las sesiones de evaluación y tratamiento se muestra en la Tabla 2 y el cronograma de seguimiento en la Tabla 3.




**Tabla 2:** Cronograma de Sesiones de Evaluación y Tratamiento

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas entre sesiones
1,2,3	Evaluación	Entrevista abierta y cuestionarios.	
4	Explicar Análisis Funcional, objetivos y tratamiento.	Entrevista abierta.	
5	Comienzo del tratamiento: Reestructurar “deberías” sobre los demás. Explicar habilidades sociales, derechos asertivos y conductas interpersonales. Entrenar respiración abdominal.	Reestructuración cognitiva (RC). Entrenamiento en habilidades sociales (HHSS). Entrenamiento en respiración abdominal (RA).	RA I
6	Reestructurar “deberías” sobre los demás y sobre ella. Reestructurar distorsión cognitiva “personalización”.	RC	RA II RC
7	Reestructurar “deberías” sobre los demás y sobre ella. Reestructurar distorsión cognitiva “lector de mentes”. Entrenar relajación progresiva.	RC Entrenamiento en relajación progresiva (RP).	RA III RC RP (16 grupos musculares)
8	Reestructurar “deberías” sobre los demás y sobre ella. Entrenamiento en habilidades conversacionales (tomar el turno de palabra).	RC HHSS: Modelado y Moldeamiento	RA IV RC RP (8 grupos musculares) HHSS
9	Entrenamiento en habilidades conversacionales (tomar turno de palabra) y en hacer críticas. Entrenamiento en parada de pensamiento.	HHSS y asertividad: Modelado y Moldeamiento. Parada de pensamiento.	RP (4 grupos musculares) HHSS Parada de pensamiento
10	Reestructurar distorsiones cognitivas: “lector de mentes” e “inferencias arbitrarias” en interacciones sociales.	RC	HHSS Relajación sin tensión previa.
11	Entrenamiento en habilidades conversacionales (terminar conversaciones) y hacer críticas.	Entrenamiento en HHSS y asertividad: Modelado, moldeamiento, refuerzo positivo y feedback (grabación en video).	HHSS Relajación sin tensión previa
12	Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad. Repasar logros y estrategias de afrontamiento. Comprobar eliminación sesgos cognitivos. Cuestionarios de evaluación.	Entrevista abierta. Entrenamiento en manejo de la ansiedad (EMA).	Relajación sin tensión previa Mantener estrategias aprendidas.

**Tabla 3:** Cronograma de Sesiones de Seguimiento

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas entre sesiones
13	Traspasar control en afrontamiento de problemas. Entrenamiento en contestar a críticas.	Entrevista abierta. Entrenamiento en asertividad.	Relajación sin tensión previa. Mantener estrategias aprendidas.
14	Reforzar estrategias aplicadas y logros mantenidos. Resolver dudas sobre interacciones sociales. Normalizar preocupación ante problemas mayores y nuevas pautas de afrontamiento.	Entrevista abierta.	Mantener estrategias aprendidas.
15	Motivar a la aplicación de estrategias que ya tiene: reestructuración cognitiva y habilidades asertivas. Incidir en reestructuración cognitiva.	Entrevista abierta. RC	Mantener estrategias aprendidas.
16	Reforzar estrategias aplicadas y logros mantenidos. Afrontamiento de problemas futuros. Incidir en reestructuración de “error del adivino”	Entrevista abierta. RC	Mantener estrategias aprendidas.
17	Reforzar estrategias aplicadas y logros alcanzados. Afrontamiento de problemas futuros. Cierre de la terapia. Cuestionarios de evaluación.	Entrevista abierta.	

En la cuarta sesión se explicó a la paciente su análisis funcional, cómo se había originado el problema y cómo se estaba manteniendo. Se le propusieron los objetivos y el tratamiento. Además, se explicó en qué habilidades asertivas presentaba mayores dificultades, tal y como se había constatado mediante la entrevista y el Test de Rathus.

Una vez consensuada con la paciente la interpretación del problema y comprobada su motivación para afrontarlo, con la ayuda del terapeuta, se planteó una guía tentativa del orden en el que se iban a tratar de alcanzar los objetivos y los criterios de logro de los mismos, asumiendo que se percibiría claramente el cambio por la reducción de las quejas y síntomas que constituyen el problema.

En la quinta sesión (semana cuatro) se inició el tratamiento. Se comenzó por enseñar a identificar las distorsiones cognitivas y explicar el efecto que tiene en cómo nos sentimos. La paciente había anotado en un auto-registro varias situaciones ante las que había experimentado irritabilidad y se le mostró que en todas ellas otras personas se habían comportado de forma distinta a cómo a ella le gustaría. Se le explicó cómo ponía su criterio de “perfección” para medir lo que hacían los demás sin respetar que los demás podían tener otro criterio de actuación y tenían derecho a actuar de la forma en que lo hacían. Se explicó que, además, las personas tienen derecho a equivocarse. Después, se enseñó a buscar interpretaciones alternativas a las afirmaciones “debería” que establecía sobre los demás. Como muestra de su toma de conciencia, la paciente expresó que ella tampoco era perfecta y se lo estaba exigiendo a los demás y que se estaba dando cuenta de que ella tampoco respetaba los derechos de los demás.

A continuación, se incidió en la importancia de cambiar su comportamiento en ciertas relaciones sociales. Se explicó lo que son las habilidades sociales, los tres estilos de conducta interpersonal (pasivo, agresivo y asertivo) y los derechos asertivos. Se finalizó la sesión



explicando la técnica de la respiración abdominal. Se explicó el objetivo y el beneficio de la técnica y se entrenó el procedimiento de aplicación. Se informó de que era necesario entrenarla durante cuatro semanas en las que se irían modificando las condiciones de la práctica de situaciones más tranquilas a más desfavorables. Como tarea entre sesiones se pidió que practicara la respiración abdominal I (respiración sentada en un lugar tranquilo durante 10 minutos).

En la sexta sesión (semana cinco) se observó que la paciente no había tenido ningún episodio de irritabilidad a lo largo de la semana. Decía haberse dado cuenta de su expresión de verbalizaciones agresivas como “deberías...”, “harías mejor si...”, “te lo dije...”. Por otro lado, se había encontrado agotada y estresada ya que para cualquier actividad tenía la necesidad de hacerla perfecta y le dedicaba mucho tiempo. Además asumía muchas tareas que después la desbordaban y no era capaz de delegar en otros o dejar cosas para otro día.

En esta sesión se incidió en la reestructuración de afirmaciones “deberías” centradas en ella misma: “no debo equivocarme”; de personalización: “me equivoqué al elegir marido, trabajo y lugar de residencia porque no ha salido como me gustaría”. Se mostró cómo algunas de las dificultades experimentadas habían sido derivadas de los “deberías” como incapacidad para delegar tareas en otras personas, para posponer tareas y para tomar decisiones por miedo a equivocarse. Como tarea para casa se le pidió entrenar la respiración abdominal II (en situaciones cotidianas: andando, delante del ordenador...) e identificar y modificar pensamientos irracionales.

En la séptima sesión (semana seis) llamó la atención el incremento de episodios de irritabilidad. El auto-registro mostró que se debían a variadas preocupaciones ya reestructuradas en la sesión anterior. Aunque había sido capaz de reconocer el pensamiento irracional, lo había identificado un tiempo después de que apareciera y, de momento, en todas las situaciones su emoción y conducta habían sido las consecuentes al pensamiento irracional. Algunos ejemplos son: pensamientos de “tener que hacer todas las tareas lo antes posible” en los que reconoce que puede posponerlos; pensamientos de “tener que encargarse de todos los asuntos de la familia” en los que reconoce que puede delegar en los demás; pensamientos de que “los demás no hacen las cosas como deberían” en los que reconoce que tendrán sus motivos para hacerlas de otra manera; pensamientos de “haber dicho algo que pueda no gustar a los demás” en los que reconoce que tiene derecho a dar su opinión.

Se incidió en la reestructuración de dichos pensamientos. Además se reestructuraron distorsiones del tipo “error del adivino” que se relacionaron con su necesidad de control e intolerancia a la incertidumbre. El resto de la sesión se dedicó a la técnica de relajación progresiva de Jacobson. Se explicó su objetivo y sus beneficios y se entrenó su procedimiento de aplicación, comenzando por 16 grupos musculares. Como tareas para casa se le pidió que practicara la respiración abdominal III (en situaciones de activación leve) y que entrenara la relajación progresiva de 16 grupos. Se mantuvo la identificación y reestructuración de pensamientos irracionales.

En la octava sesión (semana ocho) se observó en el auto-registro de reestructuración que había sido capaz de reconocer afirmaciones “deberías” en ella misma y en los demás y de encontrar pensamientos alternativos más realistas. Se incidió en la reestructuración de “deberías” sobre sus compañeros de trabajo, sobre sus hijos y sobre ella misma. Su exigencia y perfeccionismo eran observables, incluso, en la elaboración de las tareas de terapia y en su

urgencia por mejorar a nivel psicológico. Finalmente, ya que era capaz de reestructurarse, se le pidió que tratara de identificar el pensamiento irracional lo antes posible para modificarlo y actuar en consonancia con el pensamiento racional alternativo.

El resto de la sesión se dedicó a entrenar la habilidad de tomar el turno de palabra para participar en una conversación, se utilizó un ejemplo de una situación frecuente en la que su madre hablaba sin parar y ella no era capaz de interrumpirla. Esta dificultad la tenía también con compañeros de trabajo. Se observó que su tono de voz era demasiado bajo cuando quería interrumpir, utilizaba palabras vagas para empezar a hablar como “ya pero...” y no terminaba la frase.

Como tareas para casa se le pidió que practicara la respiración abdominal IV (en situaciones de estrés) y que entrenara la relajación progresiva de 8 grupos musculares. Se propuso que pusiera en práctica la habilidad entrenada.

En la novena sesión (semana nueve) se comentaron las dificultades encontradas al poner en práctica la habilidad de tomar el turno de palabra, tenía la sensación de que su tono de voz era agresivo al hacerlo. Se le propuso grabar una situación de role-playing en sesión para que comprobara que no era así. Por otro lado, había utilizado con éxito el llamar por su nombre a las personas, aprovechar los silencios y el tratar de hablar más alto. Le había funcionado en conversaciones con su madre.

A continuación, se inició el entrenamiento en la habilidad de expresar desagrado y pedir cambio de conducta. Se discutieron los impedimentos que presentaba la paciente para aplicarla a su vida cotidiana. Para finalizar la sesión se enseñó la técnica de parada de pensamiento. Se explicó el objetivo y la utilidad de la técnica, con el fin de aplicarla ante los pensamientos de irritabilidad que la paciente presentaba, y que duraban horas. A continuación, se entrenó en sesión. Se pidieron las siguientes tareas para casa: entrenar relajación progresiva de 4 grupos musculares, entrenar la técnica de parada de pensamiento diariamente, practicar la habilidad de expresar desagrado y pedir cambio. Finalizamos el entrenamiento en respiración y, se propuso, utilizar la técnica en momentos de ansiedad.

La décima sesión (semana 12) tuvo lugar después de vacaciones de Navidad. Se evaluó cómo había afrontado estas fechas, qué dificultades había encontrado y cómo las había resuelto: la paciente verbalizó que había estado tranquila, sin intentar controlarlo todo; había tratado de ser más asertiva en su comunicación con familiares; había delegado tareas y había participado en conversaciones con compañeros del trabajo sintiéndose más integrada. Por otro lado, le había preocupado ser demasiado blanda con sus hijos y habían surgido distorsiones cognitivas del tipo “lector de mentes” e “inferencias arbitrarias” en las interacciones sociales (“mi jefe piensa que no valgo”, “no hablan conmigo porque no les interesa mi vida”). Se discutieron las dificultades en la puesta en práctica de habilidades conversacionales. Como tareas para casa se le pidió mantener la parada de pensamiento cuando fuera pertinente y poner en práctica las habilidades conversacionales. Finalizamos el entrenamiento en relajación progresiva y se propuso que practicara la relajación sin tensión previa.

En la undécima sesión (semana 13) la paciente dijo que había tratado de hablar más con compañeros de trabajo, aplicando las habilidades entrenadas, y la relación con ellos había mejorado. Verbalizó: “es posible que noten que soy más maja con ellos y empieza a ser recíproco”.

Se dedicó la sesión al entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. En esta sesión se grabaron en vídeo los role-plays entre paciente y terapeuta para darle feedback inmediato de su actuación. Se consideró útil dado que la paciente hacía una evaluación de su actuación poco ajustada a la realidad. Se practicó la habilidad para terminar una conversación, utilizando como ejemplo una conversación telefónica con su madre en la que la paciente tenía dificultades para colgar. También se ensayó la habilidad para hacer una crítica y pedir cambio, utilizando ejemplos con sus hijos como decirle a uno de ellos que le gustaría que condujera más despacio cuando viajan en coche. Como tarea para casa se propuso mantener la práctica de las habilidades conversacionales y la relajación sin tensión previa.

En la duodécima sesión (semana 14) se explicó y se realizaron algunos ensayos del Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad para consolidar sus habilidades para relajarse. Se consideró entonces que la paciente ya hacía un uso adecuado de herramientas como la parada de pensamiento, la respiración y la relajación progresiva para hacer frente a posibles situaciones estresantes. Como prueba de ello la paciente verbalizó que había utilizado estas estrategias ante varias situaciones que consideraba estresantes y las había manejado con éxito, como eran: el que un hijo hubiera suspendido varios exámenes, las operaciones de su hijo y de su marido, el aumento de carga laboral y complicaciones en los asuntos de una herencia familiar. Además, el número de episodios de irritabilidad habían disminuido considerablemente, llegando a desaparecer.

Se consideró que la paciente había adquirido estrategias suficientes para manejarse por sí misma y se dedicó el resto de la sesión a favorecer su autonomía. Se preguntó cómo afrontaría nuevas preocupaciones y se pidió que reflexionara sobre los cambios experimentados (cómo había llegado y cómo estaba ahora). Además, haciendo uso de los auto-registros del inicio, se mostraron las distorsiones cognitivas que había antes y se le preguntó cómo las interpretaba ahora. Se reforzaron sus logros. Se propuso eliminar la toma ocasional de Lorazepam. Se dio así por finalizado el tratamiento.

En la primera sesión de seguimiento (semana 16) se comprobó que se mantenían los logros y no había nuevos episodios de irritabilidad. A pesar de haber estado bastante ocupada, la paciente decía haberse exigido menos dejando tareas para otro día y, además, estaba organizando mejor su tiempo, aunque esto no se hubiera trabajado directamente. Seguía utilizando la relajación y la respiración cuando lo creía conveniente y no había vuelto a tomar Lorazepam.

En cuanto al trabajo decía sentirse mejor y más segura comunicándose de forma más asertiva con los compañeros. Planteó algunas dudas sobre cómo interaccionar con ellos, se le preguntó a ella qué sería conveniente hacer y se observó que tenía capacidad para afrontar las situaciones de forma autónoma. También le preocupaba cómo responder a críticas de su jefe, por lo que entrenamos la habilidad de contestar a críticas, la cual no se había considerado necesaria previamente durante el transcurso del tratamiento.

En la segunda sesión de seguimiento (semana 19) se observó que había vuelto a tener episodios de irritabilidad, aunque menos duraderos. Algunas preocupaciones (alimentación de su hijo, dificultades de su hijo pequeño en el nuevo curso, problemas económicos, curas diarias que tenía que hacer a su hijo, etc.) las había sabido controlar con las estrategias aprendidas (por ejemplo, las técnicas de relajación y respiración). Sin embargo, había surgido

un problema que iba más allá de sus preocupaciones habituales, se había enterado de que su hijo estaba vendiendo cannabis. Se comprobó que había abordado adecuadamente el problema utilizando las habilidades asertivas entrenadas en la conversación con su hijo. Se normalizó la preocupación al considerarse un problema mayor, se practicó cómo expresarle su preocupación a su hijo y se le recomendó utilizar las técnicas para reducir la ansiedad si lo necesitaba.

En la tercera sesión de seguimiento (semana 22) se observó que había solucionado el problema de su hijo de forma que ya no le preocupaba. Sin embargo, se mantenían algunos episodios de irritabilidad que debería haber sido capaz de afrontar con las habilidades con las que ya contaba. Por ejemplo, estrés ante carga de actividades diarias, o malestar ante llamadas de su madre. La paciente mantenía y aplicaba las técnicas de respiración y relajación. Sin embargo, no estaba poniendo en práctica la técnica de reestructuración y había dejado de llevar a cabo estrategias como delegar y posponer tareas. Se le motivó para que mantuviera su aplicación.

En la cuarta sesión de seguimiento (semana 25) pudimos observar que la paciente se estaba esforzando por aplicar la reestructuración ante las distorsiones cognitivas. Muestra de ello fue que sólo apareció un episodio de irritabilidad en tres semanas. En este episodio se enfadó porque su marido se quería comprar una guitarra nueva y después se dio cuenta de que tenía que respetar su decisión. Además había vuelto a gestionar su tiempo para hacer frente a las demandas del día a día y, a la vez, sacar tiempo para la gestión de una herencia familiar. Había delegado tareas de casa en su marido e hijos. Había utilizado las habilidades asertivas para reducir las frecuentes llamadas de su madre. La paciente se encontraba más relajada y decía ser más eficaz en las tareas que realizaba. Este cambio era percibido por su marido e hijos y la relación con sus compañeros de trabajo había mejorado notablemente. Se revisó la reestructuración del “error del adivino” y la necesidad de tenerlo todo bajo control y se ejercitó en cómo afrontaría, en el futuro, tener más carga de trabajo o irritarse por el comportamiento de otras personas.

En la última sesión de seguimiento (semana 29) se observó que la paciente mantenía los logros alcanzados durante el tratamiento. Expresaba haber modificado las afirmaciones “deberías” sobre el comportamiento tanto de su familia como de sus compañeros de trabajo. Por otro lado, había mejorado la relación con todos ellos haciendo uso de las habilidades asertivas. Consideramos que la paciente, además de haber alcanzado los objetivos de la terapia, contaba con estrategias de prevención y manejo de la ansiedad.

## RESULTADOS.

Tal y como podemos observar en la Tabla 4, las puntuaciones en el cuestionario *STAI* reflejaron una disminución en la ansiedad estado y en la ansiedad rasgo del pre-tratamiento al post-tratamiento y también en el seguimiento.

El *Inventario de Rathus* mostró dificultades en la paciente para comportarse de forma asertiva en algunas situaciones. Como se observa en la Tabla 4, la puntuación obtenida en el pre-tratamiento fue de 10 en una escala entre -90 y +90. A pesar de no haber obtenido una puntuación excesivamente baja en el pre-tratamiento, se observó una mejoría en la evaluación post-tratamiento con una puntuación de 29.

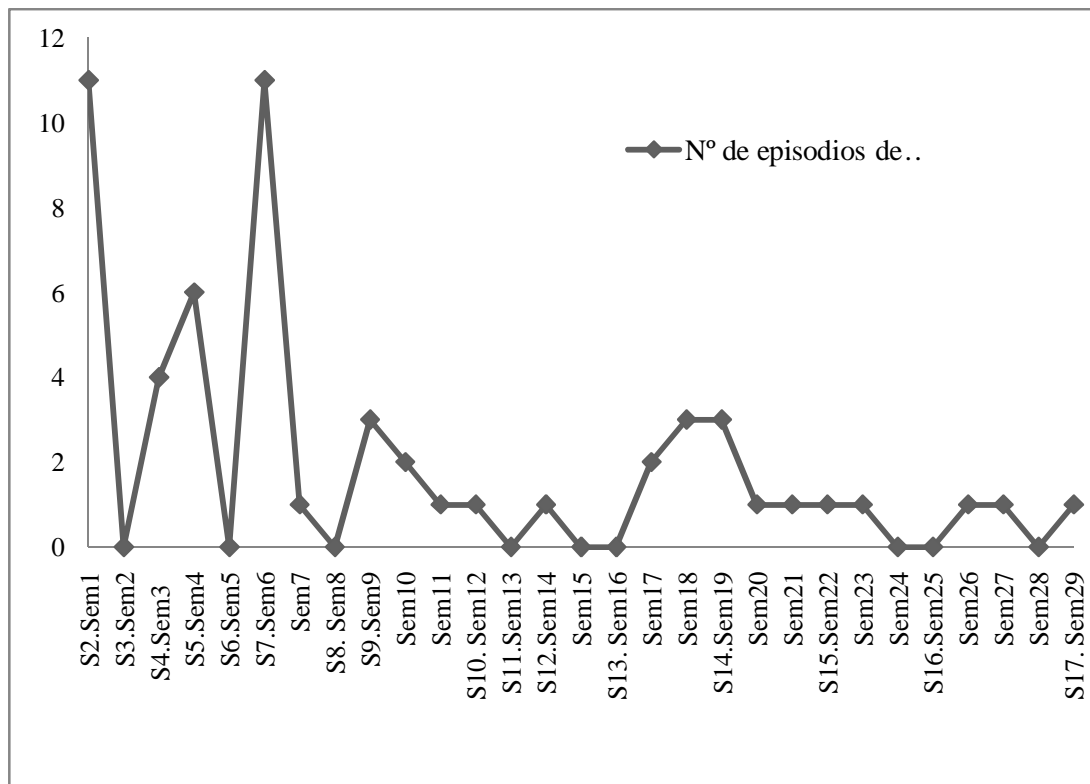


La administración del *BDI-II* no aportó información relevante dado que el índice de depresión fue mínimo desde el pre-tratamiento, si bien, la puntuación en esta escala se redujo más aún en el post-tratamiento y seguimiento.

	Pre-Tratamiento		Post-Tratamiento		Seguimiento	
	Puntuac. directa	Percentil	Puntuac. directa	Percentil	Puntuac. directa	Percentil
<b>STAI A/E</b>	24	70	20	65	15	50
<b>STAI A/R</b>	33	85	20	45	7	3
<b>BDI-II</b>	10		4		2	
<b>Inventario Rathus</b>	10		29			

**Tabla 4:** Puntuaciones Obtenidas en los Cuestionarios de Evaluación

El mejor indicador de la evolución de la ansiedad a lo largo del tratamiento nos lo ofrece el auto-registro de episodios de irritabilidad llevado a cabo semanalmente durante todo el proceso (Figura 2). El resultado fue una notable reducción de dichos episodios durante el tratamiento que se mantenía en el seguimiento.



**Figura 2.** Número de episodios semanales de irritabilidad. (Evaluación: sesiones 1,2 y 3. Tratamiento: sesiones de la 4 a la 12. Seguimiento: sesiones de la 13 a la 17.) *Nota:* S: sesión. Sem: semana.



Estos resultados fueron corroborados por las verbalizaciones de la paciente que decía experimentar una notable disminución de los episodios de irritabilidad, preocupaciones, conflictos interpersonales y activación fisiológica. La paciente manifestó su satisfacción con el tratamiento y con la atención recibida.

Cabe destacar el cambio en la forma de reinterpretar las decisiones que había tomado en su vida (su divorcio, la ciudad en la que vivía, el trabajo que tenía, etc.). Se observó un cambio en el nivel de auto-exigencia de la paciente que disminuyó en gran medida su ansiedad: aprendió a posponer tareas y a aceptar que no estuvieran hechas al nivel de perfección que se exigía inicialmente. Como mejora imprevista se observó que la paciente comenzó a gestionar mejor su tiempo y a organizar con antelación de forma efectiva situaciones en las que preveía gran carga de trabajo en casa. Mejoraron notablemente sus relaciones con sus compañeros de trabajo, con su madre y con sus hijos tras haber sido objeto de trabajo. Indirectamente también mejoró la relación con su marido al ser consciente de su estilo exigente y al reducirse su ansiedad.

La actitud de la paciente fue muy colaborativa en todo el proceso, realizando todas las tareas que se le pedían para casa. Su desconocimiento previo de estrategias para relajarse facilitó que encontrara muy gratificante y novedosa la práctica de las técnicas que se le enseñaron.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

A partir de los resultados obtenidos consideramos que el tratamiento llevado a cabo resultó eficaz en la reducción de la ansiedad de la paciente, se alcanzaron todos los objetivos terapéuticos y, por tanto, mantenemos la hipótesis planteada mediante el análisis funcional.

Tal y como veíamos en la introducción del presente artículo, los paquetes de tratamiento del TAG no siempre se ajustan al paciente ya que detrás de síntomas semejantes de ansiedad se presentan comportamientos distintos funcionalmente y sujetos a contingencias diferentes. En nuestro caso, a diferencia del tratamiento propuesto por Brown, O'Leary y Barlow (1993, 2001), no se instruyó explícitamente en organización del tiempo y resolución de problemas, en cambio, se consideró necesario el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, el cual no es habitualmente considerado en estos paquetes de tratamiento del TAG.

El análisis funcional resultó determinante para optar por un plan de tratamiento en el que se priorizó el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad y, también en reestructuración cognitiva, como técnicas a utilizar. La importancia que se otorgó a la reestructuración en este caso, y para esta paciente en concreto, coincide con el tratamiento propuesto por Alizadeh, Shahverdyan y Etemadi (2012) y con el modelo de Duglas (1998), que otorgan especial relevancia al papel de la modificación de sesgos cognitivos en ansiedad generalizada. El entrenamiento en habilidades sociales coincide con los estudios de Newman (2011) sobre tratamiento en TAG mediante TCC junto con intervención en dificultades interpersonales. Sin embargo, insistimos en que no todos los problemas de ansiedad requieren la misma intervención y, por ello, es necesario encaminar la evaluación a recoger la información necesaria para establecer hipótesis funcionales y que éstas a su vez nos sirvan de guía en la elección del tratamiento más eficaz para el paciente.



En nuestro estudio resaltamos las técnicas de reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad por su papel en la reducción de estímulos condicionados y discriminativos de respuestas de ansiedad y por su papel en la modificación de la historia de aprendizaje, ya que de no incidir en ella, correríamos el riesgo de que se repitieran en el futuro las respuestas disfuncionales, apareciendo así nuevos problemas. Por otro lado, las sesiones de una hora de duración permitieron que en una misma sesión, además de estas técnicas, se entrenaran otras dirigidas a la reducción de la respuesta condicionada de ansiedad como la respiración abdominal, la relajación progresiva o la parada de pensamiento, dando lugar a una mayor eficiencia de la intervención. En la última sesión de tratamiento se explicó y se realizaron algunos ensayos del Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad para consolidar las habilidades de la paciente para relajarse, si bien, no fue necesario llevar a cabo un entrenamiento más duradero de esta técnica. Al ser varias las técnicas utilizadas simultáneamente en la intervención, resulta difícil concluir qué peso tiene cada una de ellas en la mejoría de la paciente. Creemos, tal como se desprende del análisis funcional, que las técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad condicionada cumplen un papel importante en la obtención de resultados de tratamiento a corto plazo y que la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad conforman las herramientas para un cambio en la base del problema que se mantiene a medio plazo y, creemos, se mantendrá también a largo plazo.

El análisis funcional ha jugado un papel importante en el presente estudio en la vinculación de la evaluación con el tratamiento conductual. Creemos que el valor principal de nuestro artículo recae en el uso de esta herramienta para la elección del tratamiento más adecuado para el paciente frente a la aplicación habitual de paquetes de tratamiento estandarizados. Nuestra propuesta apoya su utilización para la selección de las técnicas de intervención, de forma que se apliquen solo aquellas que sean pertinentes para el paciente, evitando que los tratamientos se extiendan más tiempo del necesario, y que a su vez, garanticen la mejoría de los pacientes a largo plazo. Esta herramienta ha demostrado ser una estrategia de evaluación muy útil, especialmente en problemas de conducta (Nelson-Gray, 2003). Su papel es fundamental para diseñar un tratamiento individualizado y específico para cada paciente (Haynes, Leisen y Blaine, 1997). Creemos que el análisis funcional también aporta información relevante para decidir el orden de aplicación de las técnicas de intervención. Esta elección viene muchas veces determinada por aquel problema que consideramos está interfiriendo en mayor medida y cuya mejora facilitará la posterior intervención en otras áreas problema. Es necesario seguir investigando sobre la utilidad del análisis funcional para la elección del orden de aplicación del tratamiento.

Por otro lado, tomamos en consideración que resultó precipitado establecer el final del tratamiento y la evaluación post en la sesión 12. Prueba de ello fue la necesidad de incidir durante el seguimiento en algunas técnicas ya entrenadas. Este hecho implicó que en el seguimiento se tuviera que insistir en la aplicación de algunas técnicas (reestructuración cognitiva y asertividad) y creemos que la ampliación del seguimiento es la responsable de una mejora observable en los resultados del *STAI* y *BDI-II* en la evaluación post-seguimiento frente al post-tratamiento.

El precipitado final del tratamiento e inicio del seguimiento se hace también evidente en el repunte de episodios de irritabilidad en el proceso de seguimiento. Se debería haber insistido más, y con anterioridad a dar por finalizado el tratamiento, en comprobar el grado de

autocontrol de la paciente en afrontar por sí misma nuevos problemas y en reforzar su capacidad para resolverlos.

La elección del cuestionario *BDI-II* pudo no ser muy acertada teniendo en cuenta que no se observó un llamativo bajo estado de ánimo en la evaluación inicial de la paciente. Por otro lado, el *Inventario de Rathus* resultó útil para constatar cuáles eran aquellas habilidades sociales en las que la paciente tenía más dificultades y contrastarlo con la entrevista, sin embargo, las diferencias pre-post no reflejan la magnitud del cambio conductual experimentado y verbalizado por la paciente. Otros sistemas de evaluación podrían haber proporcionado información más fiable.

Finalmente, consideramos que es necesario seguir investigando en la mejora de la elección de tratamientos psicológicos, en la selección de las técnicas de intervención y en su orden de aplicación, valiéndonos de la utilidad que nos aporta para ello el análisis funcional como herramienta.

## REFERENCIAS.

- Alizadeh, A., Shahverdyan, G. y Etemadi, A. (2012). The Comparison of Cognitive Behavior Therapy with Psychopharmacological Intervention for Women with Anxiety Disorders (GAD, SAD & OCD). *Psychology*, 3, 841.
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Bados, A. (2006). *Tratando...pánico y agorafobia*. Madrid: Pirámide.
- Bados A. (2005) *Trastorno de ansiedad generalizada*. Facultat de Psicologia, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf> Consultado el 28 de abril de 2014.
- Barlow, D.H., Esler, J.K.L, y Vitali, A.E. (1998). Psychological treatments for panic disorder, phobias and generalized anxiety disorder. En P.E. Nathan, y J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp.288-318). Nueva York: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., y Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.
- Brown, T.A., O'Leary, T.A. y Barlow, D.H. (1993). Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª ed., pp. 137-188). Nueva York: Guilford.
- Brown, T.A., O'Leary, T.A y Barlow, D.H. (2001). Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 154-208). Nueva York: Guilford.
- Caballo, V.E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales, en R. Fernández Ballesteros y J. A. Carrobes (comps., 3ª ed.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.

- Caballo, V.E. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia, España: Promolibro.
- Caballo, V.E. (2010). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Capafons, A. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.
- Dugas, M., Gagnon, F., Ladouceur, R. y Freeston, M. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36: 215-226.
- Haynes, S. N., Leisen, M. B., y Blaine, D. D. (1997). Design of individualized behavioral treatment programs using functional clinical case models. *Psychological Assessment*, 9 (4), 334-348.
- Labrador, F.J. (2008) *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F., De la Fuente, M. y Crespo, M. (1995). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp 367-395). Madrid: Pirámide.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Le´ger, E., Gagnon, F., y Thibodeau, N. (2000). Efficacy of cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Nelson-Gray, R. (2003). Treatment utility of psychological assessment. *Psychological Assessment*, 15(4), 521-531.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., Boswell, J. F., Szkodny, L. E. y Nordberg, S. S. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 171-181.
- Rapee, R.M. (1995). Trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobbles (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1* (pp. 471-491). Madrid: Siglo XXI.
- Rathus, S. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Roca, E. (2005). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Valencia: ACDE Ediciones.
- Rodríguez, M. G., Castro, W. P., Pérez, J. M. B. y Rovella, A. (2014). La predicción del trastorno de ansiedad generalizada en función de variables de proceso. *Psicología y Salud*, 14(2), 179-188.
- Sanz, J., Perdígón, L. A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck G (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California, Consulting Psychologist Press. (Adapt. Española, TEA, 1982). Versión española, Seisdedos, N. (1982), Madrid: TEA Ediciones
- Suinn, R. M. (1994). *Entrenamiento en manejo de ansiedad: una terapia de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1990)
- Suinn, R. M. (1995). Clinical practice, university research, and students: A historical perspective on anxiety management training. *American Psychologist*, 50(4), 287-292.