



Trastorno de ansiedad generalizada en la adolescencia: estudio de un caso clínico desde la Terapia de Aceptación y Compromiso

Marina López Muñoz

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Directora: Belén Marina Gras

Madrid

2021/2022

Índice

Resumen/Abstract.....	3
Introducción.....	4
Diseño.....	8
Presentación del Caso.....	9
Antecedentes.....	12
Evaluación.....	13
Formulación del Caso.....	16
Tratamiento y Curso.....	20
Resultados del tratamiento.....	30
Discusión.....	32
Referencias.....	35

Resumen

El objetivo del presente trabajo es contribuir al desarrollo de intervenciones eficaces para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes. Con este objetivo, se presenta la intervención en un caso clínico de trastorno de ansiedad generalizada en una adolescente de 17 años desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. Durante el tratamiento, se empleó la entrevista clínica como método de evaluación principal y la intervención incluyó técnicas de control de la activación, uso de metáforas, ejercicios de mindfulness y entrenamiento en solución de problemas, entre otros. Los resultados muestran un aumento parcial de la flexibilidad psicológica y de la aceptación de los eventos internos en la paciente. Esto se traduce en una reducción tanto de las respuestas de escape y evitación del malestar como del número e intensidad de las preocupaciones. Este estudio ilustra y aporta evidencia de la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a un trastorno de ansiedad generalizada.

Palabras clave: adolescente, trastorno de ansiedad generalizada, preocupaciones, Terapia de Aceptación y Compromiso, evitación experiencial.

Abstract

The aim of this paper is to contribute to the development of effective interventions for the treatment of generalised anxiety disorder in adolescents. According to this objective, we present the intervention in a clinical case of generalised anxiety disorder in a 17-year-old adolescent girl using Acceptance and Commitment Therapy. During the treatment, the clinical interview was used as the main assessment method and the intervention included activation control techniques, use of metaphors, mindfulness exercises, and training in problem-solving, among others. The results show a partial increase in psychological flexibility and acceptance of internal events in the patient. This translates into a reduction in both escape and avoidance responses to distress and a reduction in the number and intensity of worries. This study illustrates and provides evidence for the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy applied to a generalised anxiety disorder.

Keywords: adolescent, generalised anxiety disorder, worry, Acceptance and Commitment Therapy, experiential avoidance.

Introducción

En este trabajo se presenta la intervención en un caso de trastorno de ansiedad generalizada en una adolescente desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. La conceptualización de casos en la práctica clínica puede resultar una tarea compleja e incluso inabarcable. Por ello, la introducción del presente estudio se centrará en exponer las principales dificultades psicológicas que llevaron a la paciente a consulta: ansiedad generalizada, principalmente preocupaciones excesivas en relación con el rendimiento académico, y dificultades en la relación con su hermano. Este último diagnosticado con un trastorno del espectro autista, más concretamente síndrome de Asperger de acuerdo con la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición (American Psychiatric Association, 1994).

Las personas con un trastorno del espectro autista presentan unas características comunes que definen este trastorno y que se manifiestan en dos áreas de su funcionamiento: la interacción social y la flexibilidad comportamental y cognitiva. Son personas que presentan deficiencias en la comunicación y la interacción social y patrones comportamentales, actividades e intereses limitados y repetitivos (American Psychiatric Association, 2014).

La literatura evidencia que, en hermanos de niños con trastorno del espectro autista, como es el caso de la paciente del presente estudio, hay una mayor presencia de problemas emocionales, conductuales y sociales que en hermanos de niños con un desarrollo neurotípico (Ruiz y Tárraga, 2015). Asimismo, los padres de hermanos de menores diagnosticados refieren que estos presentan mayores niveles de problemas de conducta y emocionales, tanto de tipo externalizante como internalizante, entre los que se encuentran el aislamiento, las quejas somáticas, la ansiedad, la depresión y los problemas sociales y de pensamiento (De Gregorio y Prieto-Ursúa, 2006). Otro aspecto a tener en cuenta es que la ausencia de más hermanos en el núcleo familiar, como también es el caso de la paciente del presente estudio, se ha reconocido como un factor de riesgo para el desarrollo de conductas inadaptadas en hermanos de niños con trastorno del espectro autista (Ruiz y Tárraga, 2015).

En lo que respecta a la sintomatología ansiosa, según Hasin et al. (2018, como se citó en Pérez-Aranda et al., 2021) la ansiedad es, junto con la depresión, uno de los problemas de salud mental más comunes en la población general, con una prevalencia vitalicia de 7,30%. Los trastornos de ansiedad son comunes en la infancia y adolescencia e impactan negativamente en las relaciones sociales y familiares, la autoestima, el rendimiento académico y los futuros logros laborales. Además, suelen ser predictores de otras psicopatologías en la vida adulta. No

obstante, a pesar del gran impacto de estos, es habitual que la búsqueda de ayuda por parte de los padres se produzca de manera tardía cuando la sintomatología ansiosa ya lleva meses, o incluso años, instaurada (Tayeh et al., 2016).

En concreto, el trastorno de ansiedad generalizada se define como un patrón de preocupación excesiva que resulta incontrolable para quien lo padece y se manifiesta durante al menos 6 meses causando deterioro en su funcionamiento diario (Tayeh et al., 2016). Su diagnóstico requiere además la presencia de al menos tres de los siguientes síntomas: problemas de sueño, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para concentrarse, quedarse con la mente en blanco, facilidad para fatigarse o inquietud/sensación de estar atrapado o con los nervios de punta (American Psychiatric Association, 2014).

Las personas con problemas de ansiedad generalizada se caracterizan por tener preocupaciones referidas a una gran variedad de situaciones y de manera general, suelen ser temas centrales la aprobación de los demás, la competencia, los eventos futuros y las situaciones poco familiares. Además, suele haber una búsqueda constante de validación externa que logre calmar la ansiedad temporalmente y es habitual la presencia de manifestaciones somáticas como dolores de cabeza y musculares, alteraciones en el sueño o malestar estomacal (Tayeh et al., 2016). Los individuos afectados también presentan altas tasas de comorbilidad, deterioro funcional y un curso crónico (Copeland et al., 2014). De hecho, el trastorno de ansiedad generalizada es uno de los trastornos comórbidos más comunes por el que los jóvenes demandan tratamiento por ansiedad (Perrin et al., 2019).

La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada a los 12 meses del diagnóstico en niños y adolescentes de 6 a 18 años se encuentra entre el 1 y el 3% (Copeland et al., 2014), mientras que en los jóvenes varía desde el 2 al 6% con un inicio temprano en la niñez intermedia (Merikangas et al., 2010). La diferencia entre grupos se encuentra en el contenido de la preocupación, que tiende a ser apropiado a la edad, siendo la preocupación principal en los adultos el bienestar por la familia y por su propia salud física, y en los niños y adolescentes la escuela y el rendimiento deportivo. Los datos epidemiológicos en problemas de ansiedad señalan los 13 años como edad media de los niños que los padecen (Padilla, 2014). En lo que se refiere a las diferencias por sexo, la probabilidad de que las mujeres tiendan a experimentar un trastorno de ansiedad generalizada es el doble frente a los varones (American Psychiatric Association, 2014). De hecho, las niñas exhiben mayor ansiedad en todos los trastornos a excepción del trastorno obsesivo compulsivo (Padilla, 2014).

En lo que respecta a la literatura acerca del trastorno de ansiedad generalizada, mientras que en adultos está bien establecida, en adolescentes y niños se conoce menos acerca del mecanismo cognitivo subyacente a la preocupación. Algunos autores sugieren que la presencia de sesgos negativos en el procesamiento de la información y la reducción de las funciones ejecutivas juegan un papel importante en el trastorno de ansiedad generalizada en niños y adolescentes (Songco et al., 2020). También hay autores como Echeburúa y Corral (2006, como se citó en Padilla, 2014) que, para explicar la aparición de los trastornos de ansiedad, aluden al estilo educativo de los padres, al propio temperamento del niño y a los factores culturales y sociales.

En este tipo de casos, en lo que se refiere al tratamiento, la terapia cognitivo-conductual se ha probado como la intervención con un mayor grado de eficacia para niños y adolescentes (Padilla, 2014). La literatura indica que los tratamientos cognitivo-conductuales específicos para el trastorno de ansiedad generalizada son aceptables aplicándolos a niños de hasta 7 años y a adolescentes hasta los 19 años. Este tipo de tratamientos parece lograr altas tasas de remisión y una reducción significativa de las preocupaciones y los síntomas ansiosos y depresivos (Perrin et al., 2019).

Además, entre los diferentes enfoques propuestos para el tratamiento de la sintomatología ansiosa, las terapias contextuales están recibiendo mucha atención en estas dos últimas décadas. Estas suponen una innovación dentro de la terapia cognitivo-conductual tradicional en tanto que no pretenden como único objetivo la mejora del síntoma, sino que subrayan aspectos como la compasión, la aceptación, la atención plena o la defusión cognitiva (Pérez-Aranda et al., 2021). En este sentido, dentro de la llamada “tercera generación de terapia conductual y cognitiva” se encuentra la Terapia de Aceptación y Compromiso, una modalidad de psicoterapia considerada prometedora para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (Kraft et al., 2021).

La Terapia de Aceptación y Compromiso se fundamenta en la Teoría del Marco Relacional (Hayes, 2005). Esta teoría proporciona una explicación global e integrada de la conducta verbal al estudiar las condiciones a través de las cuales se establecen y alteran las funciones psicológicas mediante el lenguaje (Zettle et al., 2016). Desde la Teoría del Marco Relacional se entiende que el lenguaje y la cognición son aprendizajes relacionales y que los seres humanos con capacidad lingüística están inmersos en un mundo en el que aprenden a relacionar fenómenos bajo el control de claves contextuales. En este sentido, la conducta de los seres humanos está controlada tanto por el ambiente físico como por el lenguaje. De este modo,

los productos verbales de la persona se vuelven parte del contexto de otras conductas y, en consecuencia, tanto las propiedades físicas como verbales de los estímulos ejercerán su influencia (Mandil et al., 2017).

A este respecto, cuando la persona ha aprendido a relacionar los eventos en función de claves contextuales arbitrarias, las palabras (ya sean dichas en voz alta o en forma de pensamientos hacia uno mismo), pueden tener función de estímulo para todo tipo de acciones según la historia de aprendizaje del sujeto (Zettle et al., 2016). En consecuencia, siguiendo la Teoría del Marco Relacional, desde la Terapia de Aceptación y Compromiso se busca la detección y modificación de los tipos de regulación verbal que son limitantes (Luciano y Valdivia, 2006).

En este sentido, la Terapia de Aceptación y Compromiso pretende mejorar la calidad de vida de las personas buscando un incremento de la flexibilidad psicológica y una reducción de la evitación experiencial (Kraft et al., 2021). La evitación experiencial se entiende como los intentos de evitar el malestar psicológico (Atienza, 2018) a través del control de los eventos privados (contenidos y esquemas cognitivos que se conforman en la historia individual de cada sujeto) (Luciano y Valdivia, 2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso considera que la evitación experiencial se encuentra en la génesis de los trastornos de ansiedad y plantea la aceptación psicológica como estrategia de cambio (Atienza, 2018).

Desde la Terapia de Aceptación y Compromiso no se busca cambiar o reducir los eventos privados molestos sino la alteración de su función y la generación de flexibilidad en la regulación del comportamiento (Luciano y Valdivia, 2006). Se entienden las acciones del organismo como regulación verbal del comportamiento y la relación entre dichas acciones y los eventos privados como respuestas a relaciones arbitrarias potenciadas socialmente (Luciano y Valdivia, 2006).

En lo que respecta a las bases teóricas y metodológicas, el proceso de evaluación desde la Terapia de Aceptación y Compromiso se centra en un área clave para la formulación de caso, el entendimiento de la “la dirección valiosa” hacia la que el cliente se quiere dirigir. Para ello, plantea una intervención en la que es fundamental identificar y priorizar los valores del paciente en las diferentes áreas de su vida y clarificar dichos valores mostrando al cliente en qué medida está atendéndolos en su vida diaria (Berryhill y Lechtenberg, 2015).

En este sentido, se ha mostrado como un modelo terapéutico efectivo para una amplia gama de problemas en adolescentes, ya que, al orientarse hacia la búsqueda de un resultado concreto, atención plena y una vida congruente con los valores, les ayuda a promover una vida

rica, con sentido y significativa (Berryhill y Lechtenberg, 2015). Como modelo de intervención, se ha encontrado que esta es eficaz para el tratamiento de pacientes que presentan desórdenes emocionales, trastorno de ansiedad generalizada, síntomas de ansiedad y depresión. Frente a otro tipo de intervenciones, la Terapia de Aceptación y Compromiso muestra grandes mejoras en la flexibilidad psicológica, la aceptación y la defusión cognitiva de los pacientes, así como en la disminución del miedo a las emociones y su regulación, la tolerancia a la incertidumbre y el control percibido de la ansiedad (Coto-Lesmes et al., 2020).

No obstante, entre sus desventajas, cabe señalar que puede no ser efectiva para aquellos adolescentes que no están preparados para la intervención o para aquellos que tienen bajos niveles de funcionamiento cognitivo (Berryhill y Lechtenberg, 2015). En su aplicación con adolescentes, también se encuentran otras dificultades a la hora de utilizar componentes como el concepto de aceptación, la amplificación de los valores y la diferenciación del yo como contexto (Molina-Moreno y Quevedo-Blasco, 2019).

Por último, con respecto a los objetivos del presente estudio, cabe señalar que, dada la alta prevalencia de problemas de ansiedad en población adolescente y las consecuencias adversas derivadas, este estudio pretende contribuir al avance y desarrollo de intervenciones eficaces para el tratamiento de los trastornos de ansiedad generalizada en población adolescente a través del análisis de un caso derivado de la práctica clínica. Asimismo, pretende ilustrar y documentar la eficacia de la intervención en trastornos de ansiedad generalizada desde la Terapia de Aceptación y Compromiso como modalidad de psicoterapia prometedora para el tratamiento de este tipo de trastorno.

Diseño

Se presenta un estudio de caso caracterizado por la descripción y análisis de una parte del proceso de intervención en un caso clínico de trastorno de ansiedad generalizada en una adolescente de 17 años empleando la Terapia de Aceptación y Compromiso como modelo terapéutico.

La participante del presente estudio, menor de edad, acude a consulta de manera voluntaria con el consentimiento de sus progenitores. El lugar de aplicación de la intervención es un centro de terapia privada y de orientación cognitivo-conductual que atiende tanto a adultos como a niños y adolescentes.

La paciente solicita acudir a terapia después de haber asistido, por petición expresa, a una sesión de su hermano en dicho centro. Así, fue ella misma quien solicitó acudir a terapia con

la misma terapeuta que atendía a su hermano, previa solicitud del consentimiento de este. Es importante señalar esta particularidad con respecto al reclutamiento, ya que si no hubiese habido una petición expresa de la paciente y no se hubiese contado con el consentimiento de su hermano (ya en terapia) hubiese sido más correcto que esta hubiera sido tratada por un terapeuta diferente.

Con respecto al proceso de intervención, la paciente acepta la participación de dos terapeutas. Por un lado, la autora del presente trabajo, estudiante en prácticas del Máster en Psicología General Sanitaria y del Máster en terapia cognitivo-conductual con niños y adolescentes. Por otro, la directora de este, la cual tiene una larga trayectoria trabajando como terapeuta infantojuvenil en consulta privada y es especialista en psicología clínica infantojuvenil y familiar, experta en Mindfulness para la intervención clínica y social y especialista en Terapia de Aceptación y Compromiso en la infancia y adolescencia.

El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas en enero de 2022, considerando este que el proyecto presentado cumple con los requisitos éticos de una investigación de estas características.

Presentación del Caso

María es una adolescente de 17 años, estudiante de segundo de bachillerato, que acude a consulta privada voluntariamente con el consentimiento de sus progenitores. Su núcleo familiar está compuesto por un padre informático, una madre enfermera, ambos de 45 años, y un hermano menor de 14 años, Juan, diagnosticado con un trastorno del espectro autista desde hace un año.

Como se ha mencionado anteriormente, tanto María como su hermano acuden a la misma terapeuta por petición expresa de la paciente y con el consentimiento de Juan. El hermano de la paciente inició la terapia con una periodicidad semanal, fue diagnosticado y tras un par de meses de evolución favorable, sus sesiones se espaciaron quincenalmente. Entonces, apareció María, cuya sintomatología ansiosa era aguda y estaba dificultando su funcionamiento diario de manera significativa causando un importante deterioro social. Dado que, por cuestiones económicas, no podían acudir semanalmente ambos, se decidió de manera conjunta que fuese María quien acudiese a terapia tres veces al mes y su hermano una.

El motivo que ha llevado a la paciente a solicitar la ayuda de un profesional es la presencia de dificultades en diferentes áreas de su vida. Cuando María acude a consulta por primera vez, es capaz de enumerar las principales áreas en las cuales se manifiestan estas dificultades y describir los problemas que para ella resultan más notables.

Con respecto al ámbito académico, la paciente en su discurso manifiesta lo siguiente: “estoy muy agobiada con el colegio”. Refiere bloqueos ante los exámenes y las preguntas de los profesores, momentos en los cuales se queda en blanco. También explica que presenta dificultades para concentrarse y que le está resultando complicado retener la materia estudiada. Del mismo modo, hace referencia a una falta de tiempo para realizar todas las tareas relacionadas con el ámbito académico.

Por otro lado, respecto a su familia, explicita que “últimamente con las situaciones en casa de mucho grito la cosa no es muy agradable”. María hace referencia a continuos conflictos entre su padre y su hermano por el tema académico, conflictos en los cuales suele darse una escalada simétrica agresiva. También relata que su padre está teniendo dificultades para comprender el diagnóstico de su hermano y esta situación deriva en que ella tiende a colocarse en la posición de mediadora, lo cual incrementa sus niveles de ansiedad y le dificulta concentrarse en las tareas académicas.

Con respecto a la relación con su hermano, María explica que este no sale de la habitación y que no le gusta compartir tiempo en familia, y esto a ella le genera mucho malestar porque “siento que no tengo hermano”. La paciente es una persona que tiende a ser especialmente cuidadosa en sus relaciones con los otros, mientras que su hermano presenta déficits en la comunicación e interacción social, lo cual le está causando bastante sufrimiento por el desajuste en las expectativas que tiene respecto a la capacidad empática de este. Además, con frecuencia María se encarga de su hermano, por ejemplo, es común que le prepare la comida y que se preocupe por las tareas escolares de este, con independencia de que este sea capaz de hacerlo por sí mismo sin limitación alguna.

En lo que se refiere a sus relaciones sociales, se define a sí misma como una “persona asocial”, no obstante, cuando hace referencia a su grupo de amigos, se observa que cuenta con un grupo de pares amplio y estable, con cuyos miembros comparte intereses y a los que percibe como un apoyo. Las dificultades se presentan en la percepción que tiene de ella misma en la interacción con los otros. María es una persona tranquila, que se encuentra a gusto en grupos pequeños, que tiende a colocarse en la posición de escuchar en las interacciones sociales y que disfruta de aficiones como los juegos de mesa. Este estilo personal propio de una persona introvertida hace que ella se sienta diferente tanto en intereses como en aficiones del grueso del grupo de su edad, de acuerdo con sus propias palabras, “yo no me veo como a las otras personas, en sentido negativo porque me veo peor”.

Con respecto a esto último, en el ámbito personal, María manifiesta que tiene una baja autoestima. Muestra de ello es su discurso plagado de disculpas a las terapeutas, pide continuamente perdón, y con elevados niveles de autocrítica. Habla de ella misma de manera negativa, siempre utilizando la etiqueta “yo soy” y haciendo uso de “debería”. También explica que no se siente a gusto con su cuerpo, concretamente, refiere que tiene “agobio con el peso” porque “desde pequeña he tenido sobrepeso”.

Las dificultades descritas anteriormente en las diferentes áreas de la vida de la paciente (académica, familiar, social y personal) le generan mucho malestar, de hecho, hace referencia a constantes “tembleques” y “ataques”. María es capaz de especificar qué es lo que caracteriza a estos episodios: dolor de cabeza, mareo, temblor de piernas y manos, hiperventilación y tendencia a quedarse en blanco, todos ellos síntomas concordantes con sus elevados niveles de ansiedad. Además de los “ataques” referidos, también describe dificultades para conciliar el sueño, tardando una hora y media en quedarse dormida y levantándose a media noche con fuertes picores. Con respecto a los picores, la paciente aclara que sufre dermatitis, la cual, a pesar de estar siendo tratada con corticoides por vía tópica y antihistamínicos, posiblemente se esté viendo agravada por la sintomatología ansiosa. En adición a los problemas de piel, describe fuertes dolores de tripa desde la hora de levantarse. Tras una exploración médica, estos dolores se atribuyeron a la presencia de la bacteria *helicobacter pylori* y la paciente recibió tratamiento. No obstante, no se puede descartar que la sintomatología ansiosa interfiriese en la agudización del dolor estomacal.

De todo lo mencionado anteriormente, la paciente relata que los dos aspectos que están teniendo una mayor interferencia en su funcionamiento diario, en la misma medida, son la relación con su hermano y las dificultades académicas pues según ella “ambas cosas interaccionan porque Juan influye en los estudios”. De hecho, María tiene dificultades para concentrarse mientras estudia en su casa porque se encuentra en un continuo estado de alerta por si su hermano y su padre tienen algún conflicto. Además, también rechaza la opción de irse a estudiar a casa de su tía, la cual vive muy cerca y le ha ofrecido esta posibilidad, porque le genera ansiedad pensar que puede haber un episodio conflictivo entre su hermano y su padre y ella no estaría como mediadora.

Por último, se ha de recalcar que es la primera vez que María acude a terapia para tratar los problemas de ansiedad y tanto ella como sus progenitores han proporcionado su consentimiento para llevar a cabo la intervención. Del mismo modo, tras haber recibido información suficiente con respecto al estudio, el objetivo de este y los beneficios que aportaría

a la comunidad científica, conceden su consentimiento informado para participar en el presente trabajo de fin de máster. Además, tanto la participante como sus progenitores han tenido la oportunidad de plantear todas las dudas y preguntas que tuvieran. Del mismo modo, se les ha informado de su libertad para retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello conlleve ningún tipo de penalización o discriminación para su proceso terapéutico. También se les informa de que la participación en el estudio no conlleva ningún riesgo, molestia o incomodidad y se recalca que no percibirán ninguna compensación económica por su participación. Asimismo, se les ha asegurado el mantenimiento de la confidencialidad y el anonimato de los datos proporcionados.

Antecedentes

La paciente es una persona que tiende a ser bastante generosa y cuidadosa en sus interacciones con los otros. Para ella, ser buena hija y hermana es un valor fundamental. Sin embargo, las expectativas que tiene en la relación con su hermano y, sobre todo, las expectativas de empatía que tiene respecto a este, siempre le han causado un gran malestar.

Su hermano, diagnosticado con un trastorno del espectro autista desde hace un año, siempre ha presentado bastantes dificultades en la comunicación e interacción social, siendo una persona muy inflexible. Ella misma, cuando acude a consulta por primera vez, explica que “a Juan no se le diagnosticó esto (haciendo referencia al trastorno del espectro autista) hasta el año pasado, pero él ya era así, como es él, y yo tenía que entender que era especial ya sin haberle diagnosticado nada”. María no entendía por qué a su hermano le resultaba tan difícil disfrutar del tiempo de ocio en familia y salir de la habitación, para ella era como “no tener hermano”. A lo anterior se añaden las dificultades que está presentando su padre para entender el diagnóstico de su hermano, las cuales hacen que en casa siempre haya conflictos con episodios agresivos y que para la paciente la situación sea incómoda. Como ella misma comenta “en casa la cosa no es muy agradable”.

Respecto a las relaciones sociales, a pesar de que ahora en el instituto cuenta con un grupo de amigos con los que se relaciona diariamente y con los que tiene una gran afinidad, María es una persona introvertida a la que le genera bastante ansiedad estar con gente que no conoce. Ella misma manifiesta que “yo no hago amigos fácilmente, ni soy de hablar”. De hecho, en el colegio tuvo problemas para hacer amigos, ya que, además de sus dificultades en la interacción social (poca asertividad, dificultad para entablar conversación con personas nuevas,

ansiedad anticipatoria, lectura de pensamiento de los otros...), sus compañeros de clase le increpaban por su apariencia física.

Con respecto a esto último, la paciente explica que siempre ha presentado sobrepeso y que desde muy pequeña “se agobia con su peso”. Aunque ha perdido 10 kilos en el último año, no se siente a gusto con su cuerpo y, además, está preocupada porque cuando se encuentra nerviosa le entra mucha hambre. Quizás esto ha podido contribuir a su baja autoestima, lo cual le lleva a evaluarse siempre de manera negativa tanto en el área personal como social.

En el ámbito académico, María siempre ha tenido un rendimiento medio, pese a haber trabajado más que la mayoría de sus compañeros. No obstante, parece que la paciente tiene unas expectativas realistas con respecto a su rendimiento académico: “no quiero un 10, pero estoy con algunas raspadas”. Desde que inició segundo de bachillerato, comienza a presentar altos niveles de ansiedad (dolores de cabeza, temblores de piernas y manos, mareo, hiperventilación y problemas de sueño) y problemas de rendimiento académico (se queda en blanco tanto en los exámenes como cuando los profesores le hacen preguntas y tiene dificultades para concentrarse y retener la información). A pesar de que es consciente de que los errores que comete en los exámenes no le ocurren cuando realiza los ejercicios en casa, ha incrementado la duración de sus jornadas de estudio. Sin embargo, sigue suspendiendo los exámenes y eso tiene en ella un doble efecto: por un lado, repercute en su autoestima al tener una continua sensación de fracaso (“puede que haya perdido dos ejercicios de un examen por ser idiota”) y, por otro, incrementa sus niveles de ansiedad.

En definitiva, aunque parece que la baja autoestima y la preocupación por la relación con su hermano han estado presentes desde que la paciente era muy pequeña, el curso escolar en el que se encuentra y la presión derivada de las exigencias académicas junto con las dificultades en casa a raíz del diagnóstico de su hermano han actuado como factores desencadenantes de la sintomatología ansiosa. En este sentido, la paciente refiere que sus problemas de ansiedad con respecto al rendimiento académico están muy influenciados por la relación con su hermano porque para ella ambas cosas interaccionan, repercutiendo esto a su vez en su estado anímico (por ejemplo, suele llorar mucho).

Evaluación

La primera recogida de información se llevó a cabo a lo largo de dos sesiones entre las cuales transcurrió un período de tiempo de una semana. Esta nos permitió obtener los datos e información relevantes para plantear el tratamiento, no obstante, el proceso de evaluación se ha

caracterizado por su continuidad a lo largo de la intervención facilitando así la valoración de los resultados que se iban consiguiendo.

Inicialmente, se parte de un análisis pormenorizado del entorno familiar, social y escolar de la paciente. Se debe tener en cuenta que, al haber acudido su hermano a terapia acompañado de sus padres, ya se disponía de información acerca del funcionamiento familiar y esto simplificó el proceso de evaluación.

Como método de recogida de información se ha empleado principalmente la entrevista clínica, indagando el funcionamiento de la paciente en las diferentes áreas de su vida y asegurándonos de cubrir el mayor número de áreas posibles: académica, familiar, social y personal. Se hicieron preguntas con las que se trataba de indagar en qué medida el problema que le llevó a solicitar ayuda le estaba causando interferencias en su día a día: “¿qué te está generando mayor malestar?”, “¿en qué momentos aparece la ansiedad?”, “¿qué te está pudiendo más: los estudios o tu hermano?”...

También se empleó la entrevista como método de evaluación con personas relevantes de su contexto, en este caso su madre. El objetivo era obtener una perspectiva externa que nos permitiese determinar si había otros problemas que estuviesen interfiriendo en la vida de la paciente pues, al estar María centrada en la sintomatología ansiosa, puede que no los hubiese identificado o no tuviese conciencia de su existencia. La entrevista a la madre de la paciente permitió además concretar los objetivos terapéuticos relacionados con el entorno familiar como, por ejemplo, la relación entre la paciente y su hermano.

De este modo, a través de la entrevista, tanto con la paciente como con su madre, se pudieron obtener los primeros datos aproximativos para establecer un diagnóstico clínico y tomar decisiones con respecto al proceso terapéutico. Además, es importante señalar que, dado que la evaluación es un proceso continuo, la entrevista fue un elemento vertebrador de todo el proceso terapéutico empleándose longitudinalmente en cada una de las diferentes fases.

Por otro lado, también se prestó atención a las quejas y demandas de la paciente:

“Estoy muy agobiada con el colegio”, “Las discusiones en casa entre mi padre y mi hermano hacen que el ambiente en casa no sea nada cómodo”, “Tardo mucho tiempo en hacer los deberes y no cumplo con la lista de tareas” ...

En el caso de la falta de tiempo con respecto a las tareas académicas, se llevó a cabo en consulta una evaluación del método de estudio de la paciente con la finalidad de determinar si la lista de tareas planteadas era realista y el modo en el que las llevaba a cabo. Para ello, se le

pidió que trajese a sesión unos esquemas de alguna de las asignaturas con las que presentaba dificultades. Se concluyó que la manera en la que María realizaba los apuntes era correcta, pues al preguntarle en sesión por el contenido de estos era capaz de recordarlo y de elaborar una explicación argumentada de estos. De ahí la necesidad de explorar qué es lo que estaba ocurriendo en los exámenes con sus niveles de activación para que ella se quedase en blanco.

Además, la observación en sesión también se convirtió en una fuente importante para la obtención de información. A pesar de que las conductas problema descritas por la paciente solían tener lugar en situaciones naturales como el instituto o su casa, la naturaleza de estas hizo probable que pudiesen ser observadas en el propio espacio terapéutico. Desde el inicio de la intervención, María se mostró muy comprometida y motivada hacia el cambio, trayendo a consulta todos los temas y dudas que deseaba abordar acompañados de un discurso organizado y detallado. Sin embargo, es cierto que como consecuencia de sus altos niveles de activación en ocasiones su discurso se tornaba acelerado, aunque no llegaba a desestructurarse. Así, en los momentos en los que hacía referencia a temas que le generaban un mayor malestar, se observaba como la paciente comenzaba a mover la pierna constantemente y a rascarse los brazos. También se hicieron evidentes sus niveles de autoexigencia y autocrítica. Muestra de ello es la utilización continua por parte de la paciente de “debería” y “tengo que” planteados como mandatos de obligado cumplimiento hacia ella misma, todas ellas conductas gobernadas por reglas aprendidas en algún momento, pero que en la actualidad no son funcionales para que su conducta se encamine al bienestar.

Otro método de recogida de la información empleado fue el autorregistro. Para ello, en la primera sesión de evaluación, se pidió a la paciente que durante la semana registrara las situaciones en las que se presentaba el malestar. Las instrucciones fueron las siguientes: registrar la situación desencadenante del problema; los pensamientos, emociones o sensaciones físicas (es decir, las reacciones privadas molestas); lo que hacía (actuación) y las consecuencias a corto y a largo plazo. De este modo, se podría obtener una muestra de la frecuencia, intensidad y duración de la sintomatología ansiosa, así como de las situaciones desencadenantes de su malestar.

Tabla 1.*Autorregistro. Situaciones desencadenantes del malestar*

Fecha	Situación desencadenante	Reacciones privadas molestas (pensamientos, emociones y sensaciones físicas)	Actuación	Consecuencia a corto plazo	Consecuencia a largo plazo
-------	--------------------------	--	-----------	----------------------------	----------------------------

Formulación del Caso

María es una persona introvertida y con un patrón de comportamiento ansioso caracterizado por una tendencia a presentar una amplia gama de preocupaciones relacionadas con distintas áreas de su vida. A ello, se suma la baja tolerancia a la incertidumbre y el gran malestar que le genera la sensación de no ser productiva, lo cual le hace estar en un estado de tensión y alerta continuo.

En lo que se refiere al ámbito de lo cognitivo, María muestra pensamientos exigentes y su conducta está gobernada por reglas inflexibles:

“No paro de pensar en lo que tengo que hacer”, “Tengo que cuidar de Juan, de mi madre y de mi padre, si no lo hago me siento mal conmigo misma, pero a la larga duele”, “Estaba pensando todo el rato que debería estar haciendo cosas”.

Además, presenta esquemas de pensamiento cuyos contenidos hacen referencia a una visión negativa de sí misma, percibiéndose como inadecuada e incompetente (patrones cognitivos negativos).

En lo que respecta a sus repertorios básicos de conducta, de la evaluación se concluye que hay cierto déficit de habilidades sociales, mostrando la paciente un estilo de comunicación pasivo. Esto se observa tanto en su conducta no verbal (tono vacilante, se retuerce las manos, postura hundida, risas nerviosas...) como verbal (niega la importancia de su situación, continuas vacilaciones, no da su opinión para no crear conflicto, cree que lo que ella piensa es menos válido, presenta nervios al intentar exponer una opinión, expresiones como “quizás”, “no es importante”, “supongo”...). En general, se observa una ausencia de conductas asertivas que se ve potenciada por su intenso miedo a ser rechazada o evaluada negativamente por sus iguales. Este estilo de comunicación contribuye a que María tenga una imagen pobre de sí misma, pierda

oportunidades por temor a ser evaluada o rechazada, no se guste a sí misma, se sienta sin control y ansiosa y tenga sensación de desamparo.

Con respecto a su historia de aprendizaje, desde pequeña para compensar la tensión y los conflictos que había en casa por las conductas emitidas por su hermano, parece que María ha aprendido a ser complaciente y a ejercer el rol de cuidadora con sus padres y con este:

“Yo no puedo ser una carga porque ya bastante tienen mis padres con los problemas de Juan”, “Mi hermano está gritando, mi madre está enfadada, mi padre está enfadado y nadie me hace caso porque yo soy una sombra y así en bucle”.

Esto podría explicar su déficit de asertividad, en casa siempre ha ejercido un rol de cuidadora tanto con su hermano como con sus padres y parece que este modo de relacionarse se ha visto más reforzado que la emisión de conductas asertivas.

Por otro lado, el intenso miedo al rechazo puede haberse visto influido por las experiencias que María vivió en el colegio donde tuvo dificultades para conformar un grupo de iguales y fue criticada por su aspecto físico. Parece que, en estas situaciones, María presentaba un estilo de afrontamiento pasivo mostrándose complaciente en las interacciones con los otros lo que, a corto plazo, aliviaba su malestar (respuestas de escape y evitación, refuerzo negativo) y, a largo plazo, ha derivado en una falta de habilidades sociales y de habilidades de afrontamiento de la ansiedad.

En lo que se refiere a las estrategias de María para lidiar con la ansiedad, la mayor parte de su comportamiento se conforma por conductas de evitación y escape: complacer a su hermano para evitar el conflicto, por ejemplo, dejándole ganar en los juegos de mesa, largas jornadas de estudio para aliviar el malestar que le genera la sensación de falta de productividad, estar en estado de alerta continuo para evitar la ansiedad que le generan los conflictos entre su hermano y su padre...

La paciente presenta un patrón comportamental inflexible caracterizado por la emisión de respuestas dirigidas a evitar o suprimir la presencia de eventos internos negativos con el fin de intentar escapar del malestar (véase la tabla 2 en la que se evalúa el patrón de evitación experiencial de María). De ahí que se considerase adecuado integrar dentro del tratamiento estrategias que potenciasen la tolerancia de María al malestar, no con el objetivo de reducir el sufrimiento, sino de ayudar a la paciente a construir una vida plena aceptando que el sufrimiento está inevitablemente unido a la existencia de todo ser humano.

A partir de los datos obtenidos en la evaluación, se concluyó que la paciente cumplía los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada. María presentaba preocupaciones excesivas, que llevaban teniendo lugar desde hace más de seis meses, en relación a diversas áreas como la social o la escolar. Además, le resultaba difícil controlar la preocupación, lo cual estaba derivando no solo en un malestar clínicamente significativo para la paciente sino también en un deterioro en sus distintas áreas de funcionamiento. Dicho deterioro no se podía explicar mejor por la presencia de efectos de una sustancia química ni de otro trastorno mental (American Psychiatric Association, 2014).

En lo que respecta a posibles síntomas de ansiedad social, es cierto que la paciente refiere sentirse ansiosa en situaciones en las que puede ser evaluada por los otros como ser preguntada por los profesores o tener que hacer una exposición oral. No obstante, sus preocupaciones también se presentan cuando no está siendo evaluada y en relación con situaciones no sociales. En este sentido, tras la exploración no se apreció un diagnóstico clínicamente significativo de ansiedad social.

Tabla 2.

Análisis funcional de María. Evaluación del patrón de regulación evitativo

Eventos internos	Qué hace la paciente	Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de inferioridad con un autodiscurso negativo: “los demás son mejores”, “no soy suficiente”... • Miedo a ser rechazada o evaluada negativamente 	Estilo de comunicación pasivo: ser complaciente en las interacciones con los otros y no expresar su opinión para evitar el conflicto y/o pasar lo más desapercibida posible.	Sentirse aceptada Alivio del malestar Reduce el riesgo de críticas	Persistencia del sentimiento de inferioridad Desesperanza Cansancio físico Estado constante de tensión y alerta: ataques de ansiedad
<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a suspender los exámenes: “Me decepciono a mí misma y a los profesores”, “tengo que ser productiva” 	Largas jornadas de estudio Sobreesfuerzos para hacer las tareas académicas	Alivio momentáneo del malestar por la sensación de estar siendo productiva Sensación de valía y autoeficacia	Bloqueos en los exámenes por elevados niveles de activación Falta de autocuidado y ausencia de tiempo para cosas que son importantes para ella como sus amigos
<ul style="list-style-type: none"> • Ser una buena hermana e hija “preocuparme para que Juan no sufra”, “cuidar de mi hermano, mi madre y mi padre” 	Intentar “salvar” a la familia	Alivio del malestar	Persistencia de la sintomatología ansiosa Frustración por el no cumplimiento de las expectativas de empatía con respecto a su hermano

Tratamiento y Curso

La intervención sigue la estructura propia de un proceso cognitivo-conductual compuesto por cuatro fases. La primera se dedica a la evaluación y consiste en la recogida de información. La segunda es la devolución, fase en la que las terapeutas explican a la paciente los resultados de la evaluación, deciden con ella los objetivos de intervención y exponen las técnicas de tratamiento. A continuación, hay un tercer momento de aplicación de las técnicas donde el trabajo de la paciente es fundamental en el período intersesión y, por último, se finaliza con una fase de seguimiento en la que se espacian las sesiones en el tiempo.

Se decide abordar la problemática de la paciente desde la Terapia de Aceptación y Compromiso pues este modelo terapéutico se ha demostrado eficaz a la hora de generar flexibilidad en la regulación del comportamiento de los pacientes y reducir los intentos de evitar el malestar psicológico (Kraft et al.,2021), objetivos generales de la intervención que se plantea.

Hasta el momento, el tratamiento ha tenido lugar a lo largo de 7 meses, encontrándose actualmente en la fase de intervención. Se han realizado hasta el momento 16 sesiones individuales en coterapia y con formato presencial. Dichas sesiones son remuneradas. En lo que respecta a la periodicidad, por cuestiones económicas, se están realizando tres sesiones al mes con una frecuencia semanal, transcurriendo dos semanas entre la última sesión del mes y la primera del siguiente. La duración aproximada de cada sesión es de 50 minutos a 1 hora.

La recogida de información tuvo lugar durante dos sesiones, pero la problemática de María y sus altos niveles de ansiedad han dado lugar a que las actividades de intervención se intercalen con las de evaluación para que el plan de tratamiento se reajuste a sus demandas.

Los objetivos para cada sesión son planificados previamente, pero, con frecuencia, se han de modificar porque la paciente acude a consulta con nuevas problemáticas que se relacionan con situaciones que durante la semana le han generado ansiedad (exámenes, discusiones familiares, problemas médicos...). En este sentido, se está produciendo un enlentecimiento con respecto al plan de tratamiento, puesto que los continuos reajustes dificultan la consecución de los objetivos previamente establecidos. A este respecto, la paciente acepta en la sesión 12 comenzar un tratamiento farmacológico de bromazepam pautado por el médico de cabecera que ayudará a la reducción de los niveles de ansiedad favoreciendo el trabajo terapéutico.

En lo que se refiere a las metas del tratamiento, a continuación, se muestra un listado de las conductas problema, los objetivos terapéuticos respecto a estas y las técnicas empleadas durante la intervención.

Tabla 3.

Listado de conductas problema, objetivos de intervención y técnicas aplicadas

Conductas problemáticas	Objetivos terapéuticos	Técnicas de intervención
<p>Ansiedad ante tareas académicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendimiento académico inferior (teniendo en cuenta sus conocimientos y el tiempo invertido en estudio) ▪ Bloqueo en los exámenes, llegando incluso a tener ataques de ansiedad. 	<p>Desarrollar respuestas de afrontamiento eficaces en las situaciones ansiógenas.</p> <p>Aumentar la flexibilidad psicológica.</p> <p>Promover la aceptación de las experiencias internas desagradables: adoptar una actitud flexible frente a la capacidad empática de su hermano y respecto a su rendimiento académico.</p> <p>Incrementar el compromiso con acciones guiadas por los valores.</p>	<p>Psicoeducación sobre ansiedad.</p> <p>Entrenamiento en defusión con respecto al lenguaje.</p> <p>Externalización del malestar.</p> <p>Ejercicios de mindfulness.</p> <p>Uso de metáforas y clarificación de valores.</p> <p>Trabajo de los intentos de control: ¿qué puede y qué no puede controlar?, ¿a qué conduce el control?...</p> <p>Exposición al malestar de no ser productiva.</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p>
<p>Ansiedad en la relación con su hermano</p>		<p>Técnicas de control de la activación: escáner corporal, relajación muscular progresiva de Jacobson, biofeedback y respiración abdominal.</p>
<p>Creencias negativas sobre sí misma: autoconcepto negativo</p>	<p>Mejorar la autoestima.</p> <p>Promover la aceptación: adoptar una actitud abierta, receptiva y flexible respecto a su apariencia física.</p>	<p>Reestructuración cognitiva.</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas para una mejor adaptación al entorno.</p> <p>Entrenamiento en habilidades de comunicación para fomentar respuestas asertivas.</p>

Una vez delimitadas las conductas problema, se comenzó trabajando la ansiedad ante los estudios. Esta preocupación era la que mayor malestar causaba a la paciente cuando acudió a consulta, en gran parte debido al curso escolar en el que se encuentra. No obstante, como el malestar por los estudios y el causado por la relación con su hermano interaccionaban, ambos objetivos empezaron a trabajarse de manera entrelazada. A continuación, se explican brevemente algunas de las técnicas más significativas que se han ido empleando a lo largo de la intervención.

En lo que se refiere a las herramientas para ayudar a la paciente a relajarse fisiológicamente, se ha recurrido, sobre todo, al entrenamiento en relajación a través del biofeedback, aunque también se están utilizando otras técnicas de control de la activación como la relajación muscular y la respiración abdominal. El objetivo es que María sea capaz de aprender a relajarse reduciendo así sus niveles de ansiedad y preocupación, mejorando su conciencia sensorial y logrando que desaparezcan o se reduzcan las respuestas de evitación y escape del malestar.

Con respecto al uso del biofeedback, se planteó una intervención basada en el uso del aparato Nexus-10, el cual funciona a través del software BioTrace+. El objetivo de esta técnica es restablecer el balance del sistema nervioso autónomo de la paciente con la participación activa de esta. María podrá aprender cómo funciona su cuerpo y su mente mediante la utilización de un sistema de retroalimentación incorporado en el aparato, el cual le va informando de la función que desea controlar voluntariamente (Mindmedia, 2022). Para ello, se está llevando a cabo el entrenamiento en relajación a través de tres medidas fisiológicas: la conductancia de la piel recogida a través de un electrodermógrafo, la tasa cardíaca medida a través de un electrocardiógrafo y la tasa respiratoria valorada a través de un neumógrafo.

Por otro lado, para promover la aceptación del malestar derivado de las experiencias ansiosas se empleó con María la técnica de la externalización. Como ya se ha mencionado, desde la Teoría de Aceptación y Compromiso se hace mucho énfasis en la importancia del lenguaje y cómo los productos verbales de la persona se vuelven parte del contexto de otras conductas ejerciendo influencia sobre ellas (Mandil et al., 2017). Por ello, con María se trabajó creando un personaje que representase a su malestar, ella lo denominó Fuencisla. Se pretendía buscar una separación lingüística entre el problema y su identidad personal.

“Vamos a aprender a ser conscientes de lo que estamos pensando y a distanciarnos un poco de esos pensamientos. Al tomar distancia con los pensamientos vamos a ver que el impacto emocional de estos va a ser cada vez menor. Un primer paso para distanciarse

de esos pensamientos y las emociones que estos generan es darle un nombre a esa parte de María que da malas noticias”

De esta manera se facilita que María pueda conocer cómo el problema está condicionando su funcionamiento diario, para así dejar de luchar contra sus experiencias internas indeseadas y darles un espacio que le permita llevar a cabo acciones más efectivas alejadas de la influencia del problema. María asimiló muy bien conceptualmente cuál era la función de Fuencisla, recurriendo a ella en las sesiones cuando quería explicar qué cosas se decía a ella misma cuando comenzaba a tener ansiedad.

Paralelamente, se están empleando ejercicios de mindfulness para ayudar a María a ser consciente de lo que siente en cada momento. Dichos ejercicios implican observar sin juzgar y lo que se busca es la consciencia que permita la aceptación.

Además, también se están realizando con María ejercicios de defusión cognitiva para promover una nueva forma de relacionarse con aquellas experiencias internas que le resultaban difíciles de tolerar: “lo que nos va diciendo Fuencisla nos hace daño y cuando conseguimos separarnos de ello nos sentimos mejor”. Para la realización de estos ejercicios se le pide a María que identifique qué pensamientos surgen cuando comienza a tener ansiedad, un ejemplo que expone es “no soy capaz”. Una vez identificado el pensamiento, debe repetirlo en voz alta hasta que vaya perdiendo carga afectiva. Este ejercicio le resulta difícil de llevar a la práctica, ya que, recordemos que es una persona con mucho temor a ser evaluada negativamente y rechazada, y le da pudor llevarlo a cabo delante de las terapeutas.

Otra de las técnicas empleadas para promover la aceptación psicológica de la experiencia ansiosa es el uso de metáforas. Como ya se ha mencionado con anterioridad, desde la Terapia de Aceptación y Compromiso se entiende que la génesis del sufrimiento humano surge por la evitación experiencial. En este caso, María trata de evitar aquellos pensamientos, emociones y sentimientos que le generan ansiedad, lo que a largo plazo se traduce en un aumento de esta como consecuencia de un proceso de reforzamiento negativo. En contraposición, lo que se intenta es la aceptación de los eventos internos y el compromiso con acciones guiadas por valores importantes para la persona. Para la consecución de este objetivo con la paciente, se emplea la metáfora del autobús:

“Ahora queremos que te imagines que eres la conductora de un autobús que va de Madrid a Valencia y que vas a ir recogiendo en cada parada a muchos pasajeros. Estos pasajeros solo pueden bajarse del autobús cuando lleguen a su parada final, unos se bajarán antes, pero otros

llegarán hasta el destino final, Valencia. Algunos de estos pasajeros son muy desagradables y mientras conduces te empiezan a distraer, a molestar y a increpar diciéndote lo que tienes que hacer: “ve más rápido”, “pon la música más alta”, “pon el aire acondicionado”, “si giras a la derecha llegamos antes” ... Incluso a veces te desaniman y llegan a insultarte: “no sabes conducir”, “eres una inútil”, “lo haces todo mal”. Tú que te sientes mal, intentas complacerles y hacer lo que te piden para que se callen. Sin embargo, llega un momento en el que te cansas de sus demandas y te entran ganas de echarlos del autobús, pero como no puedes porque tienes que llegar hasta Valencia, empiezas a contestarles de manera desagradable y a discutir con ellos. Pero ellos son muy fuertes y entonces empiezas a hacerles caso para que no te molesten y te dejen en paz, incluso llega un punto en el que no te tienen que increpar porque, casi sin darte cuenta, empiezas a anticiparte a lo que ellos quieren que hagas para que no te increpen. Estos pasajeros son tus pensamientos, tus recuerdos, tus emociones y todas aquellas cosas que te hacen sentir mal, son Fuencisla.

Es verdad que estos pasajeros, que son tus pensamientos, emociones y sentimientos, te pueden hacer sentir mal y hacerte daño. Por eso, a veces aceptas lo que te dicen y les haces caso para que te dejen tranquila. Al final, lo que ocurre es que son ellos los que te dirigen a ti, mientras que la conductora eres tú.”

Las técnicas expuestas anteriormente junto con las detalladas en la tabla 3 están permitiendo a la paciente llevar a cabo un trabajo tanto a nivel cognitivo como a nivel fisiológico. Estas técnicas permitirán que María desarrolle estrategias de afrontamiento de la ansiedad más efectivas que la evitación experiencial. Paralelamente, en algunas sesiones se mandan tareas para casa con un doble objetivo, por un lado, afianzar lo entrenado en consulta y por otro, favorecer la generalización en el contexto natural de la paciente.

En la tabla 4 se expone una descripción breve del proceso de tratamiento, mostrando qué se lleva a cabo en cada sesión e indicando la tarea para casa, en caso de que la hubiese.

Tabla 4.*Descripción del tratamiento y desarrollo de las sesiones*

Sesión	Contenidos	Tareas para casa
<p>1º. 18 noviembre 2021 Motivo de consulta, recogida de información</p>	<p>Presentación de las terapeutas y de la paciente, firma del contrato terapéutico, anamnesis e historia del problema.</p>	<p>Autorregistro de situaciones negativas.</p>
<p>2º. 9 diciembre 2021 Recogida de información</p>	<p>Repaso de la sesión anterior y revisión del autorregistro.</p> <p>Se delimitan las conductas problema jerarquizándolas según el malestar que generan en la paciente.</p> <p>Psicoeducación sobre ansiedad: “tus niveles de ansiedad son como un vaso que está lleno y cada vez que ocurre algo como, por ejemplo, cuando se te ha roto pantalón este fin de semana, el vaso se desborda y surge el ataque de ansiedad”.</p> <p>Vídeo “¿Qué vas a hacer con esos pensamientos y emociones?” (Cemyc Gestión de estrés y ansiedad-Psicólogos especialistas, 2018) sobre el trabajo desde la Terapia de Aceptación y Compromiso.</p>	<p>A raíz del video visualizado en sesión, se sugiere un trabajo de defusión con palabras: “esta semana puede ser una buena idea que para distanciarte de tus pensamientos y reducir su impacto emocional, los vayas nombrando en alto como estrategia para dejarlos pasar, por ejemplo, estoy pensando que...”</p>
<p>3º. 16 diciembre 2021 Devolución</p>	<p>Explicación a la paciente del análisis funcional que se ha hecho de su conducta: ¿qué está sucediendo?, ¿cómo ha comenzado?, ¿por qué se mantiene?...</p> <p>Explicación sobre cómo funciona la Terapia de Aceptación y Compromiso.</p> <p>Exposición de los objetivos de la intervención y las técnicas.</p> <p>Ejercicio de entrenamiento en relajación: se combina primero, relajación muscular, después respiración abdominal y finalmente una meditación guiada.</p>	<p>Practicar una meditación grabada durante la sesión.</p>

Sesión	Contenidos	Tareas para casa
4°. 16 diciembre 2022	<p>Evaluación del método de estudio.</p> <p>Reestructuración cognitiva: “tú te ves peor, pero ¿cómo te ven tus amigas?”.</p> <p>Entrenamiento en relajación: ejercicio en el que se comienza con relajación muscular, después respiración abdominal y finalmente meditación de compasión.</p>	<p>Practicar meditación de compasión durante las navidades y registrar diariamente qué hace bien.</p>
5°. 13 enero 2022	<p>Supervisión de las tareas para casa.</p> <p>Ejercicio de externalización del malestar a través de un personaje: “Fuencisla”.</p> <p>Explicación metáfora del autobús.</p>	
6°. 27 enero 2022	<p>María llega a sesión con elevados niveles de ansiedad (ha tenido COVID por tercera vez, se le han acumulado los exámenes y refiere no parar de llorar en casa) y se dedican 40 minutos de la sesión a atender ese malestar que ella suele evitar.</p> <p>Entrenamiento en relajación a través del biofeedback.</p>	<p>Practicar un ejercicio de escáner corporal (se le manda un audio del ejercicio grabado).</p>
7°. 3 febrero 2022	<p>Repaso de las preocupaciones de la semana: diagnóstico médico de Helicobacter Pylori y preocupaciones en el ámbito académico.</p> <p>Plantea la alternativa de realizar segundo de bachillerato en dos años “no pasa nada si tengo que terminar segundo en dos años, he hecho todo lo que he podido”.</p> <p>Reforzamos la alternativa de pensamiento.</p> <p>Entrenamiento en relajación a través del biofeedback.</p>	
8°. 10 febrero 2022	<p>Repaso de las preocupaciones de la semana: tema académico y conflicto familiar.</p> <p>Trabajo con los pensamientos: “¿qué mensajes te está mandando Fuencisla y qué quieres hacer con ellos?”.</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales: ¿cómo decirles a dos compañeros de clase que les sienten distantes?</p>	<p>Continuar con los ejercicios de meditación.</p>

Sesión	Contenidos	Tareas para casa
9°. 24 febrero 2022	<p>Repaso de las preocupaciones de la semana anterior: tema académico y funcionamiento familiar “si no cuido a padre, a mi madre y a mi hermano me siento mal conmigo misma”.</p> <p>Trabajo con valores (“¿qué es para ti ser buena hermana?”) y entrenamiento en solución de problemas con su hermano (“¿qué puedes hacer para ayudar a Juan que sea realista y esté bajo tu control?”)</p> <p>Uso del biofeedback con doble objetivo: entrenamiento en relajación y exposición al malestar que le genera la sensación de no estar siendo productiva: “me agobia la máquina (refiriéndose al biofeedback) por el tiempo que estoy enchufada, veo que va pasando”.</p>	Elaborar una lista de cosas que ella puede hacer para ayudar a Juan, pero que no escapen a su control.
10°. 3 marzo 2022	<p>Supervisión de la tarea de la sesión anterior.</p> <p>Psicoeducación en ansiedad y evitación experiencial: “a veces cuando luchas contra tu ansiedad estás alimentándola, quizás deberías probar a dejar de luchar”.</p> <p>Ejercicio “el círculo de control”: consiste en reflexionar sobre aquellos aspectos de su vida sobre los que puede actuar y aquellos que escapan a su control.</p> <p>Entrenamiento en relajación a través del biofeedback</p>	
11°. 10 marzo 2022	<p>Aceptación del malestar: en esta sesión se trabaja con María para que pueda hacer sus actividades diarias a pesar del malestar.</p> <p>Defusión con respecto al lenguaje: repetir en alto el pensamiento que le genera ansiedad (la posibilidad de repetir segundo de bachillerato) como un modo de reducir la carga afectiva y el impacto emocional que tiene sobre ella.</p> <p>Entrenamiento en relajación a través del biofeedback</p>	Elaborar una lista con las ventajas e inconvenientes de repetir segundo de bachillerato.

Sesión	Contenidos	Tareas para casa
12°. 24 marzo 2022	<p>Repaso de las preocupaciones que han aparecido desde la última sesión: nuevos síntomas en los ataques de ansiedad, concretamente, pinchazos en el pecho.</p> <p>Revisión de la tarea para casa.</p> <p>Se elabora una lista de las cosas que ha hecho bien durante esta semana: focalización en lo positivo.</p> <p>Defusión con respecto al lenguaje: “lo que nos va diciendo Fuencisla nos hace daño y cuando conseguimos separarnos de ello nos sentimos mejor”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio: repetir en alto el pensamiento que ha identificado que le genera ansiedad (“no soy capaz”) hasta que este pierda la carga efectiva. <p>Entrenamiento en relajación a través del biofeedback</p>	
13°. 31 marzo 2022	<p>Repaso de las preocupaciones desde la última sesión: muchos olvidos, agobio por el rendimiento académico y episodio agresivo entre su padre y su hermano.</p> <p>Trabajo con los intentos de control y entrenamiento en solución de problemas: “tú no tienes control sobre las reacciones agresivas de tu hermano, pero si vuelven a ocurrir, ¿qué se te ocurre que podrías hacer tú para prevenir que empeore?”</p>	<p>Identificar los pensamientos que le generan ansiedad y practicar el ejercicio de defusión con respecto al lenguaje.</p> <p>Practicar respiración abdominal.</p>
14°. 28 abril 2022	<p>Revisión de la tarea para casa.</p> <p>Búsqueda de alternativas en caso de suspender segundo de bachillerato.</p> <p>Ejercicio de exposición con estrategia de afrontamiento: exposición en sesión a un examen de biología mientras se encuentra conectada al biofeedback para controlar los niveles de activación.</p>	

Sesión	Contenidos	Tareas para casa
15°. 5 mayo 2022	<p>Repaso de los objetivos terapéuticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Ahora que se va acercando el final del curso, ¿qué hay en tu cabeza?, ¿qué es lo que te preocupa?” • “Si termina bachillerato y lo apruebas, ¿qué tienes pensado hacer?” <p>Entrenamiento en habilidades sociales: no sabe cómo decirle a su amiga que ella sí quiere ir a la celebración de la graduación.</p> <p>Refuerzo de los avances respecto a la aceptación del malestar: “yo haré lo que pueda y lo que salga saldrá”, “estoy priorizando entre todo lo que tengo que hacer”, “tengo que estudiar, pero iré a dos cumpleaños de unos amigos”.</p>	
16°. 12 mayo 2022	<p>Repaso de las preocupaciones desde la última sesión: está insegura con el vestido de la graduación y su hermano no quiere acudir.</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales: “¿cómo puedes plantearle a tu hermano que te gustaría que acudiese a tu graduación?”</p> <p>Entrenamiento en relajación a través del biofeedback</p>	

Resultados del Tratamiento

En primer lugar, cabe señalar que ha habido una buena adhesión al tratamiento por parte de la paciente, acudiendo puntualmente a las sesiones y mostrándose colaborativa tanto en sesión como en la puesta en marcha de las técnicas en su contexto natural. Desde el inicio se muestra motivada hacia el cambio y, aunque se percibe cierta desesperanza como consecuencia de los altos niveles de ansiedad, la consecución de pequeños logros a lo largo del proceso y el reforzamiento de estos por parte de las terapeutas ha ido afianzando su confianza en la terapia.

Con respecto a la desesperanza, cabe resaltar que, a medida que María iba empeorando su rendimiento académico y consecuentemente sus niveles de ansiedad aumentaban, se iba sintiendo menos productiva y esto le fue sumiendo en una desesperanza mayor que posibilitó que contemplara otras alternativas como repetir de curso o realizar una formación profesional.

En lo que se refiere a los resultados alcanzados durante las sesiones realizadas hasta el momento, estos se han evaluado a través de los autorregistros realizados a lo largo del proceso, de la observación en consulta y de la entrevista clínica. La entrevista clínica, como se mencionó con anterioridad, se ha empleado como herramienta de evaluación transversal a lo largo de todo el proceso.

Se observa que en las cuatro últimas sesiones los niveles de ansiedad de la paciente y el número e intensidad de las preocupaciones han disminuido, aunque los temas que le generan tales preocupaciones siguen siendo los mismos, sobre todo, el tema académico y la situación familiar en relación a su hermano. Con respecto a la disminución de la ansiedad, en sesión se observa que la paciente sonríe más, tiene una postura corporal más relajada, los temblores en las piernas no aparecen y el autodiscurso es menos negativo, siendo esta cada vez más capaz de generar alternativas de pensamiento.

Se percibe una mejoría a medida que María ha ido adquiriendo estrategias de afrontamiento más adaptativas y patrones conductuales más flexibles. Sin embargo, se han de tener en cuenta otras variables del contexto que también han contribuido a la evolución. En este sentido, los estímulos externos causantes de las reacciones fisiológicas de ansiedad han ido modificándose: su padre ya no insiste tanto a su hermano con respecto a su rendimiento académico y esto hace que se haya producido una disminución del conflicto familiar y el curso escolar de María se está acercando a su fin.

En este sentido, con respecto a las preocupaciones relacionadas con el ámbito académico y con la relación con su hermano, el trabajo con María para aumentar la flexibilidad psicológica

y disminuir la rigidez de su repertorio conductual se ha traducido en un aumento de su capacidad para distanciarse de sus pensamientos (defusión). Parece que María ahora es más capaz de abstraerse de aquellas situaciones que le generaban malestar (quedarse atascada en un ejercicio mientras estudiaba, notar que su hermano empezaba a alterarse, responder a una pregunta del profesor...), dándoles espacio y reduciendo las acciones tendentes a prevenirlas o controlarlas. Es decir, se ha producido una reducción clínicamente significativa de las respuestas de evitación y escape frente a aquellas situaciones que conducen a experiencias internas desagradables.

No obstante, se debe profundizar todavía en la influencia que los pensamientos y el lenguaje tienen sobre el patrón conductual de María. En las sesiones se sigue observando como María sigue presentando, aunque en menor medida, manifestaciones del tipo “debería hacer...”, “tengo que estudiar más para aprobar” ... Este tipo de conductas gobernadas por reglas rígidas son las que generan en la paciente resultados opuestos a los que pretende alcanzar. Son los niveles de ansiedad derivados del seguimiento inflexible de tales reglas los que interfieren con su funcionamiento diario.

Además, los datos obtenidos a través de la entrevista clínica en sesión evidencian cómo en determinadas situaciones la paciente sigue manteniendo un patrón de evitación experiencial, en parte derivado del cumplimiento rígido de reglas. Algunos ejemplos relatados por la paciente pueden ser: llevarse el material de estudio al baño para evitar el malestar que le genera el pensamiento de no estar siendo productiva o continuar estudiando en casa donde el ambiente no es favorable, en lugar de hacerlo en la biblioteca, para mantener a raya la ansiedad que le genera pensar que su padre y su hermano podrían discutir y ella no estaría para resolverlo.

No obstante, también es evidente una evolución en este sentido pues se puede observar cómo a lo largo de las sesiones María ha ido aprendiendo no solo a discutir la veracidad del contenido de tales reglas autoimpuestas, sino también a ser flexible en su cumplimiento: “el examen que salga lo que salga, he hecho lo que he podido”.

Los avances relatados anteriormente han revertido en una mejoría de su autoestima, lo cual se constituía como otro de los objetivos terapéuticos. Parece que ha habido una reducción de las creencias negativas que tenía respecto a sí misma (reestructuración cognitiva). No obstante, se siguen observando dificultades en la aceptación de su apariencia física y déficits en las habilidades sociales y de comunicación derivadas de una baja autoestima (vacilaciones en el discurso, evitar dar su opinión para no crear conflicto y/o pasar desapercibida, creer que lo que ella piensa es menos válido...).

En definitiva, los resultados parecen indicar una consecución parcial de los objetivos y el pronóstico parece favorable en la medida en la que María siga colaborando para trabajar en aquellos aspectos que todavía están pendientes: aumentar la flexibilidad en el cumplimiento de las reglas, aumentar la tolerancia al malestar frente a la evitación experiencial, hacer hincapié en sus capacidades en la interacción social y en sus derechos a la hora de comunicarse de manera asertiva, y aumentar la aceptación de su apariencia física. No obstante, parece que el final del curso, las nuevas pautas familiares para relacionarse con Juan y el inicio de una nueva etapa académica pueden favorecer una consecución próxima de los objetivos.

Discusión

Teniendo en cuenta las limitaciones del presente estudio, el cual se encuentra todavía en la fase de intervención, se puede afirmar que los objetivos del mismo se han alcanzado parcialmente. Se ha detallado de manera pormenorizada el análisis del caso clínico que se presentaba, especificando las conductas problema reportadas por la paciente en cada una de las áreas afectadas. Además, se han ilustrado las estrategias y técnicas empleadas para ir consiguiendo cada uno los objetivos terapéuticos planteados al inicio de la terapia.

En este sentido, puede considerarse que el análisis del caso clínico de María puede ilustrar y documentar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la intervención en trastornos de ansiedad generalizada. A pesar de no haberse completado el proceso terapéutico, los resultados obtenidos hasta el momento (detallados en el apartado anterior) evidencian que el aumento de la flexibilidad psicológica y la aceptación como alternativas a la evitación experiencial, que la Terapia de Aceptación y Compromiso considera en la génesis de la ansiedad (Atienza, 2018), reducen notablemente las preocupaciones presentadas por la paciente. En definitiva, consideramos que se ha podido ilustrar en profundidad la aplicación del tratamiento al caso de María de modo que el presente estudio sirva como ejemplo para el uso de técnicas desde la Terapia de Aceptación y Compromiso.

No obstante, el no haber alcanzado todavía la fase de seguimiento supone no poder documentar si los cambios clínicos manifestados por María a lo largo de la intervención y el nivel de mejoría alcanzado por esta se mantendrán en el tiempo, lo que evidenciaría la puesta en práctica de manera autónoma de los recursos aprendidos durante la intervención.

A pesar de la mencionada limitación, cabe resaltar la utilidad que puede tener para otros clínicos el presente estudio como ejemplo de aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la intervención con casos similares al expuesto. Se evidencia una forma de

trabajo en la que la mejoría del síntoma por sí mismo no es el único objetivo (Pérez-Aranda et al., 2021), pues se resaltan otros componentes como la aceptación, la atención plena y la defusión cognitiva. Dichos componentes han resultado de gran ayuda en la práctica con la paciente para que esta pudiese entender el malestar como parte de la vida de todo ser humano.

También es fundamental señalar la importancia que adquiere el lenguaje desde este modelo y en este sentido, se evidencia a través de este caso la eficacia de la identificación de aquellos patrones de regulación verbal que son limitantes y que ejercen su influencia sobre la conducta humana (Luciano y Valdivia, 2006). Por ejemplo, en el caso de María nos encontramos ante un autodiscurso negativo y una conducta gobernada por reglas del tipo “debería”.

Por otro lado, en lo que se refiere a los objetivos del tratamiento, de forma global, tras 16 sesiones de intervención aplicando la Terapia de Aceptación y Compromiso, se puede considerar que ha habido una consecución parcial de los objetivos. A través del entrenamiento en biofeedback se observa una reducción considerable de los niveles de activación fisiológica respecto del inicio del tratamiento. Además, María reporta en sesión una mejor capacidad para relajarse cuando se trata de temas relacionados con el ámbito académico y con el funcionamiento familiar ligado a las conductas de su hermano. En este sentido, se observa una reducción en la interferencia que los elevados niveles de ansiedad de la paciente estaban teniendo en su funcionamiento diario.

Con respecto a la ansiedad ante las tareas académicas y en la relación con su hermano, se observa en María un estilo de afrontamiento más eficaz en las situaciones que le generan ansiedad (retirarse en lugar de colocarse en el rol de mediadora), se muestra más flexible (capaz de priorizar en función del objetivo a conseguir) y ha empezado a realizar actividades y planificar su rutina en función de los valores que para ella son importantes (por ejemplo, para ella un valor importante es ser buena amiga y ha empezado a acudir a los cumpleaños de sus amigos a pesar de su malestar). No obstante, sigue mostrando cierta rigidez a la hora de aceptar las actitudes y conductas de su hermano y en lo que se refiere a las reglas autoimpuestas en el ámbito académico (“tengo que estudiar”, “podría haberme esforzado más”).

En lo que se refiere a la visión negativa que tiene de ella misma, es cierto que se observa una mejora de la autoestima, por ejemplo, parece mostrarse más confiada respecto de sus capacidades. No obstante, habría que trabajar aquellos aspectos relacionados con su apariencia física y la aceptación de su corporalidad.

Por otro lado, respecto a las limitaciones presentes en el estudio, como se ha indicado con anterioridad la ausencia de un seguimiento posterior a la intervención constituye un obstáculo de carácter temporal para ilustrar más profundamente la consolidación de los cambios. Esto implica que no se cuentan con datos que a largo plazo permitan avalar el mantenimiento de los resultados. Habría sido recomendable que, para una mejor evaluación del cambio, el presente estudio hubiese sido redactado tras la finalización del proceso terapéutico. Sin embargo, por cuestiones académicas referentes a los períodos de entrega del presente trabajo no se ha podido dar tal posibilidad.

Por otro parte, las principales medidas de evaluación del cambio son la observación durante las sesiones, la entrevista con la paciente y la cumplimentación puntual por parte de esta de algunos autorregistros. Esto implica una limitación con respecto a la sistematicidad con la que se pueden describir ciertos cambios clínicos observados en María. De cara a futuras intervenciones, se recomienda emplear los registros del biofeedback como medida pretratamiento y postratamiento para evaluar la reducción de la activación fisiológica. Para ello, el biofeedback permite reproducir el patrón de respuesta de la paciente a través de una representación gráfica. En nuestro estudio no pudimos obtener la representación gráfica de las medidas de tasa cardíaca, tasa respiratoria y conductancia de la piel de la paciente por un problema informático de incompatibilidad entre el software del aparato de biofeedback empleado y el del ordenador con el que se realizaba el entrenamiento. En este sentido, la evaluación del cambio se limitó a la observación durante cada uno de los entrenamientos en relajación con el biofeedback de la reducción de los niveles de activación.

En conclusión, la utilización de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la intervención ha permitido la obtención de resultados favorables traducidos en una reducción de los niveles de ansiedad y del número y la intensidad de preocupaciones presentadas por la paciente. Estos resultados son concordantes y refuerzan la literatura anterior expuesta en relación al tratamiento de la ansiedad generalizada en adolescentes desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (Atienza, 2018; Kraft et al., 2021; Luciano y Valdivia, 2006).

No obstante, de cara a futuras líneas de investigación, es necesario un mayor número de estudios respecto a la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso con adolescentes para valorar cómo manejar las dificultades que pueden aparecer al hacer uso de componentes propios de este modelo como el concepto de aceptación, la amplificación de valores y la diferenciación del yo como contexto (Molina-Moreno y Quevedo-Blasco, 2019).

Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales*, 4.^a Ed. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales*, 5.^a Ed. American Psychiatric Publishing.
- Atienza, F. (9-20 de abril de 2018). *Manejo de la ansiedad desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. [Presentación en papel]. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, España
- Berryhill, M. y Lechtenberg, M.(2015). Acceptance and Commitment Therapy with Adolescents: Identifying and Clarifying Values. *Journal of Family Psychotherapy*, 26(1), 25-30. <https://doi.org/10.1080/08975353.2015.1002739>
- Cemyc Gestión de estrés y ansiedad-Psicólogos especialistas (11 de junio de 2018). *¿Qué vas a hacer con esos pensamientos y emociones?- ACT. Hayes TED-Español* [Archivo de Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=DetuFSfW8FA>
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L. y Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: The great smoky mountains study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21–33. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.017>
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez,C. y González-Fernández. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 107-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
- De Gregorio, V. y Prieto-Ursúa, M. (2006). Problemas emocionales y de conducta en hermanos de menores con diagnóstico de trastorno mental. *Clínica y Salud*, 17(1), 51-68.
- Hayes, S.C. (2005). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Desclée de Brouwer.
- Krafft, J., Ong, C. W., Davis, C. H., Petersen, J. M., Levin, M. E. y Twohig, M. P. (2021). An open trial of group acceptance and commitment therapy with an adjunctive mobile app for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.05.008>

- Luciano, C. y Valdivia, M.S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Mandil, J., Quintero, P.J. y Maero, F. (2017). *Terapia de Aceptación y Compromiso con adolescentes*. Librería AKADIA Editorial.
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. y Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the national comorbidity study adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Mindmedia. (2022). *Body, Brain & Behaviour*. <https://www.mindmedia.com/nl/>
- Molina-Moreno, P. y Quevedo-Blasco, R. (2019). Una revisión de la aplicación de la Terapia de Aceptación y compromiso con niños y adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19(2), 173-188.
- Padilla, C. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología Clínica en Niños y Adolescentes*, 1(2), 156-163.
- Pérez-Aranda, A., García-Campayo, J., Gude, F., Luciano, J. V., Feliu-Soler, A., González-Quintela, A. y Montero-Marin, J. (2021). Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: The mediating role of resilience. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100229>
- Perrin, S., Bevan, D., Payne, S. y Bolton, D. (2019). GAD-Specific Cognitive Behavioral Treatment for Children and Adolescents: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 43(1), 1051-1064. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10020-3>
- Ruiz, R. y Tárraga, R. (2015). El ajuste conductual, emocional y social en hermanos de niños con un trastorno del espectro autista. Una revisión teórica. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 189-197.
- Songco, A., Hudson, J. L. y Fox, E. (2020). A cognitive model of pathological worry in children and adolescents: a systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 23(2), 229-249. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00311-7>

- Tayeh, P., Agamez, P. y Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precep SCP*, 15(1), 6-18. 2
- Zettle, R., Hayes, S., Barnes-Holmes, D. y Biglan, A. (2016). *The Wiley Handbook of Contextual Behavior Science*. Wiley Clinical Psychology Handbooks.