

Propuesta de Programa de Intervención para el Trastorno de Ansiedad Generalizada en Mujeres

Amas de Casa

Trabajo Final de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Universidad de La Laguna

Curso académico 2018-2019

Autor:

Pablo Hernández Lastiri

Tutores:

Dr. Juan Manuel Bethencourt Pérez

Dra. Lilisbeth Perestelo Pérez

RESUMEN

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un trastorno muy extendido e incapacitante en la actualidad que no ha recibido tanta atención como otros trastornos de ansiedad. Es más prevalente en mujeres que hombres, especialmente en amas de casa, y frecuente en contextos de atención primaria. En el presente trabajo se desarrolla una propuesta de intervención grupal, desde un enfoque integrador de modelos, para el abordaje de amas de casa con diagnóstico de TAG, pobres habilidades interpersonales y sin consumo de psicofármacos. Se espera una eficacia tras la intervención a modo de mejoría en sintomatología ansiosa, mejora de las habilidades sociales, incremento del desarrollo y planificación de las actividades de ocio, incremento del autoconcepto y ausencia de consumo de psicofármacos. Además, otro interés añadido del programa es el establecer una fuente de datos de una población poco representada en la literatura científica que permita el desarrollo de conocimiento para una mejora en la atención de sus necesidades.

Palabras clave: trastorno de ansiedad generalizada, intervención, amas de casa.

ABSTRACT

The generalized anxiety disorder (GAD) is a widespread and an incapacitating disorder at present that has not received so much attention as other anxiety disorders. It is more prevalent in women than in men, especially in housewives, and it is common in primary care settings. In the present work, a collective intervention proposal is designed, from an integrating model approach, in order to treat housewives diagnosed with GAD, with poor interpersonal skills and without a psychoactive drug consume. Effectiveness is expected after the intervention by the improvement of anxious symptomatology, an upgrade in social skills, an increase of the free time's development and planning, a growth of self-concept and an absence of psychoactive drug consumption. In addition, another interest is to establish a source where to collect data for a

population quite less represented in the scientific literature, as it will allow the knowledge for an improvement in the attention of their needs.

Key words: generalized anxiety disorder, intervention, housewives.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un trastorno muy extendido en la actualidad con consecuencias significativas en la salud de las personas, aunque no ha recibido tanta atención como otros trastornos de ansiedad (Gosselin y Laberge, 2003). Es uno de los problemas psicológicos más frecuentes y un motivo habitual de consulta en atención primaria (Montorio, Izal y Cabrera, 2014). Se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013). La característica esencial es una expectativa aprensiva definida por ansiedad excesiva y preocupación acerca de diferentes acontecimientos. La intensidad, duración y frecuencia de estas variables son desproporcionadas, implicando una interferencia en la vida cotidiana de las personas con TAG (Montorio et al., 2014).

González, Ibáñez, Peñate y Puntóns (2012) describen los modelos explicativos del trastorno más establecidos. Éstos son el Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MII) (Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston, 1998; Dugas y Robichaud, 2007), que se centra en la preocupación para evitar la incertidumbre; el Modelo de Evitación de la Preocupación y el TAG (MEPTAG) (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 2004), que entiende la preocupación como estrategia para evitar estímulos emocionales; el Modelo Metacognitivo de Wells (MCW) (Wells, 1995; 1999; 2005), que estima las estrategias para evitar preocuparse de la preocupación; el Modelo de Desregulación de Emociones (MDE) (Mennin, 2004), que entiende la preocupación como forma de afrontamiento disfuncional para manejar y evitar emociones involucrando el funcionamiento interpersonal; y el Modelo Conductual Basado en la Aceptación (MCBA) (Roemer y Orsillo, 2002; 2005), que expone la preocupación como estrategia de evitación experiencial. Todos enfatizan la evitación de experiencias afectivas internas.

La preocupación podría definirse como una cadena de pensamientos e imágenes cargada con afecto negativo, relativamente incontrolable y orientada hacia un peligro futuro percibido como incontrolable (Dugas y Ladouceur, 1997). Las personas con TAG presentan preocupaciones

sobre aspectos improbables o menos dramáticos de lo que ellos consideran (Bados, 2015) relacionadas con: a) problemas actuales y b) situaciones hipotéticas (Dugas y Robichaud, 2007). Su gravedad está influenciada por la incontrolabilidad y la naturaleza no realista de su contenido (Montorio et al., 2014). Estos autores señalan que la preocupación y la ansiedad generalizada inciden en otras dimensiones psicológicas, como la solución de problemas y la intolerancia a la incertidumbre. Los individuos consideran que preocuparse facilita la solución de problemas, aunque supone una peor resolución y una orientación negativa al problema, evidenciada con una menor autoconfianza en su capacidad de solucionarlo y una sensación de control baja (Davey, Hampton, Farrel y Davidson, 1992). La intolerancia a la incertidumbre sería consecuencia de a) un umbral más bajo para percibir la ambigüedad, b) reacciones más potentes en situaciones ambiguas, y c) anticipar consecuencias negativas de la incertidumbre (Krohne, 1993; citado en Ladouceur, Talbot y Dugas, 1997).

En esta población tiene lugar un sesgo atencional que magnifica la atención hacia los estímulos amenazantes (Mathews and MacLeod, 2005), y un pobre control atencional cuando están preocupados (Stefanopoulou, Hirsch, Hayes, Adlam y Coker 2014). Además, se da un sesgo de interpretación que dota a la información ambigua de un carácter amenazante (Montorio et al., 2014), resultando más probable que las personas con TAG perciban más peligros e interpreten situaciones cotidianas de forma amenazante (Rapee, 1995).

Estos sesgos, la intolerancia a la incertidumbre, la orientación negativa hacia los problemas y las dificultades en la solución de problemas hacen que las preocupaciones afloren (Bados, 2005). Éstas tendrán diferentes efectos (véase Bados, 2015), entre otros, el mantenimiento de las preocupaciones y la ansiedad. Con el tiempo se desarrollan creencias negativas sobre el proceso de preocuparse, entendiéndolo como algo incontrolable y peligroso, lo que se conoce como “metapreocupaciones” (Wells, 1997). Bados (2015) resume el impacto de éstas en: a) más atención, mejor detección de pensamientos indeseados e intentos de controlarlos,

b) conductas de preocupación que pretenden la tranquilización y la prevención de peligros, y c) respuestas emocionales y otros síntomas.

Además, las personas con TAG presentan dificultades en el funcionamiento interpersonal (Pagés, 2007). Tienden a tener menos amigos (Whisman et al., 2000), un juicio social sesgado y se consideran menos efectivos en las relaciones con los otros (Erickson & Newman, 2007). Las experiencias interpersonales negativas, los sesgos cognitivos y las conductas problemáticas a nivel interpersonal estarían relacionadas de forma recíproca (Newman, Cho & Kim, 2017), llegando a afectar incluso a las relaciones terapéuticas, con su consecuente entorpecimiento del progreso en el tratamiento (Erickson, Newman y McGuire, 2014).

Los tratamientos más extendidos son el farmacológico y la terapia cognitivo conductual (TCC). Esta última ha consistido en aplicar un conjunto de técnicas que incluye reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, exposición, desensibilización con autocontrol y entrenamiento en manejo de la ansiedad (Montorio et al., 2014). Newman et al. (2015) encontraron mayor mejoría en los síntomas del TAG cuando la TCC incluía un módulo para los problemas interpersonales.

Los estudios presentan una amplia variabilidad en los datos de prevalencia en función de la población sondeada y los criterios diagnósticos aplicados. En un estudio relativamente reciente, aplicando criterios del DSM-5 e incluyendo España en los países evaluados, la prevalencia encontrada a lo largo de la vida fue de 3.7%, la de los últimos 12 meses 1.8% y del último mes 0.8%. La prevalencia variaba en función de los países sondeados (1% -8%) encontrándose valores más altos en países mejor posicionados económicamente. Era más frecuente en mujeres menores de 60 años, solteras, desempleadas, con menor formación académica y con menos recursos económicos. Era más habitual desarrollarlo en la etapa adulta, aumentando gradualmente su probabilidad de aparición desde la pubertad hasta los 65 años de edad (Ruscio et al., 2017).

El sexo es una variable relevante, siendo un trastorno más frecuente en mujeres que en hombres (Lieb, Becker y Altamura, 2005; Crocq, 2017; Ruscio et al., 2017). En España, debido a la influencia de la crisis económica, tuvo lugar un aumento de la prevalencia del TAG, aumentando en un 71.3% los casos de mujeres con este trastorno (Gili et al., 2016). Además, se ha encontrado relación con ser ama de casa y tener más probabilidad de padecer el trastorno (Wittchen, Zhao, Kessler y Eaton, 1994; Wittchen y Hoyer, 2001; Özcan, Uguz & Çilli, 2006), hecho con un gran interés dado que la mayoría de los estudios no sondan esta condición. En un estudio con población española (Matud et al., 2012) se encontraron diferencias significativas en sintomatología de ansiedad en función de la profesión de las mujeres, siendo las amas de casa quienes presentaban valores más altos.

En 2012 un 18.8% de las mujeres se dedicaban al ámbito doméstico en España (Lobera-Serrano & García-Sainz, 2014). Si bien el desarrollo de la sociedad actual tiende a que este porcentaje se reduzca, es de vital importancia elaborar programas que atiendan una población poco representada en la literatura, a pesar de evidenciarse una mayor propensión a padecer ansiedad y, concretamente, trastorno de ansiedad generalizada. En este trabajo se presentará una propuesta de intervención grupal, desde un enfoque integrador de modelos, para amas de casa con TAG.

Método

Objetivos

Los objetivos del programa son:

- a) Reducir los niveles de ansiedad.
- b) Potenciar las habilidades interpersonales.
- c) Incrementar el autoconcepto de las mujeres del grupo experimental.
- d) Incrementar las actividades de ocio y tiempo libre.
- e) Evitar el consumo de ansiolíticos.

Diseño

El diseño de la intervención es un diseño pretest-posttest con grupo control igualado.

Participantes

La población diana estará compuesta por 20 mujeres amas de casa, de 40 a 60 años, demandantes de tratamiento por trastorno de ansiedad generalizada en las consultas de atención primaria de los municipios de Puerto de la Cruz, La Orotava y Los Realejos, de la isla de Tenerife. 10 formarán el grupo experimental y 10 el grupo control a modo de lista de espera, realizando una distribución al azar con grupos igualados en edad, estado civil y nivel de estudios. Se atenderá a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios inclusión

- Ser ama de casa.
- Edad comprendida entre 40 y 60 años.
- Diagnóstico principal de TAG.
- Pobres habilidades interpersonales.
- Hablar español.

Criterios exclusión

- Riesgo de autolisis o conducta suicida.
- Comorbilidad significativa, como el abuso de sustancias, trastornos de personalidad o problemas de salud física complejos.
- Trastornos del estado de ánimo como diagnóstico principal.
- Consumo actual de psicofármacos para el tratamiento del TAG.

Instrumentos

- “Entrevista estructurada para los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados, según el DSM-5 (ADIS-5): versión para adultos” (Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5): Adult version, ADIS-5; Brown y Barlow, 2014), sección del TAG. Es una entrevista semiestructurada basada en los criterios diagnósticos del DSM-5 que aporta una evaluación dimensional de las características clave y asociadas de los trastornos con valores de 0 a 8 para indicar el grado de estrés e incapacidad. En la sección del TAG de la ADIS-5 se sondean los aspectos claves del trastorno.
- El “Cuestionario de preocupación y ansiedad” (Worry and Anxiety Questionnaire, WAQ; Dugas *et al.*, 1995; 2001). Se emplea para evaluar la presencia de TAG, la gravedad de sus síntomas o los cambios en los mismos mediante 11 ítems. La adaptación al español del WAQ presenta una adecuada validez de constructo, elevada sensibilidad y especificidad (González, Ibáñez, García y Quintero, 2018) y sus propiedades psicométricas son adecuadas (González *et al.*, 2013; Ibáñez *et al.*, 2000). Además, tiene en cuenta los criterios actuales del DSM-5, a excepción de la ansiedad excesiva, aspecto que puede ser valorado por el clínico y que parece de menor prevalencia (González *et al.*, 2018).
- Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28; Goldberg y Hillier, 1979). Es un test autoadministrado que evalúa la presencia de trastornos psíquicos en adolescentes y adultos. Consta de 28 ítems que forman 4 subescalas: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión, utilizando un formato de respuesta tipo Likert de 0 a 3.
- Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Gismo (2002). Utilizado para evaluar asertividad y habilidades sociales en población adulta y adolescente, consta de 33 ítems que exploran 6 campos: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Presenta valores adecuados de alfa de Cronbach (.88), así como validez de contenido y de constructo.

- Autoconcepto Forma-5 (AF-5) de García y Musitu (2001). Es un cuestionario compuesto por 30 ítems que miden el autoconcepto en sus vertientes social, académica/profesional, emocional, familiar y física. Permite la evaluación desde niños de 10 años hasta adultos.
- Cuestionario de ocio y tiempo libre, de elaboración propia (Anexo 1). Está compuesto por siete preguntas abiertas que sondan la gestión y distribución del ocio y tiempo libre de las evaluadas.
- Protocolo de datos sociodemográficos, de elaboración propia (Anexo 2). Su utilidad reside en establecer un registro de las variables sociodemográficas de las participantes.
- Escala de expectativas sobre el programa, de elaboración propia. Está compuesta por ocho ítems tipo Likert y una pregunta abierta. Se ha diseñado una versión adaptada para el pretest (Anexo 3) y para el postest (Anexo 4).
- Escala de satisfacción con el programa, de elaboración propia (Anexo 5) y Escala de satisfacción con la sesión (Anexo 6). Están formadas por 10 ítems tipo Likert y una pregunta abierta.

Procedimiento

Se comenzará distribuyendo la información pertinente a los médicos de familia de los centros de salud, que ofrecerán la participación en el programa y los datos de contacto de los psicólogos a aquellas usuarias que se ajusten los criterios de inclusión y exclusión. Una vez contacten con los psicólogos, y tras el consentimiento informado, se realizará la evaluación pertinente de forma individual, formando los grupos experimental y control.

El programa tendrá lugar en una asociación de vecinos del municipio de La Orotava de forma semanal, a razón de una sesión por semana. La intervención grupal se realizará en 14 sesiones de hora y media, involucrando a las participantes en un trabajo activo en las sesiones y en el desarrollo de práctica de habilidades en el espacio entre sesiones. El esquema general de las sesiones será: revisión de tareas para casa en “La Asamblea”, exposición teórica y trabajo práctico

del contenido de la sesión, explicación del trabajo a realizar para la siguiente semana y cumplimentación de las escalas de satisfacción con la sesión.

Una vez terminada la intervención, con una evaluación al inicio y al final de la misma, se realizará un seguimiento a los tres, seis y 12 meses.

Descripción de las sesiones

Las sesiones durarán hora y media y los materiales necesarios en todas ellas serán: proyector, ordenador, folios, fotocopias de la escala de satisfacción con la sesión y bolígrafos. Se detallarán materiales específicos en las sesiones que los precisen.

Sesión 1 (Presentación)

Objetivos:

- Presentar el programa y los/as terapeutas.
- Fomentar un clima grupal cohesionado.
- Explicar las bases de la terapia cognitivo conductual.
- Aprender cómo observar y registrar conductas.

Procedimiento y ejercicios:

Se comenzará con la presentación de los/as terapeutas y del programa, la entrega y firma de los contratos conductuales (Anexo 7), y las escalas de expectativas.

Posteriormente, se realizará una dinámica de presentación: los integrantes del grupo deberán presentarse a una compañera y recabar información sobre ella. Después, cada participante presentará a su compañera al grupo.

Seguidamente se realizará una breve exposición de las características del TAG y del modelo conceptual de relación entre conductas, pensamientos y emociones, haciendo hincapié en

su interrelación y poniendo ejemplos de situaciones cotidianas. Los primeros ejemplos serán explicados por los/as terapeutas y, en los posteriores, serán las participantes quienes deban detectar las emociones, pensamientos y conductas. Se resaltarán la necesidad de entender cómo situaciones en las que se sienten ansiosas dan lugar a distintas conductas, sentimientos o pensamientos. Se explicará la utilidad de actuar como observadoras de su propia conducta y se realizará un entrenamiento de observación y registro de la misma. Se enseñarán las hojas de registro, que recogerán: fecha, hora, situación, pensamiento, sentimiento y conducta/consecuencia y se practicará con ejemplos de situaciones ficticias comentando en grupo lo registrado, aclarando posibles dudas y dando feedback del trabajo realizado.

Se terminará explicando la tarea para la siguiente sesión.

Tareas para casa:

Autorregistro de situaciones que produzcan ansiedad (fecha, hora, situación, pensamiento, sentimiento y conducta/consecuencia).

Materiales específicos:

10 fotocopias del contrato conductual, 10 fotocopias de la escala de expectativas, 20 fotocopias del autorregistro.

Sesión 2 (Relajación)

Objetivos

- Entender el funcionamiento de la ansiedad y el triple sistema de respuesta.
- Aprender técnicas de relajación eficaces.
- Fomentar la adherencia al tratamiento.
- Aumentar la motivación de las participantes.

Procedimiento y ejercicios

Se presentará “*La Asamblea*”, un espacio que tendrá lugar al principio de cada sesión con el fin de poner en común y debatir sobre las tareas marcadas. Se revisarán y expondrán los autorregistros, dando feedback y solventando dudas o dificultades.

Posteriormente, se explicará el triple sistema de respuesta de la ansiedad. Se hará especial hincapié en el papel de los autodiálogos y de las conductas de evitación, ejemplificando mecanismos de adquisición y mantenimiento de las respuestas de ansiedad.

Seguidamente, se planteará cómo afrontar situaciones de ansiedad a través del trabajo sobre el sistema fisiológico. Se explicará brevemente la sintomatología física presente en episodios de ansiedad para, posteriormente, realizar un entrenamiento en la técnica de relajación muscular de Jacobson, explicando los pasos y repartiendo fotocopias para que la puedan realizar en casa. También se explicará y entrenará la técnica de relajación mediante la respiración.

Se finalizará explicando las tareas para casa.

Tareas para casa

Jerarquía de circunstancias que producen ansiedad, práctica diaria de técnica de relajación muscular de Jacobson y utilizar la técnica de la respiración en situaciones que produzcan ansiedad elevada.

Materiales específicos

10 fotocopias de la técnica de relajación muscular de Jacobson, 10 fotocopias de la técnica de relajación mediante la respiración.

Sesión 3 (Identificación de pensamientos)

Objetivos

- Explicar los pensamientos automáticos y sus efectos.
- Aprender a identificar pensamientos automáticos negativos.

-Conocer el funcionamiento e influencia de la preocupación desadaptativa.

-Entender el concepto de intolerancia a la incertidumbre y su influencia.

Procedimiento y ejercicios

Se expondrán y revisarán las jerarquías de ansiedad y los resultados de las técnicas de relajación en La Asamblea.

Se aprovecharán las jerarquías y pensamientos que puedan haber surgido en el debate para explicar la influencia de los pensamientos automáticos negativos en el triple sistema de respuesta y cómo detectarlos a través de la emoción. Se realizará un ejercicio de entrenamiento: las participantes deberán detectar y exponer los pensamientos automáticos de la última situación de ansiedad vivida. Los/as terapeutas guiarán el proceso y plantearán preguntas que faciliten la detección de los mismos.

Posteriormente, se intentará crear una definición de preocupación en conjunto, para explicar su influencia en el triple sistema de respuesta y en las personas con TAG. Se aprovechará para remarcar la necesidad de identificar las preocupaciones y se enseñará el *Diario de Preocupación* (véase González, Rovella e Ibáñez, 2012). También se explicará el concepto de intolerancia a la incertidumbre y su impacto en las personas con TAG, exponiendo ejemplos de manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre.

Se planteará al grupo la necesidad de valorar dimensiones más allá de los pensamientos negativos para poder hacer frente a los mismos. Como un recurso para ello, se explicará cómo realizar una “Línea de vida”. Se terminará la sesión pautando las tareas para casa.

Tareas para casa

Diario de Preocupación y Línea de vida

Materiales específicos

10 fotocopias del Diario de Preocupación, 10 fotocopias de ejemplos de manifestaciones de intolerancia a la incertidumbre.

Sesión 4 (Reestructuración Cognitiva I)

Objetivos

- Entender la necesidad de sustituir pensamientos negativos por alternativos
- Conocer las distorsiones cognitivas
- Presentar creencias positivas de la preocupación
- Entrenar el desafío a las creencias
- Aprender la técnica de reestructuración cognitiva
- Aprender a postergar las preocupaciones

Procedimiento y ejercicios

La Asamblea servirá para revisar las líneas de vida y los diarios de preocupación. Se indagará sobre lo que consideran las participantes con respecto al tiempo que han dedicado a preocuparse a lo largo de su vida y los resultados obtenidos por ello.

Se expondrá la necesidad de reforzar los componentes positivos para utilizarlos como sustitutos de los pensamientos negativos y las preocupaciones. Se explicarán las distorsiones cognitivas y se plantearán pensamientos negativos para que los clasifiquen según las distorsiones explicadas.

Además, se comentará cómo las creencias contribuyen a reforzar o inhibir los pensamientos. Se expondrán creencias positivas sobre preocuparse, fomentando el debate entre las integrantes del grupo de si las consideran ciertas o no. Seguidamente se expondrán posibles desafíos para tales creencias. Como ejercicio, se expondrán tres preocupaciones frecuentes y se

pedirá que anoten un pensamiento positivo alternativo, que colocarán en una caja de forma anónima para leerlos en voz alta al grupo.

Se concluirá explicando las tareas para casa.

Tareas para casa

Registro de pensamientos negativos y alternativos (día/hora, situación, pensamiento negativo, cuánto lo cree de 0 a 10, pensamiento alternativo, cuánto lo cree de 0 a 10), postergar las preocupaciones que no consigan transformar a positivo.

Materiales específicos

10 fotocopias de las distorsiones cognitivas, 10 registros de pensamientos.

Sesión 5 (Reestructuración Cognitiva II)

Objetivos

- Fomentar la generación de pensamientos alternativos
- Entrenar la sustitución de pensamientos negativos por pensamientos adaptativos
- Practicar el desafío de creencias

Procedimiento y ejercicios

La Asamblea servirá para sondear el éxito conseguido a la hora de sustituir pensamientos negativos y postergar los más resistentes.

Seguidamente, se expondrán imágenes ambiguas que las usuarias deberán describir, mostrándoles que no existe un único enfoque y reforzando la necesidad de cuestionar los planteamientos rígidos y que parecen inamovibles. Se dividirá al grupo en dos equipos y se expondrán viñetas que plasmen pensamientos desadaptativos. Cada grupo anotará planteamientos

alternativos positivos para cada circunstancia y elegirá una portavoz, encargada de exponerlos. Los/las terapeutas fomentarán el debate guiando la generación de pensamientos alternativos.

Posteriormente, se expondrán 10 preocupaciones, asignando una a cada participante. Mediante un *role-play*, en el cual serán las “vendedoras” de las preocupaciones, cada usuaria expondrá al grupo con argumentos por qué es útil su preocupación. Seguidamente, deberán convencer al resto de que su preocupación no tiene utilidad alguna y plantearán posibilidades más adecuadas. Los/las terapeutas ayudarán mediante cuestionamiento socrático a replantear la utilidad de las preocupaciones.

Se terminará explicando la técnica de la flecha descendente y pautando las tareas de la semana.

Tareas para casa

Flecha descendente, continuar el registro de pensamientos automáticos y alternativos.

Materiales específicos

10 fotocopias del esquema de la flecha descendente.

Sesión 6 (Exposición I)

Objetivos

- Introducir la técnica de exposición
- Explicar la influencia de las conductas de evitación
- Crear escenarios de exposición
- Realizar entrenamiento de imaginación

Procedimiento y ejercicios

Se comenzará revisando las tareas en La Asamblea.

Se explicará la importancia de exponerse a lo temido y el papel de las conductas de evitación y de seguridad. Se explicará la técnica de exposición y se pedirá que elaboren por escrito su propio escenario de exposición, que los/las terapeutas supervisarán. Al terminar, se realizará un entrenamiento en imaginación con situaciones emocionalmente neutras.

Posteriormente se realizará un primer entrenamiento en la técnica de exposición mediante imaginación, durante aproximadamente 20 minutos. Los/las terapeutas monitorizarán la ansiedad de las participantes cada 5 minutos. Se reforzará positivamente al grupo por el trabajo realizado y se marcarán las tareas de la semana.

Tareas para casa

Grabación del escenario de exposición, jerarquía de ansiedad, practicar la exposición 30 minutos al día, continuar con reestructuración cognitiva a excepción de los momentos prefijados para la exposición.

Sesión 7 (Exposición II)

Objetivos

- Adecuar los escenarios de exposición
- Realizar la técnica de exposición
- Programar la exposición fuera de las sesiones

Procedimiento y ejercicios

Se revisarán las tareas en La Asamblea.

Se realizará un nuevo entrenamiento en exposición mediante imaginación de 30 minutos con un escenario diferente, monitorizando la ansiedad cada 5 minutos. Al terminar, se sondearán posibles dificultades. Se instará a continuar la exposición entre sesiones, explicando el beneficio terapéutico esperado. Se pedirá a las usuarias que revisen sus jerarquías de ansiedad para detectar

preocupaciones nucleares, recordando la necesidad de graduar la exposición a lo temido y se pautarán las tareas de la semana de la semana.

Tareas para casa

Continuar la exposición, continuar con la reestructuración cognitiva.

Sesión 8 (Solución de Problemas I)

Objetivos:

- Mejorar la orientación positiva hacia los problemas
- Incrementar la habilidad de solución de problemas racional
- Disminuir estilos desadaptativos de solución de problemas

Procedimiento y ejercicios

La Asamblea servirá para revisar el progreso de las usuarias y para orientarlas de forma individual.

Se explicará la relevancia de poseer habilidades adecuadas para resolver los problemas, explicando los pasos de la solución de problemas. Se comenzará con la “Orientación al Problema”, retomando el concepto de intolerancia a la incertidumbre junto con la explicación de orientación negativa hacia los problemas. Se sondearán las creencias negativas asociadas a los problemas, debatiendo las posibilidades de cambiar la preocupación excesiva por la solución misma de problemas. Se empleará cuestionamiento socrático para ayudar al cambio de perspectivas y fomentar la expresión de creencias desadaptativas. Además, se explicarán tendencias de evitación e impulsividad a la hora de solucionar problemas, contraponiendo estos estilos al de resolución de problemas racional. Deberá explicarse la necesidad de reconocer a tiempo los problemas y de asumirlos como algo natural en la vida. Para lo primero se realizará un ejercicio, tras la explicación del método ABC, en el cual A será el evento activador, B las

creencias asociadas y C las consecuencias emocionales. El ejercicio consistirá en detectar los elementos A, B y C de una serie de problemas cotidianos. Además, se explicará cómo pueden emplear sus emociones para detectar de forma rápida la ocurrencia de un problema. Para lo segundo, se abrirá un debate sobre cómo los problemas forman parte de la vida cotidiana y se desafiarán creencias que impliquen preocuparse y reducir la incertidumbre con el fin de evitarlos. Se aprovechará para reestructurar la tendencia a percibir al problema como una amenaza, posicionándolo en un continuo amenaza-oportunidad. Se expondrán ejemplos de problemas que deberán transformar en oportunidades.

Una vez terminado, se dará paso a la “Definición y formulación del problema”. Se expondrán pautas necesarias para una buena definición del problema y se dedicará este último espacio de la sesión a trabajar esta habilidad. Deberán reformular problemas propios como metas en las que puedan actuar activamente bajo supervisión de los/as terapeutas.

Por último, se marcarán las tareas para casa.

Tareas para casa

Registro y definición de problemas junto con propuestas de soluciones alternativas, continuar con exposición y reestructuración cognitiva.

Sesión 9 (Solución de Problemas II)

Objetivos

- Continuar el desarrollo habilidades de solución de problemas racional
- Incrementar la habilidad de generar soluciones alternativas
- Entrenar la elección de la solución más adecuada

Procedimiento y ejercicios

En la Asamblea se revisarán las tareas, esperando encontrar influencia de la baja tolerancia a la incertidumbre en la generación de soluciones.

Se explicará la “Generación de soluciones alternativas” junto con los principios de cantidad, aplazamiento del juicio y variedad. Se utilizarán viñetas ambiguas para que las usuarias experimenten cómo la primera solución que se les ocurre no es necesariamente la mejor.

Después, se pedirá que describan un problema, debiendo contar al resto una posible solución. Las demás deberán aportar soluciones diferentes. Los/las terapeutas reforzarán las propuestas más creativas y ofrecerán alternativas poco realistas o inadecuadas para suscitar nuevas ideas en las participantes.

Posteriormente, se explicará la “Toma de decisiones”. Se seleccionará un problema de la actividad anterior y las usuarias evaluarán las soluciones mediante un registro de costes y beneficios presentes y futuros. Los/las terapeutas revisarán el trabajo, remarcando la idea de que no existe la solución perfecta sino la más adecuada. Además, estarán expuestos en el proyector cuatro puntos clave para poder decidir la opción más apropiada de todas las posibles, los cuales se les entregarán al final de la sesión a modo de fotocopia. Junto a estos puntos, se plantearán preguntas clave que ayuden a elegir la alternativa más adecuada.

Por último, se explicará la “Puesta en práctica y verificación de la solución” destacando la relevancia de la autoobservación tanto de la conducta como del resultado, la comparación entre el resultado real y el esperado y la necesidad de autorreforzamiento, que será pactado con las usuarias. Se finalizará marcando el trabajo de la semana.

Tareas para casa

Poner en práctica habilidades de solución de problemas racional y registrarlas a modo de diario junto con las consecuencias, continuar la reestructuración y la exposición.

Sesión 10 (Habilidades sociales I)

Objetivos

- Explicar la importancia de las habilidades sociales
- Fomentar el estilo de comunicación asertivo
- Desafiar estilos de comunicación desadaptativos

Procedimiento y ejercicios

Se revisarán las tareas en La Asamblea.

Después, se explicará lo que abarcan las habilidades sociales, con nociones básicas de qué es la comunicación, el fin de la misma y la diferencia entre el lenguaje verbal y no verbal, presentando obstáculos y facilitadores de la comunicación.

Se describirán los estilos de comunicación, enlazándolos con los derechos fundamentales como ser humano. Se resaltaré el estilo asertivo como el modo óptimo de relacionarse y se pedirá a las participantes que valoren consecuencias de los tres estilos comunicativos. Al explicar los derechos personales, se aprovechará para sondear los posibles sistemas de creencias asociados al respeto de sus derechos personales y de los otros, reestructurando las creencias inadecuadas.

Se realizará un ejercicio en el que, por parejas, escenificarán situaciones en la que deban utilizar asertividad, siendo los/las terapeutas los encargados de guiar el ensayo de conducta.

Por último, se marcarán tareas para casa.

Tareas para casa

Diario de autoobservación en las interacciones sociales, continuar reestructuración y exposición.

Sesión 11 (Habilidades Sociales II)**Objetivos**

- Entrenar habilidades sociales del estilo asertivo
- Conocer la influencia de componentes no verbales del lenguaje en la comunicación
- Conocer la influencia de elementos paralingüísticos en la comunicación
- Entrenar la habilidad de dar y recibir cumplidos

Procedimiento y ejercicios

Se comenzará con la revisión de tareas y se realizará un nuevo role play por parejas de situaciones más delicadas en las que deba emplearse el estilo asertivo. En esta ocasión serán el resto de las participantes quienes aconsejen formas de actuar a las que desarrollen la escena, interviniendo los/las terapeutas cuando sea necesario.

Se expondrá la importancia de los componentes no verbales y paralingüísticos en la comunicación y se realizará un entrenamiento de conductas relacionadas con mostrar escucha activa, hacer cumplidos y aceptarlos. Las participantes deberán escribir una situación difícil de sus vidas para contársela a una compañera. Durante dos minutos deberán compartirla con su compañera, la cual deberá mostrar apoyo y escucha activa sin verbalizar palabras. Los/las terapeutas irán pasando por las parejas para observar el desarrollo de la dinámica. Cuando den la señal, deberá haber un cambio de roles. Al terminar, se pedirán impresiones, sobre todo, cómo percibió la parte narradora la comunicación no verbal de la compañera.

Después, formarán las mismas parejas. Deberán hacer cumplidos a la compañera durante un minuto, intercambiando el rol cuando los/las terapeutas den la señal. Éstos se encargarán nuevamente de ir pasando por las parejas observando las reacciones de las usuarias. Al terminar, darán un feedback general de aspectos verbales y no verbales observados, dando lugar a un breve debate entre las participantes de cómo resultó su experiencia haciendo y aceptando los cumplidos. Se terminará pautando las tareas de la semana.

Tareas para casa

Poner en práctica las habilidades aprendidas del estilo asertivo, realizar cumplidos a personas allegadas y continuar el registro en el diario. Continuar la reestructuración y la exposición.

Sesión 12 (Autoconcepto y Tiempo Libre)

Objetivos

- Incrementar el autoconcepto positivo
- Interiorizar la necesidad de planificar el tiempo libre
- Incrementar el tiempo de ocio

Procedimiento y ejercicios

Se comenzará revisando las tareas en la Asamblea.

Posteriormente se explicará el autoconcepto positivo, destacando la importancia de reconocer los atributos positivos individuales y de conocerse a una misma. Se entregará una fotocopia a cada participante en la que deberán responder a la pregunta “¿cómo soy?”. Una vez terminen, se entregarán fotocopias con la pregunta “¿cómo me ven?”, con el nombre de cada usuaria, de forma aleatoria. Deberán responder con el mayor número de atributos posible cómo consideran a la compañera que les ha tocado. Cuando finalicen, se repartirán las fotocopias contestadas a las participantes que correspondan, instando a que intenten encontrar similitudes y diferencias con respecto a lo que contestaron ellas. Se repartirán fotocopias con listas de adjetivos y se propondrá que marquen aquellos con los que se sienten identificadas. Se planteará un debate en el que cuenten sus impresiones, si ha habido discrepancias con su primer listado y si habían tenido presentes suficientes atributos en un principio.

Seguidamente, se hablará de la necesidad de planificar el ocio y tiempo libre como una variable de autocuidado y su relación con la salud mental. Se pedirá que realicen un esquema similar al de la Línea de Vida, pero sólo anotando *hobbies* o formas de ocio. Marcarán con flechas

ascendentes el tiempo que dedicaban a esas actividades. Cuando lo completen, se abrirá un debate con respecto a qué se mantiene a día de hoy y las razones. Los/las terapeutas guiarán el debate facilitando la reestructuración de pensamientos, destacando la importancia de mantener pilares diversos a la hora de soportar el autoconcepto y realzando la distribución adecuada del tiempo libre. Se concluirá explicando las tareas de la semana.

Tareas para casa

Plan de objetivos de ocio futuro, poner en práctica mínimo dos aspectos que detallen y descripción de sí mismas. Continuar la reestructuración y la exposición.

Sesión 13 (Recaídas)

Objetivos

- Monitorizar los progresos con la exposición y la reestructuración cognitiva.
- Fomentar el compromiso de las usuarias con su propio desarrollo en el futuro.
- Diferenciar caídas de recaídas
- Desarrollar un plan de acción para el futuro
- Sondear y eliminar expectativas poco realistas

Procedimiento y ejercicios

Se revisarán las tareas y se sondearán los avances a la hora de reestructurar pensamientos y de realizar la exposición. Los/las terapeutas se encargarán de orientar a las usuarias de forma individual según su progreso.

Se explicará la necesidad de convertirse en sus propias terapeutas para mantener los beneficios del programa en el futuro. Además, se recalcará la importancia de detectar situaciones de riesgo, explicando cómo actuar. Se dedicará un espacio de la sesión para desarrollar un plan de acción para el futuro.

Se recordará la diferencia entre preocupación normal y excesiva, destacando que el éxito del tratamiento no implica vivir sin ansiedad o preocupación. Además, se planteará la diferencia existente entre caída y recaída con el fin de explicar la influencia de pensamientos catastrofistas en momentos de mayor vulnerabilidad.

No habrá tareas, se pautará continuar con la reestructuración y la exposición.

Sesión 14 (Repaso general y postest)

La sesión empezará con una revisión tanto de los trabajos de reestructuración como de exposición y un feedback a las usuarias de los avances observados a lo largo del programa.

Posteriormente se realizará un repaso general de lo tratado en el programa de forma rápida. Se recordará la necesidad de seguir poniendo en práctica las habilidades aprendidas para automatizarlas y conservar los progresos en el futuro.

Se pedirá que escriban una carta a su “yo futuro” planteándose objetivos y recordándose lo que consideren necesario del programa.

Se dedicará el resto de la sesión al postest.

Materiales específicos

10 fotocopias cuestionarios post test.

Resultados

Dada la ausencia de resultados, se explicará el proceso de evaluación previsto.

El programa se someterá a evaluación utilizando medidas pre, post y de seguimiento. Se realizará un análisis de las puntuaciones pre y post de: 1) las integrantes del grupo experimental, con el fin de evaluar la eficacia de la intervención en función de la línea base de cada una; 2) el grupo control, para estimar la influencia de efectos madurativos o de remisión espontánea; y 3) el

grupo experimental *versus* el control, para apresar los efectos de la intervención frente a la ausencia de tratamiento.

Se compararán las puntuaciones de la entrevista ADIS-5 y de las pruebas psicométricas WAQ, GHQ-28, EHS, AF-5 y el Cuestionario de Ocio y Tiempo Libre. El grupo experimental cumplimentará escalas de expectativas, de satisfacción con el programa y con las sesiones con el fin de sondear las percepciones de las participantes para realizar posibles modificaciones y adaptaciones en ediciones futuras.

El pase de pruebas pre se realizará en una sesión individual con cada participante, antes de la distribución de grupos, aprovechando el proceso de selección de la muestra. Los psicólogos también pasarán el Protocolo de Datos Sociodemográficos para registrar variables que permitan igualar los grupos experimental y control.

La evaluación post se realizará en dos sesiones para el grupo experimental: las participantes cumplimentarán los cuestionarios en la última sesión del programa y las entrevistas se realizarán en sesiones individuales acordadas en fecha y lugar entre los psicólogos y las participantes. En el caso del grupo control, se citará a las evaluadas para una sesión de evaluación.

Para evaluar el mantenimiento en el tiempo de los efectos de la intervención, se realizarán evaluaciones de seguimiento a los tres, seis y 12 meses por vía telefónica con el fin de controlar la mortalidad experimental.

Se tendrá en cuenta el análisis de casos individuales para rescatar usuarias que no hayan tenido un beneficio integral del programa, que serán registradas como posibles integrantes de “grupos de rescate”. Estos grupos se diseñarán en ediciones posteriores.

Aplicabilidad

El presente programa se plantea como una alternativa al abordaje farmacológico para el tratamiento del TAG, fundamentada en técnicas que han demostrado ser eficaces en este ámbito

y con una perspectiva de *empowerment* que pretende el enaltecimiento de cualidades más allá del abordaje de lo negativo. Además, pretende el trabajo con una población altamente presente en la sociedad actual que parece estar fuera del foco de la investigación: las amas de casa. Las evidencias actuales muestran mayor prevalencia del trastorno en el sexo femenino, sondeando rara vez la condición de ser ama de casa, que parece desestimarse cuando se evalúan condiciones de desempleo o nivel de estudios bajo. No obstante, los pocos estudios encontrados estiman el ser ama de casa, encuentran relación con el padecimiento del TAG.

Por otra parte, el abordaje de carácter grupal supone un enfoque del que se desprenden beneficios como el ahorro recursos, tiempo e incluso descongestión de los servicios de atención primaria. Se ha evidenciado la alta tasa de frecuencia del TAG en estos contextos, junto con una sensación de falta de capacitación por parte de los profesionales de estos centros. Así, el programa supone una respuesta tanto a las necesidades de las usuarias como de los profesionales, posibilitando la detección e intervención por parte de profesionales especializados. Además, el entorno grupal posibilita el aprendizaje vicario de conductas, el entrenamiento transversal de habilidades interpersonales, el entrenamiento de técnicas en situaciones reales y desmentir creencias de falta de normalidad, entre otras cuestiones.

Esta propuesta supone una fuente de datos de mujeres amas de casa, permitiendo desarrollar el conocimiento e investigación de variables relativas a esta población significativamente asociada con TAG que parece haber recibido la suficiente atención. La creación de esta infraestructura podría suponer un avance a nivel preventivo e interventivo del trabajo con este sector de la población estudiando necesidades idiosincráticas, posibilitando la detección de mejoras y adaptaciones del tratamiento, planteando ampliaciones en el número de sesiones del programa e incluso estudiando la influencia de variables del terapeuta, como por ejemplo su sexo o formación en género y salud.

En cuanto a las posibles limitaciones del programa, la duración del mismo podría resultar insuficiente para algunos casos concretos. No obstante, en este trabajo se plantea la intervención

como una edición piloto y sujeta a posibles cambios una vez se realicen las evaluaciones pertinentes.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bados-López, A. (2005). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. España: Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología
- Bados-López, A. (2015). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. España: Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología.
- Borkovec, T.D. (1994). The nature, functions, and origins of anxiety. En G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 5-33). Nueva York: Wiley.
- Borkovec, T.D., Alcaine, O.M. y Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En R. Heimberg, C. Turk y D. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 77-108). Nueva York, US: Guilford Press.
- Brown, T.A. y Barlow, D.H. (2014). *Anxiety and related disorders interviews schedule for DSM-5 (ADIS-5): Adult version*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Crocq, M.A. (2017). The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 107-116
- Davey, G.C.L., Hamptom, J., Farrell, J. y Davidson, S. (1992). Some characteristics of worrying: Evidence for worrying and anxiety as separate constructs. *Personality and Individual Differences*, 13, 133-147.
- Dugas, M.J., Freeston, M.H., Lachance, S., Provencher, M. y Ladouceur, R. (1995). *The Worry and Anxiety Questionnaire: initial validation in non-clinical and clinical samples*.

Comunicación presentada en la Reunión Anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, D.C

Dugas, M.J., Freeston, M.H., Provencher, M.D., Lachance, S., Ladouceur, R. y Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur le Inquiétude et l'Anxiété: validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de Therapie Comportementale et Cognitive*, 11, 31-36.

Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R. y Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.

Dugas, M.J. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1* (pp. 211-240). Madrid: Siglo XXI.

Dugas, M.J. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Nueva York: Routledge.

Erickson, T.M. y Newman, M. (2007). Interpersonal and Emotional Processes in Generalized Anxiety Disorder Analogues During Social Interaction Tasks. *Behavior Therapy*, 38(4), 364-377.

Erickson, T.M., Newman, M.G. y McGuire, A. (2014). Adding an interpersonal-experiential focus to cognitive behavioral therapy for Generalized Anxiety Disorder. En N.C. Thoma y D. McKay (Eds.), *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice*. New York: Guilford.

García, F. y Musitu, G. (2001). *Autoconcepto forma 5 (AF-5)*. Madrid: Tea Ediciones S.A.

Gili, M., López-Navarro, E., Castro, A., Homar, C., Navarro, C., García-Toro, M., García-Campayo, J. y Roca, M. (2016). Gender differences in mental health during the economic crisis. *Psicothema*, 28(4), 407-413.

- Gismero, E. (2002). Manual. *Escala de Habilidades Sociales (EHS)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- González, M., Ibáñez, I., García, L. y Quintero, V. (2018). El “Cuestionario de Preocupación y Ansiedad” como instrumento de cribado para el trastorno de ansiedad generalizada: propiedades diagnósticas. *Behavioral Psychology*, 26(1), 5-22.
- González, M., Ibáñez, I., Peñate, W. y Puntons, N. (2012). Modelos teóricos y empíricos explicativos del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). En P. García-Medina, J.M. Bethencourt-Pérez, A.R. Martín-Caballero y E. Armas-Vargas (Eds), *Ansiedad y depresión: investigación e intervención* (pp. 69-96). Granada, España: Comares
- González, M., Ibáñez, I., Rovella, A., López, M. y Padilla, L. (2013). Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre: relaciones con variables psicopatológicas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 81-101.
- González, M., Rovella, A. e Ibáñez, I. (2012). Programa de tratamiento cognitivo-conductual y metacognitivo (TCCYM) del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). En P. García-Medina, J.M. Bethencourt-Pérez, A.R. Martín-Caballero y E. Armas-Vargas (Eds), *Ansiedad y depresión: investigación e intervención* (pp. 347-384). Granada, España: Comares
- Gosselin, P. y Laberge, B. (2003). Etiological factors of generalized anxiety disorder. *Encephale*, 4, 351-361
- Ibáñez, I., González, M., Fernández-Valdés, A., López-Curbelo, M., Rodríguez, M. y García, C.D. (2000). El cuestionario de preocupación y ansiedad: un instrumento para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada. *Ansiedad y Estrés*, 6, 203-221.

- Ladouceur, R., Talbot, F. y Dugas, M.J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. *Behavior Modification*, 21, 355-371.
- Lieb, R., Becker, E. y Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 445-452.
- Lobera-Serrano, J. y García-Sainz, C. (2014). Identidad, significado y medición de las amas de casa. *Quaderns de Psicologia*, 16(1), 213-226.
- Mathews, A. y MacLeod, C. (2005). Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 167-195.
- Matud, M.P., Bethencourt, J.M., Ibáñez, I., Grande, J., López, M., Rodríguez, C., del Pino, M.J., y Velasco, T. (2012). Diferencias de género en sintomatología depresiva y de ansiedad en la población general española. En P. García-Medina, J.M. Bethencourt-Pérez, A.R. Martín-Caballero y E. Armas-Vargas (Eds), *Ansiedad y depresión: investigación e intervención* (pp. 51-68). Granada, España: Comares.
- Mennin, D.S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 17-29.
- Montorio, I., Izal, M. y Cabrera, I. (2014). Trastorno de ansiedad generalizada. En V.E. Caballo, I.C. Salazar y J.A. Carroble (Dirs). *Manual de psicopatología y trastornos psicológico 2ª Edición* (pp 314-335). Madrid: Pirámide.
- Newman, M.G., Castonguay, L.G., Jacobson, N.C. y Moore, G.A. (2015). Adult attachment as a moderator of treatment outcome for generalized anxiety disorder: Comparison between cognitive-behavioral therapy (CBT) plus supportive listening and CBT plus interpersonal and emotional processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 915-925.

Newman, M.G., Cho, S., & Kim, H. (2017). *Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review*.

Recuperado

de:

https://www.researchgate.net/publication/318715524_Worry_and_Generalized_Anxiety_Disorder_A_Review

Özcan, M., Uğuz, F. y Cilli, A.S. (2006). The prevalence of generalized anxiety disorder and comorbidity among psychiatric outpatients. *Turkish Journal of Psychiatry*, 17(4), 276-285.

Pagés, S. (2007). Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI, 89-94.

Rapee, R.M. (1995). Trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobbles (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1* (pp. 471-491). Madrid: Siglo XXI.

Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.

Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. En S.M. Orsillo y L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment* (pp. 213-240). New York: Springer.

Ruscio, A.M., Hallion, L.S., Lim, C.C.W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, M.D., Alonso, J., Andrade, L.H.,...Scott, K.M. (2017). Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA psychiatry*, 74(5), 465-475.

- Stefanopoulou, E., Hirsch, C.R., Hayes, S., Adlam, A., y Coker, S. (2014). Are attentional control resources reduced by worry in generalized anxiety disorder? *Journal of Abnormal Psychology, 123*(2), 330-335.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1995*, 301.320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification, 23*, 526-535.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 107-121.
- Whisman, M.A., Sheldon, C.T. y Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology, 109*(4), 803-808.
- Wittchen, H.U. y Hoyer, J. (2001). Generalized Anxiety Disorder: Nature and Course. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 15-21
- Wittchen, H-U, Zhao, S., Kessler, R.C. y Eaton, W.W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 355-364

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de ocio y tiempo libre

Nombre:

Fecha:

1. ¿Qué acostumbras a hacer en tu tiempo libre?

2. ¿Cuántas horas dedicas al día a tus aficiones?

3. ¿Consideras que tienes suficiente tiempo libre?

4. ¿Planificas tu tiempo libre?

5. Cuando realizas una actividad que te resulta gratificante, ¿sigues pensando en lo que queda por hacer?

6. ¿Consideras necesario dedicar tiempo al ocio?

7. ¿Con quién sueles compartir las actividades o experiencias en tu tiempo libre?

Anexo 2. Protocolo de datos sociodemográficos

Protocolo de datos sociodemográficos

Nombre:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Tiempo dedicado a la ocupación actual:

Nivel de estudios:

Estado civil:

Anexo 3. Escala de expectativas (pre)

Escala de Expectativas (PRE)					
Nombre:				Fecha:	
A continuación aparecerán una serie de afirmaciones para evaluar las expectativas que presenta sobre lo que se trabajará en el programa. Deber elegir de 1 (nada) a 5 (mucho) lo que considere más adecuado para usted en cada ítem. Gracias por su participación.					
	1 (Nada)	2 (Poco)	3 (Regular)	4 (Bastante)	5 (Mucho)
1. Espero tener buenos resultados y mejorar mi bienestar psicológico					
2. Creo que no voy a obtener buenos resultados porque estoy sola					
3. Considero que podré aplicar lo aprendido en casa					
4. Espero poder aprender cómo relajarme					
5. Considero que el programa puede ayudarme a manejar la ansiedad					
6. Creo que podré aprender a lidiar con mis preocupaciones					
7. Espero aprender formas de solucionar problemas más eficientes					
8. Creo que puedo aprender formas de tratar mejor con los demás					
¿Hay algo más que quiera añadir y que no se haya mencionado?:					

Anexo 4. Escala de expectativas (post)

Escala de Expectativas (POST)					
Nombre:				Fecha:	
A continuación aparecerán una serie de afirmaciones para evaluar si se han cumplido las expectativas que presentaba sobre el programa. Deber elegir de 1 (nada) a 5 (mucho) lo que considere más adecuado para usted en cada ítem. Gracias por su participación.					
	1 (Nada)	2 (Poco)	3 (Regular)	4 (Bastante)	5 (Mucho)
1. Los resultados han sido buenos y he mejorado mi bienestar psicológico					
2. Creo que no he obtenido buenos resultados porque estoy sola					
3. Considero que puedo aplicar lo aprendido en casa					
4. He podido aprender cómo relajarme					
5. Considero que el programa me ha ayudado en el manejo de la ansiedad					
6. Creo que he aprendido a lidiar con mis preocupaciones					
7. He aprendido a solucionar problemas de forma más eficiente					
8. He conseguido aprender cómo tratar mejor con los demás					
¿Hay algo más que quiera añadir y que no se haya mencionado?:					

Anexo 5. Escala de satisfacción con el programa

Escala de Satisfacción con el Programa					
Nombre:				Fecha:	
A continuación aparecen una serie de puntos con los que podrá mostrar su satisfacción con respecto al desarrollo del programa. Deber puntuar de 1 (nada satisfecha) a 5 (muy satisfecha) lo que considere más adecuado. Gracias por su participación.					
	1 (Nada satisfecha)	2 (Poco satisfecha)	3 NS/NC	4 (Bastante satisfecha)	5 (Muy satisfecha)
1. Los contenidos teóricos y prácticos					
2. Las actividades					
3. El trabajo entre sesiones					
4. El trato de los/las terapeutas					
5. El trato con las compañeras					
6. Las técnicas aprendidas					
7. Mi gestión de la ansiedad					
8. Mi gestión de las preocupaciones					
9. Mi capacidad para buscar pensamientos alternativos					
10. La duración de las sesiones					
¿Hay algo más que quiera añadir y que no se haya mencionado?:					

Anexo 6. Escala de satisfacción con la sesión

Escala de Satisfacción con la Sesión					
Nombre:				Fecha:	
A continuación aparecen una serie de puntos con los que podrá mostrar su satisfacción con respecto a la sesión. Deber puntuar de 1 (nada satisfecha) a 5 (muy satisfecha) lo que considere más adecuado. Gracias por su participación.					
	1 (Nada satisfecha)	2 (Poco satisfecha)	3 NS/NC	4 (Bastante satisfecha)	5 (Muy satisfecha)
1. Los contenidos teóricos han sido bien explicados					
2. Los/las terapeutas han resuelto las dudas pertinentes					
3. Lo trabajado es útil para mí					
4. Las actividades prácticas han servido para entender los conceptos					
5. He podido participar activamente en la sesión					
6. He aprendido cosas que antes no sabía					
7. Las tareas para casa han sido bien explicadas					
¿Hay algo más que quiera añadir y que no se haya mencionado?:					

Anexo 7. Contrato conductual

Doña con DNI

se compromete a:

1. Acudir a todas las sesiones a excepción de tener motivos de peso.
2. Guardar la confidencialidad de lo que se comente en las sesiones, especialmente de lo que decidan compartir otras compañeras.
3. Realizar las tareas entre sesiones.
4. Participar activamente en las sesiones.
5. Respetar tanto a compañeras como a terapeutas.
6. Tomar un papel activo en el transcurso del programa.
7. No sacar fotos ni vídeos sin un consentimiento expreso de los/las terapeutas o compañeras.
8. Respetar los horarios establecidos, ser puntual.

Firmado: