

Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica.

De la Cruz Gil, Ricardo.

Cita:

De la Cruz Gil, Ricardo (2022). *Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica*. *Retos de la Ciencia*, 5 (11), 77-85.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ricardo.de.la.cruz.gil/16>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pe4N/DHA>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

TRATAMIENTO DE UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA CON TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA

TREATMENT OF CASE OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER WITH BRIEF STRATEGIC THERAPY

Ricardo De la Cruz Gil¹

Recibido: 2021-04-25 / Revisado: 2021-05-01 / Aceptado: 2021-06-12 / Publicado: 2021-07-01

Forma sugerida de citar: De-La-Cruz-Gil, R. (2021). Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. *Retos de la Ciencia*. 5(11). 77-85. <https://doi.org/10.53877/rc.5.11.20210701.08>

RESUMEN

La ansiedad constituye uno de los trastornos con mayor prevalencia clínica a nivel mundial; La terapia breve estratégica ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de los casos de ansiedad. El presente estudio tiene por objetivo evaluar la eficacia del tratamiento de la ansiedad a través de la terapia breve estratégica. Se presenta un caso clínico de una mujer de 38 años con trastorno de ansiedad, se aplica la terapia breve estratégica, se hace la medición usando la escala de ansiedad de Lima (EAL – 20) y una ficha de autoregistro; se aplica un pretest, post test y seguimiento a los tres meses. Al aplicar a la paciente el EAL – 20 en el pretest se obtiene un puntaje directo de 14, y en el post test y seguimiento: un puntaje directo de 0, respectivamente, se analizan los índices de no solapamiento (PND) para estimar el cambio terapéutico, se evidencia una completa remisión de los síntomas ansiógenos. La atención y tratamiento del presente caso tuvo relevancia a nivel clínico y experimental con la remisión completa de los síntomas y el logro de los objetivos terapéuticos.

Palabras clave: terapia breve estratégica, trastorno de ansiedad, caso único, psicoterapia.

ABSTRACT

Anxiety is one of the disorders with the highest clinical prevalence worldwide; Brief Strategic Therapy has been shown to be effective in treating anxiety cases. The present study aims to evaluate the efficacy of anxiety treatment through Strategic Brief Therapy. The clinical case of a 38-year-old woman with an anxiety disorder is presented, brief strategic therapy is applied, measurement is made using the Lima anxiety scale (EAL - 20) and a self-registration form; a pre-test, post-test, and follow-

¹ Psicólogo. Centro de Terapia Breve Estratégica. Perú. E-mail: ps.ricardodelacruzgil@gmail.com / ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8235-1028>

up at three months are applied. By applying the EAL-20 to the patient in the pre-test, a direct score of 14 was obtained, and in the post-test and follow-up: a direct score of 0, respectively. Non-overlap indices (PND) are analyzed to estimate therapeutic change, a complete remission of anxiogenic symptoms is evidenced. The care and treatment of the present case had relevance at a clinical and experimental level with the complete remission of symptoms and the achievement of therapeutic objectives.

Keywords: brief strategic therapy, anxiety disorder, single case, psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG), se caracteriza por presentar a nivel clínico una ansiedad excesiva y persistente, con dificultades para controlar la preocupación que se acompañan de síntomas como nerviosismo, pérdida del apetito, dificultades en la concentración, tensión muscular, perturbaciones del sueño, miedos, angustia y fatigabilidad que lleva a una percepción de incapacidad y vulnerabilidad, limitando muchos aspectos de la vida de los pacientes (APA, 2013).

El TAG es uno de los trastornos con mayor prevalencia y es un motivo de consulta habitual a nivel clínico, (Pérez y Graña, 2019) por ello supone el mayor empleo de los servicios médicos y un uso elevado de los recursos hospitalarios con un alto costo económico para la sociedad (Bados, 2015) y un alto nivel de comorbilidad. Portillo et al. (2020).

Por ello debido a sus características clínicas, la limitación que genera en la vida de los pacientes, la prevalencia y sus repercusiones sociales, sanitarias y económicas se hace importante y necesario en el contexto actual contar con modelos terapéuticos que permitan abordar y tratar de forma efectiva y eficiente los trastornos ansiosos.

Según la literatura especializada la psicoterapia breve estratégica constituye un modelo terapéutico que permite tratar exitosamente los trastornos de ansiedad en sus distintas formas (Nardone, 2020). El objetivo del presente estudio es evaluar la eficacia de la psicoterapia breve estratégica modelo Nardone en el tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad.

METODOLOGÍA

a) Participante

Se describe el caso clínico de una mujer de 38 años con trastorno de ansiedad generalizada, soltera, sin hijos, residente en la ciudad de Lima, licenciada en administración de empresas, sin vínculo laboral, a quien se le aplicó la terapia breve estratégica Modelo Giorgio Nardone, para reducir la ansiedad. La paciente voluntariamente decide participar en el estudio, siendo atendida en el centro de terapia breve estratégica, en la ciudad de Lima, la paciente firmó el consentimiento informado y se le comunicó sobre su participación anónima, confidencial y voluntaria, los objetivos de la investigación, el código ético y secreto profesional. El pedido de ayuda fue la presencia de síntomas de ansiedad que comenzaron hace aproximadamente un año, caracterizados por preocupaciones excesivas, irritabilidad y ansiedad que se acompañaban de tensión muscular y respiración acelerada. Estos problemas aparecían ante distintas situaciones cotidianas, tales como conflictos con la madre, malentendidos o discusiones con los amigos y llamadas frecuentes de su pareja con quien discutía y peleaba constantemente. Se mantenía muy preocupada porque no conseguía trabajo, lo cual la ponía irritable, no podía dormir ni conciliar el

sueño, lo que hacía que se encuentre cansada y fatigada durante la mayor parte del día. La paciente, vive con su madre en la ciudad de Lima, manifiesta nunca haber recibido tratamiento psiquiátrico ni psicológico, a todas las sesiones acude sola.

b) Instrumentos

Para el presente estudio de caso único, se aplicaron dos instrumentos la escala de ansiedad de Lima EAL- 20 y una ficha de autoregistro, la escala de ansiedad de Lima EAL – 20 (Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier, 2018). Surge a partir del estudio previo de validación del EAL-130 en 254 pacientes, los autores a partir del método de análisis de regresión múltiple logran identificar cinco factores: ansiedad psíquica, síntomas físicos, pánico, agorafobia y fobia social, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,8885 y sus 20 ítems cubrieron el 90,38% de la varianza del puntaje total de la EAL-130. la escala demuestra tener la validez y confiabilidad para medir los trastornos de ansiedad. (Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier, 2018).

Ficha de Auto registro: Se diseñó una ficha de auto registro para recopilar la percepción de la paciente respecto al nivel de ansiedad más severa percibida de forma diaria y que además permita identificar posteriormente el tamaño del efecto del tratamiento (Sanz y García- Vera, 2015). La paciente debería llenar la ficha al final del día antes de acostarse, durante todos los días, evaluando la ansiedad percibida en una escala de 0 a 10, en dónde 0 es la inexistencia de la ansiedad y 10 es el máximo nivel de ansiedad percibido. Enviando los resultados de forma semanal.

METODOLOGÍA

Para el presente estudio se empleó un diseño de investigación terapéutica basado en la evaluación de caso único del tipo A-B-A (Barlow y Hersen, 1998). Para ello se realiza la evaluación en tres fases: línea base o pretratamiento, tratamiento y seguimiento a través de la escala EAL-20 y la ficha de autoregistro. siendo la intervención de carácter individual.

Procedimiento:

En la fase de la línea base se le aplicó la escala EAL- 20, para identificar el trastorno ansioso, se procedió a realizar una primera entrevista diagnóstica para recabar información de la paciente, las características del trastorno, cómo afectaba su familia, su relación de pareja, relación con sus amigos y su vida en general. Se obtuvo la autorización y el consentimiento informado por parte de la paciente para participar voluntariamente del estudio. Adicionalmente se registró la variable dependiente, en ausencia del tratamiento, se le dio la ficha de autoregistro y se le explicó el procedimiento a seguir para registrar durante tres semanas la intensidad percibida del trastorno.

La fase de tratamiento tuvo una duración de ocho sesiones que se llevaron a cabo en el transcurso de dos meses y medio, en sesiones semanales de una hora de duración en promedio, con una sesión de seguimiento, a los tres meses posteriores a la culminación del tratamiento. En esta fase como variable independiente tenemos la terapia breve estratégica, la misma que es introducida y aplicada a la paciente, al finalizar se vuelve a evaluar al paciente través de la escala EAL-20, también se cuenta en esta fase con la información de la variable dependiente a través de la ficha de autoregistro proporcionada por la paciente. La fase de tratamiento e intervención se subdividió en cuatro etapas, siguiendo el protocolo establecido por Nardone y Portelli para el tratamiento de los trastornos ansiosos (Nardone y Portelli, 2012) siendo el

objetivo terapéutico el eliminar los síntomas ansiosos. Procedemos a describir las etapas del protocolo de tratamiento seguido.

Primera etapa del Protocolo de Tratamiento: Esta se realizó en la sesión uno, el terapeuta busca generar un contexto adecuado de respeto, observando y buscando hablar el lenguaje del paciente, entrando en sintonía con la percepción y modelo del mundo y su estilo comunicativo. Los objetivos en esta primera etapa pasan por identificar y definir el problema y el sistema interactivo que lo mantiene, identificar los intentos de solución que la paciente ha realizado para solucionar el problema, así como acordar los objetivos de la terapia, poniendo énfasis en el establecimiento de la relación terapéutica, este objetivo es muy importante ya que implica poner las bases para todo el proceso terapéutico, en esta primera fase es importante también identificar las características del problema, la estructura del mismo, los patrones de interacción y cómo se mencionó anteriormente tener identificadas las soluciones intentadas. Al finalizar la sesión se le dio una prescripción directa a la paciente, quién debía registrar en un cuaderno con mucho detalle y durante toda la semana, cada vez que ocurría el comportamiento ansioso, registrando su diálogo interno y las características de su ansiedad.

Segunda etapa del Protocolo de tratamiento: Esta se realizó entre las sesiones dos, tres, cuatro y cinco. El objetivo es el desbloqueo de la patología ansiosa, estableciendo y redefiniendo un primer cambio y a partir del mismo establecer cambios progresivos. Las estrategias terapéuticas utilizadas en esta segunda etapa pasan por el uso de la prescripciones paradójicas y directivas, así como el uso de metáforas. De este modo a la paciente se le prescribe el síntoma con la finalidad de desbloquear la patología, en las sesiones siguientes correspondientes a esta fase el foco del tratamiento se centra en la prescripción del síntoma.

A partir de la cuarta sesión se logra desbloquear el síntoma, buscando paulatinamente incrementar el cambio y mantenerlo. Tercera etapa del Protocolo de tratamiento: Correspondiente a las sesiones seis y siete. Se buscó la consolidación del cambio, medición de los efectos y resultados de la intervención, así como una mayor flexibilidad para la adquisición de una nueva perspectiva en la percepción de la realidad. Las estrategias buscan una mayor autonomía personal a través de prescripciones directas e indirectas. Durante las sesiones siguientes se busca establecer un diálogo centrado en las soluciones y en el desarrollo de recursos.

Cuarta etapa del Protocolo de tratamiento: Correspondiente a la sesión 8. Es la fase final del proceso y tiene por objetivos consolidar la autonomía personal, poniendo énfasis en los recursos del paciente para solucionar el problema. Como estrategia se explica el trabajo realizado para que ella pueda mantener los cambios con autonomía. Al finalizar esta cuarta etapa, la paciente evidencia una remisión de los síntomas clínicos, un mayor control y gestión de sus estados emocionales que se manifiestan en un mayor bienestar y tranquilidad.

Fase de seguimiento

Durante tres meses posteriores al tratamiento, la paciente sigue registrando la variable dependiente con el envío semanal de la ficha de autoregistro.

Al concluir los tres meses de seguimiento se realizó una entrevista final con la paciente, correspondiente a la sesión 9, aquí se evaluó y aplicó la escala EAL-20, se pudo constatar que se mantenían los cambios, no sólo desaparecieron los síntomas del trastorno ansioso, sus relaciones interpersonales habían mejorado considerablemente, la paciente manifestó el equilibrio y bienestar en el que se encontraba. Se procedió a dar la alta final y a la conclusión del proceso terapéutico.

d) Análisis de datos:

El tratamiento y análisis de los datos fue descriptivo y se utilizó para su registro una hoja de cálculo tanto para el autoregistro como para el cuestionario EAL – 20. Se evalúa la eficacia del tratamiento a través del análisis visual de los datos y de los índices de no solapamiento de datos (PND) para estimar el tamaño de la magnitud del cambio terapéutico y efecto del tratamiento.

RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos tanto en la ficha de autoregistro como con la evaluación mediante el cuestionario EAL – 20, durante las tres fases de la intervención terapéutica: línea base, tratamiento y seguimiento.

En la escala EAL-20, se evidencia que durante el periodo de la línea base se obtiene un puntaje directo de 14, que corresponde a la presencia del trastorno ansioso, siendo los resultados obtenidos al finalizar la fase de tratamiento igual a 0, que corresponde a una ausencia del trastorno ansioso, este mismo resultado es obtenido en la fase de seguimiento en la evaluación que se realiza a la paciente a los tres meses de concluido el tratamiento (Tabla 1).

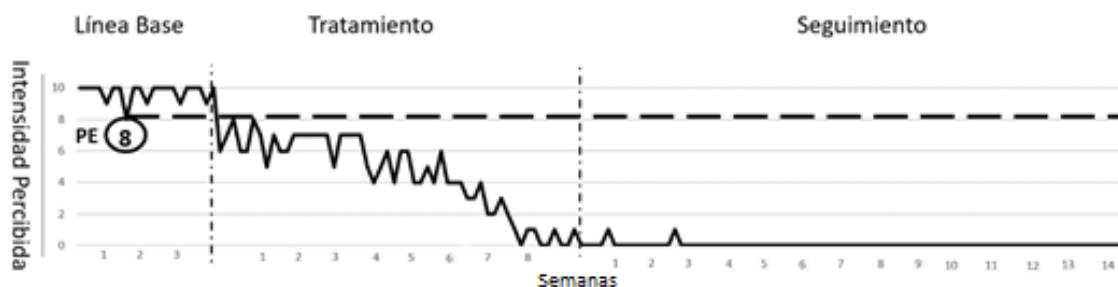
Tabla 1:
Resultados Aplicación EAL- 20

Línea Base	Final del Tratamiento	Seguimiento
PD:14 TA	PD:0 ATA	PD:0 ATA

Nota: PD: puntaje directo; TA: trastorno ansioso; ATA: ausencia del trastorno ansioso

Los resultados obtenidos con la ficha de autoregistro se evidencia que en la fase de línea base encontramos un total de 21 registros, de los cuales el puntaje más extremo, es decir el que supera por debajo las medidas disfuncionales registradas, corresponde a un registro con un puntaje de 8. (PE); En la fase de tratamiento tenemos un total de 56 registros de los cuales 54 puntuaciones se encuentran por debajo de la puntuación más extrema registrada en la fase de línea base, es decir que son inferiores a 8. Al realizar el análisis y la comparación de los resultados obtenidos en los patrones interfaces de la variable dependiente, se puede evidenciar un cambio en el patrón visual de la tendencia del trastorno, pasando de un puntaje extremo (PE): de 8, en la línea base a su disminución paulatina conforme avanza la fase de tratamiento hasta su reducción total en la fase de seguimiento (Figura 1).

Figura 1:
Valores Registrados de la variable dependiente



Nota: PE: puntaje extremo.

Estos datos nos permiten calcular la magnitud del cambio terapéutico a través del porcentaje de datos no solapados (PND). La fórmula utilizada del PND, según la metodología de este es igual al número de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la línea base, multiplicado por cien y dividido entre el total de números de datos del tratamiento. (Sanz y García- Vera, 2015). Por lo que calculando la PND: $(54/56) \times 100 = 96.43\%$, este resultado como se puede evidenciar corresponde según los valores de interpretación del PND a un tratamiento muy efectivo (Tabla 2).

Tabla 2:
Valores de Interpretación del PND

Indice	Valor
<50%	Tratamiento no efectivo
50% - 69%	Efectividad cuestionable
70% - 89%	Tratamiento bastante efectivo
>90%	Tratamiento muy efectivo

Nota: PND: porcentaje de datos no solapados. Tomada de Scrugg T.E, Mastropieri M.A. PND at 25: past, present, and future trends in summarizing single – subject research. Remedial and Special Education 2013;34,9 – 19.

Por lo anterior podemos señalar que la intervención ha tenido un efecto relevante a nivel experimental y a nivel terapéutico, se evidencia un notable cambio producido en la paciente evidenciándose tanto en los reportes de la ficha de autoregistro como en los resultados del test EAL-20 y en la evaluación de la magnitud del cambio terapéutico a través del índice PND. La paciente manifiesta la remisión de la sintomatología ansiosa, un mayor bienestar y una vida más armoniosa y tranquila, mejorando sus relaciones interpersonales y la capacidad para gestionar sus emociones y controlar el estrés.

Discusión:

A la luz de los resultados evidenciados a nivel clínico en el presente caso, se encuentra una similitud con la hipótesis que sostienen algunos autores de que los pacientes que tienen ansiedad generalizada tienen dificultades para controlar sus preocupaciones y una facilidad para imaginar sucesos indeseados, (Avia, 1999; Alberts, et al. 2016; Anderson, et al. 2013; Ferrer, 2002; Fulton, et al. 2011; Marcus y Church, 2003; Prados, 2011).

Estas preocupaciones se evidenciaron en la paciente, las mismas que fueron paulatinamente reduciéndose, según algunas investigaciones estas preocupaciones pueden originarse por situaciones cotidianas o incluso situaciones que podrían tener escasa relevancia, Velázquez-Díaz, et al. (2016). Estas preocupaciones van acompañadas de síntomas como tensión muscular, irritabilidad, fatiga, falta de sueño y dificultades de concentración (Harvey y Payne, 2002; Newman y Anderson, 2007; MacSwain, et al, 2009; Melli, et al. 2018).

Por otro lado, desde la psicoterapia breve estratégica se considera que los problemas se mantienen debido a los intentos fallidos de solución que la persona ha realizado y que lleva al sujeto a generar patrones repetitivos de comportamiento que lejos de solucionar el problema paradójicamente lo mantienen, creando ciclos

interaccionales de autoperpetuación, al interrumpir estos comportamientos cesa el círculo vicioso que lo mantiene (Shaefer y Rubí, 2015).

De esta forma para identificar la estructura del problema se debe conocer qué personas intervienen e interaccionan, la secuencia de comportamientos, la intensidad, frecuencia y el contexto en el cual se presenta el problema y en general todas las soluciones intentadas por el paciente para dar solución al problema (De la Cruz, 2008).

Existiría desde este modelo un desencadenante asociado a algún acontecimiento crítico que llevase a un estado de ansiedad, desde ahí una enfermedad en un familiar, la muerte de un ser querido, la falta de empleo, un grave padecimiento prolongado podría derivar en un estado de ansiedad (O'Bryan y McLeish, 2018; Prados, 2011). De esta forma y según lo señalado por Nardone el paciente entra en ciclos interaccionales de reforzamiento de la preocupación que le genera ansiedad a través de una serie de comportamientos ritualizados de soluciones intentadas que lo llevan a mantener el comportamiento sintomático en un ciclo vicioso que se auto-retroalimenta. (Nardone, 2010). Una gran aportación en el protocolo de tratamiento de los trastornos ansiosos, desde el modelo de la terapia breve estratégica, es el uso de distintos tipos de prescripciones específicas para cada patología (Nardone y Portelli, 2012).

Para el presente caso las estrategias utilizadas fueron la prescripción paradójica del síntoma y las prescripciones directas que tuvieron por objetivo modificar la estructura del problema, introduciendo cambios en la secuencia cibernética del síntoma ansioso y por lo tanto alterando el trastorno, de esta manera la paciente experimentó de forma práctica que el cambio se estaba generando, modificando la estructura de soluciones intentadas que mantienen el comportamiento sintomático. Desde esta perspectiva es la solución la que se adapta al problema siendo la estrategia la que se adapta al objeto de estudio (Nardone y Watzlawick, 2012) en una relación de reflexión y evolución conjunta entre terapeuta y paciente (De la Cruz, 2021).

El tratamiento para el presente caso aplicando el modelo de terapia breve estratégica tuvo relevancia clínica y experimental, lo que estaría relacionado con otros estudios que señalan que la terapia breve estratégica ha resultado eficaz y eficiente en el abordaje terapéutico de estos padecimientos (Nardone, 2020; Rakowska, 2011). Coincidiendo adicionalmente con la literatura existente que señala un 95% de eficacia de la terapia breve estratégica para los trastornos de ansiedad, fobias y ataques de pánico. (Nardone y Balbi, 2018)

CONCLUSIONES

El tratamiento de este caso de ansiedad generalizada fue exitoso, ya que al realizar la evaluación de la magnitud del cambio terapéutico a través del porcentaje de datos no solapados (PND) se obtuvo un 96.43% correspondiente a un tratamiento muy efectivo. El número de sesiones aplicadas nos evidencian además un tratamiento eficiente. La atención y tratamiento del presente caso tuvo relevancia a nivel clínico y experimental con la remisión completa de los síntomas y el logro de los objetivos terapéuticos.

Si bien las conclusiones de este estudio son exitosas y demuestran la eficacia y eficiencia de la terapia breve estratégica, son limitadas dado que solo se aplican a la

paciente en mención y no pueden ser generalizadas, serían necesarios y es recomendable la realización de otros estudios experimentales en esta misma línea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberts, N.M, Hadjistavropoulos, H.D, Sherry, S.B. y Stewart, S. H. (2016). Linking illness in parents to health anxiety in offspring: do beliefs about health play a role? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(1), 18 -29.
- Anderson, E. Taylor Dryman, M. Worthington, J. Hoge, E. Fischer, L. Simon, N. (2013). Smiles may go unseen in generalized social anxiety disorder: Evidence from binocular rivalry for reduced visual consciousness of positive facial expressions. *Journal of Anxiety Disorders*. 27(7), 619-626.
- Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (2013). Fifth edition, Arlington, V. A: American Psychiatric Association.
- Avia, M. D. (1999). The development of illness beliefs. *Journal of Psychosomatic Research*. 47, 199-204
- Bados, A. (2015). Trastorno de ansiedad generalizada: Guía para el terapeuta. Madrid: Síntesis.
- Barlow, D. H. y Hersen, M. (1988). Diseños experimentales de caso único. Estrategias para el estudio del cambio conductual. (1ed.). Barcelona. Martínez Roca.
- De la Cruz Gil, R. (2021). Epistemología Sofista y su influencia en la terapia breve estratégica. *Límite Revista interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 16,1-9.
- De la Cruz, R. (2008). Violencia intrafamiliar: enfoque sistémico. México. Trillas.
- Ferrer, A. (2002). La preocupación, mal de nuestros días. *Psicología desde el Caribe*, 9. 76- 88.
- Fulton, J.J, Marcus, D.K, y Merkey, T. (2011). Irrational health beliefs and health anxiety. *Journal of Clinical Psychology*. 67(6), 527-538.
- Harvey, A.G. y Payne, S. (2002). The management of unwanted pre sleep thoughts in insomnia: distraction with imagery versus general distraction. *Behaviour Reserach and Therapy*. 40, 267-277.
- Lozano-Vargas, A. y Vega-Dienstmaier, J. (2018) Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(4), 226-234. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3437>.
- MacSwain, K.L. Sherry, S.B, Stewart, S.H, Watt, M.C, Hadjistavropoulos, H. D. y Graham, A.R. (2009). Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal modelo f health anxiety. *Personality and Individual Differences*. 47(8), 938-943.
- Marcus, D.K. y Church, S. E. (2003). ¿Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? *Journal of Psychosomatic Research*. 54(6), 543-547.
- Melli, G, Bailey, R. Carreresi, C. y Poli, A. (2018). Metacognitive beliefs as a predictor of health anxiety in a self-reporting Italian clinical sample. *Clinical Psychology and Psychoterapy*, 25(2),263-271.
- Nardone, G. (2010). Problem Solving Estratégico: el arte de encontrar soluciones a problemas irresolubles. Barcelona. Herder.
- Nardone, G. (2020). Miedo, pánico, fobias: La Terapia Breve (2da ed.). Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Balbi, E. (2018). Surcar el mar a espaldas del cielo: lecciones sobre el cambio terapéutico y las lógicas no ordinarias. Barcelona. Herder.

- Nardone, G. y Portelli, C. (2012). Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica. Barcelona. Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2012). Terapia Breve: filosofía y Arte. Barcelona. Herder.
- Newman, M. y Anderson, N. (2007). Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 16 (1), 7-20.
- O'Bryan, E.M. y McLeish, A.C. (2017). An examination of the indirect effect of intolerance of uncertainty on health anxiety through anxiety sensitivity physical concerns. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(4), 715-722.
- Pérez, M. y Graña, J. L. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: caso clínico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 19, 126-153.
- Portillo, C. Martín, C, Hervás, G. (2020) Aplicación individual del tratamiento transdiagnóstico a un caso de ansiedad generalizada Individual. *Ansiedad y estrés*; 26(1):9-13.
- Prados, J.M. (2011). Cognición y emoción en el trastorno por ansiedad generalizada. Implicaciones clínicas. *Información psicológica*. 102, 47-62.
- Rakowska, J. M. (2011). Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. *Psychother Res*, 21 (4).462-71.
- Sanz, J. y García-Vera, M.P. (2015) Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Revista Clínica y Salud*, 26,167–180.
- Schaefer, A y Rubí, P. (2015). Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*. 53(1), 35-43.
- Scruggs, T. E, y Mastropieri, M. A. (2013). PND at 25: past, present, and future trends in summarizing single-subject research. *Remedial and Special Education*. 34, 9–19.
- Velázquez-Díaz, M. Martinez- Medina, M.P. Martinez-Peréz, M., & Prados Blázquez, F. (2016). Modelos explicativos del Trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (2), 156-167.