

# Intervención en un caso de trastorno adaptativo

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

**Autor/a:** Victoria Martínez Díaz

**Tutor/a académico:** Francisco Montesinos

Fecha de realización del trabajo: 26.02.2023

Nº palabras: 11.684

*A Pablo, mi faro en la oscuridad*

*A mi familia, mi superficie de tierra en el océano*

*A mis amigos, mis flores en el campo*

## **Resumen**

El siguiente trabajo muestra una intervención en un caso de trastorno adaptativo en una usuaria menor de edad (15 años). La intervención se realiza a lo largo de cuatro meses, mediante una intervención diseñada atendiendo a su análisis funcional. Las sesiones programadas de 1 hora, se realizaban una vez por semana de forma online. El enfoque utilizado en la intervención es cognitivo conductual, enfoque recomendado en el diagnóstico de trastorno adaptativo por la división 12 del APA. Se trata de un diseño de caso con medidas pre-post, a través de las cuáles se valoran los resultados de la intervención que fueron mayoritariamente positivos, disminuyendo los niveles de ansiedad y aumentando la comunicación asertiva y la autoestima de la usuaria. A través de la intervención de la paciente se consideran cuestiones como la necesidad de realizar un correcto análisis funcional en el tratamiento de cualquier paciente, la patologización de la salud y la necesidad de crear una educación emocional que atraviese todas las áreas de la vida de las personas, con el fin de empoderar a los usuarios en el autoconocimiento y el cambio.

## **Palabras clave**

Adolescencia. Ansiedad. Comunicación asertiva. Educación emocional. Enfoque cognitivo conductual. Trastorno adaptativo.

## **Abstract**

The present paper depicts the intervention of an adolescent diagnosed with AD. Said intervention, based on the functional analysis of behavior, is carried out in the expand of four months. The sessions are scheduled weekly for one hour, in online mode. The selected approach is cognitive behavioral, recommended by APA division 12. The pre-post design reveals overall satisfactory results, defined by decreased levels of anxiety and increased both assertive communication and self-esteem. The pre-post design reveals overall satisfactory results, defined by decreased levels of anxiety and increased levels in both assertive communication and self-esteem. The intervention shows the relevance of establishing a rightful functional analysis of behavior so as to assess the conceptualization and detect the possible health pathologisation. In addition, emotional education that involves all aspects of life would be key in order to empower patients in their path for change and self-knowledge.

### **Keywords**

Adjustment disorder. Adolescent. Anxiety. Assertive communication.. Cognitive behavioral approach, Emotional education.

<b>1. Introducción</b> .....	<b>6</b>
1.1 Definición del TA .....	6
1.2 Historia del trastorno adaptativo .....	6
1.3 El estrés y los modelos explicativos de TA .....	8
1.4 Variables psicológicas (personales y contextuales) asociadas al problema.....	9
1.5 Tratamientos propuestos .....	10
<b>2. Identificación del paciente y motivo de consulta</b> .....	<b>16</b>
<b>3. Estrategias de evaluación</b> .....	<b>17</b>
<b>4. Formulación clínica del caso</b> .....	<b>21</b>
4.1 Resultados de la evaluación .....	21
4.2 Variables moduladoras o estructurales del caso de V.....	22
4.3 Conductas problema y análisis funcional: .....	23
<b>5. Tratamiento</b> .....	<b>31</b>
5.1 Sesión 1 y 2.....	33
5.2 Sesión 3, 4 y 5.....	33
5.3 Sesión 6.....	35
5.4 Sesión 7.....	36
5.5 Sesión 8 y 9.....	36
5.6 Sesión 10.....	37
5.7 Sesión 11.....	38
5.8 Sesión 12.....	38
5.9 Sesión 13.....	39
<b>6. Valoración del tratamiento</b> .....	<b>40</b>
<b>7. Referencias bibliográficas</b> .....	<b>50</b>
<b>8. ANEXOS</b> .....	<b>56</b>

## **1. Introducción**

### 1.1 Definición del TA

El trastorno de adaptación es un diagnóstico expuesto en el DSM-V dentro de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Se trata de un cuadro diagnóstico que lleva vigente desde el año 1952 en el DSM-I, en el que aparecía con diferente nombre (Casey, 2009). Este trastorno se caracteriza por la aparición de conductas o emociones disfuncionales frente a un factor estresante que vive la persona (este factor debe ser identificable).

### 1.2 Historia del trastorno adaptativo

El término trastorno adaptativo (TA), ha cambiado a lo largo de la historia. Inicialmente se podía contemplar parte de la esencia de lo que ahora consideramos trastorno adaptativo en los “trastornos transitorios situacionales de alteración de la personalidad”. Este grupo, presentado en el DSM-I, contenía reacciones adaptativas a las distintas etapas de la vida (infancia, adolescencia, adultez y vejez) y reacciones de estrés grave. El término fue evolucionando, y en el DSM-II se presentó con un nombre más corto y conciso, “alteración transitoria situacional” (Casey, 2014). Este nuevo nombre hacía referencia a aquellas respuestas poco funcionales o excesivas que realizaba un individuo ante un estresor ambiental, lo que le provocaba diferentes problemáticas. Estas reacciones desaparecían una vez el estresor hubiese desaparecido. En esta nueva definición del trastorno, se tenían en cuenta los ciclos vitales de las personas (infancia, adolescencia, adultez y vejez) (Casey, 2014).

El término “trastorno adaptativo” nace finalmente en el DSM-III, y es definido como una respuesta disfuncional ante los estresores cotidianos, lo que provoca una alteración del estado de ánimo, de la conducta o de la actividad laboral o académica, y se muestra como un trastorno “límite o sub-diagnóstico”, al poderse sólo confirmar si no se encuentra otra valoración diagnóstica (Casey, 2014). En el DSM-III existe una nueva clasificación de TA. En esta edición, se contempla por primera vez síntomas físicos.

En cuanto al DSM-IV, el trastorno adaptativo contaba con un capítulo en exclusiva para él, y se presentaba con diversos subtipos, este se escogía atendiendo al síntoma más dominante.

Las diferencias entre el DSM IV y el 5 en cuanto al TA, atendiendo a los expertos, son cuanto menos escasas (Casey, 2014). El principal cambio realizado ha sido mover este trastorno al capítulo de “trastornos de traumas y factores de estrés”.

En la actualidad, una parte de los expertos afirman que se trata de un diagnóstico muy prevalente en la población, causando tanto sufrimiento personal como problemáticas sociales/económicas y bajas laborales (Domínguez et al., 2017). Sin embargo, no existen datos estadísticos claros. Un estudio realizado en Atención Primaria muestra una prevalencia de entre 1% y hasta un 2.94% de TA en los adultos que acuden a las consultas de Atención Primaria. En cuanto al porcentaje de personas que encontraron en otros niveles del sistema sanitario, por ejemplo, atención psiquiátrica u hospitalizados varía, siendo este porcentaje mucho mayor. Estos datos aumentan, no solo atendiendo al nivel de atención médica en el que nos encontremos, sino también atendiendo a la

edad (las personas mayores tienen una mayor tendencia a presentar TA) y a la presencia previa de enfermedades (personas con una enfermedad, tienen una mayor probabilidad de desarrollar TA) (Zapata et al., 2021).

### 1.3 El estrés y los modelos explicativos de TA

Para poder comprender los trastornos adaptativos, debemos primero comprender el término estrés, pues los TA son respuestas desadaptativas ante un estímulo estresante que perdura durante un tiempo delimitado. Inicialmente el término estrés es considerado como una respuesta fisiológica que nos ayuda a la supervivencia frente a una amenaza. Esta respuesta se puede producir ante elementos que, a priori, no son preocupantes para nuestra supervivencia, activando un sistema innecesario (Torres y Baillès, 2014). Medios de comunicación sitúan a España en el quinto puesto de país con más estrés de toda la UE (El Economista), y en cuanto a estrés laboral, el INE (2020) calcula que un 14.57% de los adultos lo sufre.

Debido a la poca investigación que presenta este diagnóstico existen pocos modelos que expliquen el inicio y mantenimiento de los TA.

El primer modelo, denominado modelo cognitivo de los TA (Botella et al., 2008), basa el inicio de este trastorno en un análisis negativo y catastrofista que realiza la persona frente a una situación estresante, y su capacidad para enfrentarse a dicha situación. De tal forma que, tanto la baja capacidad de resolución junto con el análisis extremista de la situación provoca en la persona un conjunto de síntomas como, pensamientos negativos, comportamientos desajustados, etc. Estas conductas se ven retroalimentadas unas a otras, provocando que sea difícil superar esta



problemática y creando una” profecía autocumplida” acerca de la falta de eficacia personal para superar el problema.

El otro modelo existente propone que los cambios que se producen en la persona son provocados por un estresor identificable y “cotidiano”, a diferencia de otras problemáticas también generadas por un estímulo estresor (por ejemplo, en el TEPT). Al igual que en el primer modelo, este desajuste provoca un sentimiento de no poder enfrentarse de forma eficiente al problema, que desencadena más comportamientos desadaptativos, lo que finalmente provoca la creación de un círculo vicioso que perpetúa la continuidad del problema (Maercker et al., 2008).

#### 1.4 Variables psicológicas (personales y contextuales) asociadas al problema

En los TA, al igual que en la mayor parte de los diagnósticos de salud mental, ciertos rasgos de personalidad están asociados a mayor o menor vulnerabilidad. La escasa investigación que existe en cuanto a los TA hace que los datos con los que se cuenta sean adquiridos de problemáticas y colectivos muy específicos. En una investigación realizada con militares, se confirmó la existencia de una mayor probabilidad de sufrir TA en aquellos individuos con un alto neuroticismo y baja extraversión (For-Wey et al., 2002).

Ante los eventos estresantes, existen dos características personales que provocan que un individuo se enfrente de forma adaptativa o no a la situación, y estas son, la valoración que realiza de sus capacidades de solución frente a una situación estresante, y el análisis de la gravedad de esta situación. Estas valoraciones están influidas por la personalidad de los sujetos. Los individuos con

mayor neuroticismo perciben un nivel más elevado de estrés frente a la valoración de la situación, mientras que una mayor apertura, cordialidad o extraversión pueden ser rasgos protectores. En cuanto a la capacidad de solventar una situación estresante, la creencia de conseguir los resultados deseados mediante tus habilidades es la más relevante, esta capacidad es denominada autoeficacia, y los investigadores afirman que a mayor autoeficacia menor estrés percibido (Wang et al., 2014). De tal forma que, al ser el trastorno adaptativo un conjunto de conductas desadaptativas frente a un estresor que perdura un tiempo limitado, podemos afirmar, que estas características personales tienen relación con el trastorno.

### 1.5 Tratamientos propuestos

Los trastornos adaptativos nunca han contado con una gran investigación, lo que provoca que no existan ni pruebas diagnósticas estandarizadas ni tratamientos protocolizados (Domínguez et al., 2017). Los estudios que muestran intervenciones con personas que sufren de trastorno adaptativo, realizan un tratamiento dirigido al cese, disminución o control del factor estresante, realizando una intervención muy personalizada y basada en el análisis funcional del caso (Domínguez et al., 2017).

Se aconsejan intervenciones breves y focalizadas, aunque siempre dependerá del caso. Los expertos hacen especial énfasis en realizar una correcta psicoeducación a nivel emocional permitiendo una óptima expresión de esta, además de buscar un contexto social sano y de seguridad en el que la persona pueda apoyarse en momentos de dificultad. Y, finalmente, trabajar

sobre el estresor que provoca estas respuestas, en el caso de que se pueda eliminar, eliminándolo, y sino cambiándolo o gestionándolo. (Baños et al., 2008).

En el trabajo con adolescentes conviene iniciarse desde una comprensión de las emociones, pues, es en esta etapa vital cuando se desarrolla la capacidad de experimentar, comprender y desarrollar de forma consciente las emociones (Ortiz et al., 2012). La psicoeducación emocional, como la define Bisquerra, hace referencia a *“un proceso continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo humano, con objeto de capacitarle para la vida y con finalidad de aumentar el bienestar personal y social”* (Bisquerra, 2005, p. 96). La educación emocional, promueve el entrenamiento en conductas de comunicación y apoyo familiar (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004). Otro beneficio es el autocontrol y control de la ira en situaciones de enfado (Garaigordobil y Peña, 2016). Además, un buen trabajo emocional se relaciona con menores niveles de depresión, ansiedad, autolesiones e ideación suicida, y una menor somatización (Pacheco y Fernández-Berrocal, 2013).

La educación emocional, basándonos en el modelo propuesto por Salovey y Mayer (1997), se puede dividir en cuatro pilares:

El primer pilar hace referencia a la percepción y expresión emocional, que se describe como la capacidad de identificar y comprender las emociones propias y las ajenas, mediante las características fisiológicas, conductuales y cognitivas asociadas a estas.

El segundo pilar es la facilitación emocional, este elemento hace referencia al papel que tienen las emociones en nuestro pensamiento y procesamiento de la información, provocando un análisis de las situaciones desde un prisma distinto al meramente “objetivo”. Este pilar describe la relación que existe entre las emociones y las acciones que realizamos.

El tercer pilar es, la comprensión emocional. Esta habilidad implica comprender y razonar en torno a la información emocional comprendiendo la relación que existe entre las emociones y el contexto, y cómo ambos elementos están conectados.

Por último, se encuentra la regulación emocional. Este pilar es el último en trabajarse, pues precisa del resto para poder construirse. Hace referencia a la capacidad de la persona de analizar y reflexionar sobre sus emociones y cómo le afectan en distintos contextos. Además, también se refiere a la capacidad de trabajar con las emociones tanto agradables como desagradables, con el fin de aceptarlas y recoger la información que llevan consigo, y conseguir moverse hacia la promoción de emociones agradables.

Para realizar el trabajo de educación emocional, existen programas como el proyecto INTEMO + (2017). Este proyecto se creó como un conjunto de dinámicas grupales, con medidas pre-post, que confirmaron que los participantes, de entre 11 y 17 años, presentaron menor hostilidad y conductas agresivas, así como mayores índices de empatía al final del programa.

En los pacientes con trastorno adaptativo con frecuencia es necesario mejorar la comunicación asertiva, la cual implica expresar una idea desde el respeto, tanto hacia uno mismo como hacia el

receptor (Castanyer, 2018). Esta forma de comunicación se encuentra entre los extremos del continuo comunicación agresiva-comunicación pasiva. La comunicación asertiva, al tratarse de una conducta, se divide en tres áreas: área motora, área emocional y área cognitiva. El área cognitiva refiere los pensamientos que tengo antes de realizar la conducta, los pensamientos posteriores y aquellos que suceden durante la situación. La segunda área, es el área motora, y concierne la conducta a nivel “mecánico” que realizo, por ejemplo, quedarme callado ante una discusión en la que me están insultado. Y, el tercer y último área es el emocional, este nos cuenta cómo nos sentimos en las conductas, qué emociones aparecen, y cómo las vivimos incluso a nivel fisiológico, por ejemplo, con taquicardias (Castanyer, 2018). Conocer el funcionamiento de estas áreas es importante, pues, el entrenamiento en asertividad varía dependiendo del área que presenta el problema.

La reestructuración cognitiva (RC) es una técnica muy usada en el entrenamiento en asertividad, busca la identificación de ideas/creencias irracionales mediante una serie de pasos en los que se pone en duda dicha creencia y se trabaja con el individuo en encontrar una creencia más afín a la realidad y más adaptativa (Bados y García, 2010). Esta técnica se utiliza en múltiples problemáticas con el fin de cambiar la conducta desadaptativa. La RC se complementa con automensajes, que son la transformación de las ideas irracionales en frases más realistas y adaptativas, y su uso en los momentos “clave” de las situaciones que provocan dificultades al usuario (Bados y García, 2010). Además de los automensajes se debe realizar una explicación “teórica” de los distintos “guiones” que se pueden utilizar para dar una respuesta asertiva,

atendiendo al contexto en el que nos encontremos. Dentro de estos esquemas o guiones, existen técnicas dirigidas a entrenar la asertividad en discusiones, como es la técnica del disco rayado o el banco de niebla.

Un estado comórbido con la falta de habilidades sociales y conductas asertivas es la ansiedad (Rappe, 1995). La ansiedad incapacitante es una emoción difícil, los datos afirman que el número de personas que la padecen cada año aumenta exponencialmente. La OMS calcula que, en 2019, 301 millones de personas padecían trastorno de ansiedad, de los cuales 58 millones eran niños y adolescentes (OMS, 2019). Esta emoción, en una intensidad media, provoca la proactividad del individuo en la búsqueda de soluciones en situaciones nuevas o aversivas (Barlow y Durand, 2001). Sin embargo, en niveles de intensidad altos o crónicos, provoca gran malestar. Esta problemática está relacionada causalmente con otras dificultades a nivel académico, social y emocional (Aznar, 2014). Por lo tanto, el trabajo de reducción de la ansiedad provocará cambios positivos en el resto de las problemáticas.

La ansiedad, atendiendo a la división 12 del APA, se debe abordar desde una perspectiva cognitiva conductual (APA Presidential Task Force on Evidence-Based, 2023). El entrenamiento en reducción de la ansiedad supondrá mejoras en el estado de ánimo (Ruiz et al., 2012), y es que, la ansiedad presenta una alta comorbilidad con estados de ánimo más depresivo (APA, 2013). Las técnicas de tratamiento de la ansiedad son variadas y “afectan” a los distintos niveles de expresión de la ansiedad (fisiológico, emocional y conductual), el cambio en uno de estos niveles provoca modificaciones en los demás. El uso de las principales técnicas cognitivas propuestas inicialmente

por Beck (Clark y Beck, 2010) junto con técnicas de relajación, es el plan de intervención óptimo para la ansiedad (APA, 2023). Las técnicas cognitivo-conductuales propuestas están relacionadas con identificación de los estímulos que generan ansiedad, la reestructuración cognitiva de los pensamientos irracionales asociados a estos, técnicas cognitivas conductuales como el entrenamiento en solución de problemas de (D’Zurilla & Goldfried, 1971) y técnicas de reducción del estrés como la planificación y organización temporal, la dieta equilibrada, el ejercicio físico, etc, estas técnicas deben servir para trabajar conductas problemáticas especificadas en el análisis funcional realizado. En cuanto a las técnicas de relajación, se considera positivo en casos de ansiedad el trabajo de la respiración abdominal (Labrador et al., 1995) y la relajación progresiva de Jacobson (Jacobson,1938).

La ansiedad está también relacionada con dificultades atencionales y de regulación de actividades necesarias para el estudio (Furlan et al., 2009). Esta relación se hace explícita atendiendo a las características fisiológicas, emocionales y conductuales que suponen en los individuos un alto nivel de ansiedad. El trabajo dirigido a la mejora de las calificaciones académicas es un trabajo supeditado a la disminución del nivel de ansiedad.

Para trabajar la motivación hacia los estudios se propone un trabajo de organización y planificación basado en refuerzos positivos, que no esté ligado a los refuerzos externos como aprobar, sino que tenga el foco en aprender (Jadue, 2001).

## **2. Identificación del paciente y motivo de consulta**

La paciente V. es una chica de 15 años que viene por voluntad propia. Actualmente está cursando 4º ESO en un instituto público, no tiene pareja y se encuentra en una posición socio-económica adecuada. Reside con sus padres, quienes están separados desde que la paciente tiene 3 años. Estos presentan custodia compartida y V. pasa cada semana en casa de uno de sus progenitores. Ambos padres viven en el mismo municipio, lo que favorece la organización.

La usuaria es una derivación de una compañera de prácticas anterior, habiendo pasado por un total de tres alumnos de prácticas en el mismo centro. Aparte de estas sesiones, no había ido previamente al psicólogo, ni padece ninguna enfermedad o dolencia física.

Su objetivo inicial en la terapia es trabajar el miedo que le provoca realizar actividades sola en la calle, por temor a que un hombre interactúe con ella (le diga algo, se le acerque, etc.). Durante las sesiones de recogida de información aparecen nuevas problemáticas. Su padre, con quien tiene una relación muy cercana, se muda a México de forma definitiva. Nos comenta la dificultad que siente en la comunicación con su madre, con quien explicita que “no la puede contestar sin chillar”, porque, según su explicación, “somos muy iguales y chocamos”; esta forma de interacción también la presenta con su padre, pero en menor medida.

Todas estas problemáticas se están viendo reflejadas en sus calificaciones académicas, que están pasando a ser insuficientes, lo que ha provocado que suspenda varias asignaturas en el primer



trimestre. Este hecho preocupa mucho a sus padres, pues V. “siempre ha sido muy buena estudiante”.

La paciente presenta una buena red social de apoyo, tanto amigas en el instituto al que acude, como amigas de otras actividades como gimnasia rítmica.

Cuando se investiga acerca del divorcio de sus padres y cómo le afectó, la paciente afirma que era muy pequeña y no lo vivió como algo traumático, sin embargo, sí que comenta que tuvieron problemas en la reagrupación familiar posterior. V. presenta buena relación con ambos progenitores, pero, como hemos comentado antes, la relación con su madre tiene algunas problemáticas no resueltas. Encuentra un gran apoyo en su hermano mayor, con quien mantiene una relación muy estrecha.

### **3. Estrategias de evaluación**

La intervención que se diseñó para la paciente es un estudio de caso con medidas pre-post, lo que implica que, la paciente realizó una batería de tests antes de la intervención, al finalizar esta y dos semanas tras la última sesión, con el fin de poder comparar los resultados. La evaluación realizada, sigue el guion propuesto por Fernández- Ballesteros (2014) y se extendió a lo largo de las dos primeras sesiones, de 60 minutos cada una, más dos sesiones de 45 minutos con cada progenitor. Los instrumentos utilizados para realizar la evaluación se explicarán con mayor detenimiento a continuación, pero son: entrevista semiestructurada, autorregistros y cuestionarios.

La primera sesión tenía como objetivo realizar la primera recogida de información. Para lograrlo, se utilizó la entrevista semiestructurada propuesta por Fernández-Ballesteros (2014), a través de la cual se recogen datos acerca del motivo de consulta, los objetivos que tiene al realizar el tratamiento, historia de vida y de la problemática (¿cuándo empezó?, ¿cómo empezó?, etc.), estado socio-económico actual, núcleo social que presenta, estado físico de salud, ocupación, etc. Tras esta primera sesión de recogida de información más general, se realizaron unas hipótesis preliminares acerca de la problemática de la usuaria. Para confirmar estas hipótesis se utilizó la segunda sesión.

En la segunda sesión se expusieron los test que se iban a utilizar para corroborar las hipótesis iniciales, se explicaron las pautas que tenía que seguir para rellenarlos, y se planteó a la paciente un autorregistro (Anexo 1) de las situaciones que le provocaban malestar y enfado, con el fin de poder identificar en los momentos de vulnerabilidad, el contexto, las creencias de la paciente y su forma de solucionar las situaciones. Este autorregistro se realizó siguiendo el modelo presentado en el libro de Castanyer (2014). Con el autorregistro se pretendía recoger tanto posibles ideas irracionales como conductas desadaptativas que la usuaria desee cambiar. Para poder realizar la comparación de cambio de número de conductas desadaptativas e ideas irracionales que sufre, el autorregistro se completó durante todas las semanas que duró la intervención, además de las semanas de seguimiento.

Asimismo, durante la evaluación inicial de la paciente se tuvo una entrevista con los progenitores. En esta entrevista se preguntó cuáles creían que eran las mayores problemáticas de V., las áreas en

las que precisaba de ayuda. También se investigó acerca de su relación con ella, la forma de crianza y los límites impuestos. Durante la entrevista, que fue de forma individual con cada progenitor, ambos convinieron que el “mayor problema” de V. eran las “malas contestaciones”, entendidas como conductas poco asertivas que la usuaria realizaba cuando no se estaba de acuerdo con ella, o quería expresar un límite. Estas conductas podían ser chillar, insultar, dejar de hablar a la persona con la que ha tenido la dificultad comunicativa, etc. Para medir esta falta de asertividad se utilizó el Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus, 1973; Caballo, 1987) Este cuestionario mide la asertividad, que se puede describir como la capacidad que tiene un individuo de expresar de forma libre lo que siente, piensa y quiere, respetando lo que los demás sienten, piensan y quieren (Castanyer, 2018). Este cuestionario presenta puntuaciones entre -90 y 90, indicando valores cercanos a -90 poca capacidad asertiva, y por ende, valores cercanos a 90 una alta asertividad. Consta de 30 ítems, y tiene una fiabilidad que se encuentra entre 0.76 a 0.80 y una consistencia interna alta, que oscila entre 0.73 a 0.86 (León, 2014).

Además de este cuestionario se le pidieron tres más, con diferentes finalidades.

El cuestionario STAI (Guillén-Riquelme y Buela Casal, 2011; Spielberg et al., 1999) mide la ansiedad estado-rasgo. La ansiedad rasgo (AR) se caracteriza por ser estable, se trata de una tendencia general de las personas que lo sufren a interpretar como peligrosas algunas situaciones que, en principio, no conllevan un riesgo real. Esto provoca que se desencadene una respuesta de ansiedad, en la que el cuerpo se prepara para sobrevivir a dicha situación. Por otro lado, la ansiedad estado (AE) hace referencia a una forma de percibir y sentir que es temporal. Conllevan

también una hiperactivación del sistema nervioso autónomo, con el fin de poder hacer frente a situaciones percibidas como peligrosas. Ambas escalas presentan una consistencia interna buena, de entre 0.9 y 0.93 en el caso de la escala ansiedad-estado, y un 0.84-0.87 en el caso de la escala ansiedad-rasgo (del Río Olvera et al., 2018). Las puntuaciones obtenidas en el test se transforman a centiles atendiendo al sexo y edad del individuo. Para la paciente, puntuaciones por encima de 22 en AR y AE, implican posicionarse por encima del centil 50 de la población.

El cuestionario BDI (II), está diseñado para medir la gravedad de la depresión, en caso de existir (Beck et al., 1996). Esta herramienta ha tenido varias actualizaciones a lo largo de la historia, con el fin de adaptarse a las modificaciones representadas en torno al concepto de depresión en los manuales diagnósticos. El BDI (II) mide depresión general, pero se puede dividir en dos dimensiones sintomáticas: cognitivo-afectiva y somático-motivacional. La consistencia interna de este instrumento es alta (0.87), y se presenta como una herramienta mejorada con respecto a su predecesora. (Sanz et al., 2003). Los resultados van desde un rango de 0 a 63, considerándose una puntuación de depresión leve a moderada aquella entre 10 y 18, depresión moderada a grave 19 a 29 y, por último, de 30 a 63 depresión grave.

Finalmente, el cuestionario Rosenberg (Rosenberg, 1989). Esta herramienta cuenta con 10 ítems que están diseñados para medir autoestima, definida como actitud positiva o negativa hacia ti mismo. Presenta una consistencia interna adecuada de 0.7 (Góngora & Casullo, 2009). Este cuestionario tiene tres posibles valoraciones de los resultados. Puntuación entre 10 y 24 implica

una baja autoestima, puntuación entre 25 a 35 una autoestima normal y, por último, entre 36 y 40 autoestima elevada.

Tras la evaluación inicial, y atendiendo a las conductas problema presentadas por V. y los resultados de los cuestionarios, la paciente presenta sintomatología compatible con un diagnóstico adaptativo. Esta etiquetación solo busca la comprensión entre profesionales y el refuerzo científico de la intervención de la usuaria, ayudándonos de la etiqueta diagnóstica en la búsqueda de los tratamientos más eficaces.

#### **4. Formulación clínica del caso.**

La formulación clínica del caso se realizó dividiendo las áreas problema que presentaba V. en cuatro. Pero para realizar esta división primero se obtuvieron los resultados de los cuestionarios.

##### 4.1 Resultados de la evaluación

Los resultados de la paciente V. son los siguientes:

En el test BDI (II) se obtiene una puntuación de 14, lo que sitúa a V. en el intervalo de “depresión leve a moderada”.

Los resultados del cuestionario STAI se dividen en, ansiedad estado (AE) y ansiedad rasgo (AR). Para la primera, AE, V. puntúa 36, lo que la coloca en una puntuación alta de ansiedad. En cuanto al valor de la ansiedad rasgo se sitúa en 25, mostrando un nivel de ansiedad rasgo medio.

En el cuestionario de Rosenberg, V. presenta una puntuación que limita entre los valores considerados baja autoestima y buena autoestima, puntuando 23.

En cuanto al cuestionario de asertividad de Rathus, V. presenta una puntuación de 12, lo que la posiciona en un rango de asertividad medio-bajo.

Tras obtener los resultados de los cuestionarios, se identificaron las variables moduladoras.

#### 4.2 Variables moduladoras o estructurales del caso de V.

Variables disposicionales/ personales:

- Variable biológica: momento evolutivo en el que se encuentra (adolescencia).
- Variables conductuales: presenta una baja resolución de problemas, baja asertividad, pensamientos irracionales como “mi padre no va a volver a verme”, “soy igual que mi madre”, “soy la responsable de mi familia”.

Variables ambientales:

- La situación de bajo empleo en España provoca que el padre de V. tenga que ir al extranjero a trabajar.
- Familia muy fusionada, junto con una reagrupación familiar entre dos familias separadas previamente.
- Finalmente, el trabajo de la madre de V., que la ocupa muchas horas, provoca que V. pase mucho tiempo sola y sin sus padres/cuidadores.

- Cultura machista, acentúa los miedos de V. al no parar de recibir mensajes en los que se la insta a protegerse de los hombres.

Factores de protección:

- Buena red de apoyo social y familiar.
- Tiene una afición que la ocupa gran parte de su tiempo y que disfruta.
- Apoyo de su hermano.
- Motivación por el cambio y buena calidad de vida.

#### 4.3 Conductas problema y análisis funcional:

A continuación, se enumeran las principales conductas problema y se propone el correspondiente análisis funcional para cada una de ellas:

- a. Miedo a los hombres extraños en ambientes de no protección. Este miedo es descrito como temor a que un hombre, independientemente de su edad, se acerque a ella y le diga o le haga cualquier cosa que ella no desea. Este miedo le provoca ir por la calle alerta a posibles personas desconocidas, pensando continuamente que algo malo le puede pasar (pensamiento rumiativo). Cuando se la pregunta por el escenario que le causa temor, ella admite que es cualquiera en el que no haya otra persona a la que pedir ayuda.

El origen de este miedo se hipotetiza que surge, tras una experiencia en la que la usuaria observa como un hombre en el autobús coge a una de sus amigas del brazo y le dice cosas al oído, sin consentimiento. Este aprendizaje provoca que V. condicione el estímulo

neutro, hombre adulto, a estímulo condicionado (EC) que le produce una respuesta de miedo (RC), esto funciona como estímulo discriminativo (Ed) para sus conductas de huida, como dejar de esperar el bus si algún hombre aparece en la marquesina y está sola, y de evitación, por ejemplo, no ir a la zona centro de Madrid pues tiene que coger el metro, etc. La usuaria ha creado una generalización de la situación temida.

**Tabla 1**

*Formulación Clínica “Miedo a los Hombres Extraños”*

Estímulo discriminativo (ED)/ Antecedentes	Conducta /Respuesta Operante (RO)	Consecuencia (C)
Estar sola en la calle y que haya un hombre desconocido	<p><b>Nivel psicofisiológico:</b> nerviosismo, rabia, ansiedad, aumento de la tasa cardiaca, aumento de sudoración, etc.</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> Pensamientos rumiativos “me va a hacer algo”, “soy tonta por preocuparme tanto”</p> <p><b>Nivel motor:</b> aumenta el paso, se va hacia algún sitio con más gente o coge el móvil y hace como que habla con alguien</p>	<p><b>Refuerzo negativo:</b> huye del foco de miedo y disminuye su malestar</p>



---

	<b>Nivel psicofisiológico:</b> tristeza, ansiedad “presión en el pecho”, rabia.	
Le proponen un plan sus amigas que conlleva coger el metro, o ir a un sitio lleno de gente que no conoce	<b>Nivel cognitivo:</b> pensamientos como “siempre me pasa lo mismo”, “soy tonta y me pierdo las cosas por miedica”, “ojalá no tener miedo”	<b>Refuerzo negativo:</b> alivio del malestar al no enfrentarse al factor que le atemoriza a corto plazo
	<b>Nivel motor:</b> se queda en casa y se encierra en su cuarto a estar con el móvil y ver redes sociales	

---

- b. Bajo estado de ánimo por la mudanza de su padre. Tras anunciar su padre que se mudaba a otro país, la paciente dice haber sufrido problemas al respirar (ansiedad) cuando se pone muy nerviosa y muchos cambios de humor. Ella misma afirma que se encuentra muy triste, que llora mucho y “siempre piensa lo peor” con respecto a la separación de su padre. La hipótesis de origen surge de asociar la mudanza de su padre, en principio un estímulo neutro, con la idea de que esto va a provocar que se olvide de ella, lo que le genera malestar y se convierte en un EC. Ante este EC la usuaria rumia (RO) frases como “me va a olvidar”, “va a formar otra familia”, etc. que le generan más malestar.

**Tabla 2**

*Formulación Clínica “Bajo Estado de Ánimo”*

<b>Estímulo discriminativo (ED)/</b> <b>Antecedentes</b>	<b>Conducta /Respuesta Operante</b> <b>(RO)</b>	<b>Consecuencia</b> <b>(C)</b>
Pensar en la mudanza de su padre cuando se queda sola en casa	<p><b>Nivel psicofisiológico:</b> tristeza, ansiedad (presión en el pecho), miedo</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> Pensamientos rumiativos “me va a olvidar”, “no me quiere”, “va a construir una nueva familia”</p>	<p><b>Refuerzo negativo:</b> alivio del malestar mediante el uso de las redes sociales</p>
	<p><b>Nivel motor:</b> se encierra en su cuarto a llorar o si está en clase, pide ir al baño (para llorar), cuando está más tranquila coge el móvil para “no pensar”</p>	
Hablar con sus padres de la mudanza o de cualquier tema relacionado.	<p><b>Nivel psicofisiológico:</b> tristeza, ansiedad “presión en el pecho”, rabia.</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> “ya me están jodiendo”, “saben que me duele y</p>	<p><b>Refuerzo negativo:</b> Alivio del malestar mediante el uso de las redes sociales.</p> <p><b>Refuerzo positivo:</b></p>

	<p>siguen hablando”, “ninguno me quiere”.</p> <p><b>Nivel motor:</b> discute con ellos chillando y se encierra en su cuarto a estar con el móvil y ver redes sociales.</p>	<p>Atención de sus padres al ir a buscarla al cuarto para intentar hablar con ella.</p>
<p>Meterse en redes sociales cuando comienza a sentirse mal pensando en la mudanza de su padre</p>	<p><b>Nivel psicofisiológico:</b> tristeza, dificultad para conciliar el sueño, “mente en blanco”</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> “todo el mundo tiene mejor vida que yo”, “mira mis amigas haciendo cosas que yo no puedo hacer”</p> <p><b>Nivel motor:</b> se queda en Instagram durante horas, sin hacer nada más, encerrada en su cuarto.</p>	<p><b>Refuerzo negativo:</b> evita pensar en la situación de la mudanza y en sus temores.</p> <p><b>Refuerzo positivo:</b> entretenimiento durante las horas que pasa viendo contenido.</p>
<p>Hablar con sus amigas de la mudanza de su padre</p>	<p><b>Nivel psicofisiológico:</b> ansiedad y tristeza.</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> “no me entienden porque ellas tienen a sus dos padres”, “se creerán que soy una exagerada”, “les aburro siempre con el mismo tema”, “van a dejar de ser mis amigas”</p>	<p><b>Refuerzo positivo:</b> Obtiene la atención de sus amigas.</p> <p><b>Refuerzo negativo:</b> Alivio del malestar al poder desahogarse.</p> <p><b>Castigo positivo:</b></p>

---

<b>Nivel motor:</b> llora de manera incontinente, les pide explicaciones de por qué creen sus amigas que se va su padre tan lejos.	En algunas ocasiones sus amigas la han confrontado y le han dicho que “está siendo muy exagerada”
--	---

---

c. Problemas académicos. Estos han surgido a raíz de la noticia de la mudanza de su padre.

La usuaria ha comenzado a suspender los exámenes, lo que le provoca malestar, pues le es difícil concentrarse. El origen de este problema, como hemos comentado, es la mudanza de su padre. El malestar provocado por la mudanza (EC) provoca baja concentración (RC), que se traduce en dificultad para mantener la acción de estudiar y realizar las tareas académicas diarias (ROP), que provoca bajas calificaciones.

**Tabla 3**

*Formulación Clínica “Problemas Académicos”*

<b>Estímulo discriminativo (ED)/ Antecedentes</b>	<b>Conducta /Respuesta Operante (RO)</b>	<b>Consecuencia (C)</b>
Obtener malas calificaciones en el instituto tras la noticia de la mudanza de su padre	<b>Nivel psicofisiológico:</b> nerviosismo, tristeza, rabia	<b>Refuerzo negativo:</b> obtiene la atención de sus padres al estar sacando por primera vez malas notas.
	<b>Nivel cognitivo:</b> “por la culpa de mis padres estoy suspendiendo”, “no merece la pena estudiar para sacar esta mierda de notas”, “esto no es lo mío”	Alivio del malestar pensar que es culpa de sus padres.
	<b>Nivel motor:</b> deja de estudiar cuando tiene que hacerlo, no hace los deberes o se distrae mucho mientras los hace y no presta atención.	Alivio del malestar pensar que “no vale para estudiar”. Es una forma fácil de justificar sus malas notas.

- d. Comunicación no asertiva. V. ha aprendido a comunicarse de forma pasivo-agresiva en múltiples ambientes, en casa, en sus grupos de trabajo en el instituto y en gimnasia rítmica, y con sus amigos.

La hipótesis de origen asocia esta forma de comunicación con un aprendizaje vicario realizado por la usuaria en el entorno familiar.

**Tabla 4**

*Formulación Clínica “Comunicación Asertiva”*

<b>Estímulo discriminativo (ED)/ Antecedentes</b>	<b>Conducta /Respuesta Operante (RO)</b>	<b>Consecuencia (C)</b>
<p>Alguien de su círculo de amigos, familia o compañeros de clase realiza un comentario en contra de lo que V. piensa, o la corrigen.</p>	<p><b>Nivel psicofisiológico:</b> nerviosismo, rabia, vergüenza</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> “se creen que soy tonta”, “no me tienen en cuenta”, “saben que me pongo como una furia y se creen que estoy loca”</p> <p><b>Nivel motor:</b> discute continuamente con sus amigos, en casa o en clase.</p>	<p><b>Refuerzo negativo:</b> Alivio del malestar al evitar tener la conversación en la que tiene que explicar su punto de vista o corregir su posición.</p>
	<p><b>Nivel psicofisiológico:</b> nerviosismo, rabia, vergüenza</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> pensamientos relacionados con la vergüenza que siente al pedir ayuda, siente que le debe algo al receptor cuando pide ayuda, se siente inferior.</p> <p><b>Nivel motor:</b> responde de forma cortante y siempre justificándose</p>	<p><b>Refuerzo negativo:</b> Alivio del malestar de sentirse inferior, al justificar sus formas mediante actos pasados.</p>
<p>V. quiere pedir algo a otra persona, por ejemplo, en un trabajo en grupo necesita más ayuda que el resto al no comprender un apartado que le ha tocado realizar.</p>	<p><b>Nivel psicofisiológico:</b> nerviosismo, rabia, vergüenza</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> pensamientos relacionados con la vergüenza que siente al pedir ayuda, siente que le debe algo al receptor cuando pide ayuda, se siente inferior.</p> <p><b>Nivel motor:</b> responde de forma cortante y siempre justificándose</p>	<p><b>Refuerzo negativo:</b> Alivio del malestar de sentirse inferior, al justificar sus formas mediante actos pasados.</p>

---

en modo defensivo. Pide las cosas  
de malas formas y reafirmando  
que la petición debe ser aceptada  
porque ella ya ha hecho cosas por  
la otra persona previamente.

---

En conclusión, la paciente V. presenta diversas problemáticas que resuelve mediante conductas evitativas como mirar el móvil, irse del lugar de la confrontación, chillar, etc. Estas conductas evitativas están siendo reforzadas al “escapar” del sufrimiento que supondría exponerse a dicho malestar. Esta evitación que realiza la paciente de forma continua pone de manifiesto la necesidad de realizar un trabajo emocional con ella, en el cual sea capaz de comprender y sostener sus emociones, sin buscar ocultarlas o “extirparlas”. Tras esto, la intervención se centrará en realizar conductas dirigidas a una buena expresión y trabajo emocional, por ejemplo, mediante la comunicación asertiva, el trabajo del duelo o la motivación hacia los estudios.

## **5. Tratamiento**

La intervención con la usuaria se llevó a cabo a lo largo de trece sesiones terapéuticas, que se extendieron durante cuatro meses. Cada sesión duraba 1 hora. La intervención realizada utiliza técnicas cognitivo-conductuales y se guía por los siguientes objetivos (extraídos de la formulación clínico del caso):

**Tabla 5**

*Objetivos terapéuticos y estrategias de intervención*

<b>Objetivos Terapéuticos</b>	<b>Estrategias de Intervención</b>
Mejorar la educación emocional: identificación de emociones y gestión de las mismas	- Ejercicios propuestos en programa INTEMO +
Comprender su miedo y que no la frene en la realización de actividades que desea hacer	- Psicoeducación sobre el miedo - Creación de plan de acción/protección
Disminución de la ansiedad	- Relajación: respiraciones diafragmáticas y relajación progresiva de Jacobson
Trabajar los pensamientos rumiativos y las ideas irracionales	- Reestructuración cognitiva - Parada de pensamiento
Aumentar la comunicación asertiva	- Psicoeducación asertividad - Técnicas de comunicación asertiva - Entrenamiento en autoinstrucciones - Moldeamiento
Aumentar su motivación en los estudios	- Psicoeducación sobre la relación de ansiedad-concentración y motivación - Planificación metas - Refuerzos positivos - Visualización
Trabajar el duelo provocado por la mudanza de su padre	- Diálogo socrático y flecha descendente para identificar distorsiones cognitivas



- 
- Reestructuración cognitiva
  - Técnica de conceptualización alternativa
  - Plan de acción enfocado a objetivos
- 

### 5.1 Sesión 1 y 2

Estas primeras sesiones estaban dirigidas a la evaluación. Este objetivo se llevó a cabo, como hemos mencionado antes, mediante la entrevista semiestructurada y la batería de test.

También se realizó un análisis del estado actual y los objetivos que quería conseguir mediante la dinámica de la “rueda de la vida” creada por Paul J. Meyer (Anexo 3), que sirve para orientar el discurso de la paciente hacia el análisis de las áreas vitales para ella, y mediante introspección buscar los objetivos que desea cumplir.

Al final de la segunda sesión se indicó como tarea para casa completar un autorregistro (Anexo 1).

### 5.2 Sesión 3, 4 y 5

La intervención inicial se centró en la educación emocional, pues, como se explicó en la introducción está relacionada con muchos otros objetivos que V. presenta, de tal modo que se hace imprescindible crear esta “base” de conocimiento para trabajar otras áreas problemáticas.

El primer paso fue explicar qué son las emociones, la funcionalidad de estas y sus correlatos fisiológicos, cognitivos, etc. Posteriormente se utilizó la rueda de las emociones como apoyo (Anexo 2), y se presentó el juego preparado para trabajar la identificación emocional. Este juego

consiste en utilizar fragmentos de una serie de televisión para identificar emociones. Los fragmentos habían sido escogidos personalmente. Para la identificación emocional podía usar la rueda de las emociones como ayuda (representación visual de las emociones, desde las básicas hasta las complejas). Tras dicha identificación debía buscar una situación de su historia personal en la que hubiese vivido la misma emoción. Con este ejercicio se buscaba empezar a identificar las emociones, inicialmente en situaciones ajenas para poder transferir dicha identificación a situaciones propias.

La siguiente sesión dedicada a las emociones tenía como objetivo trabajar la expresión emocional, para ello, se realizó una lista de actividades que la paciente realizaba cuando sentía distintas emociones, y para aquellas que no tenía ninguna forma de expresión se buscó una posible actividad. Al final de esta sesión se trabajó la facilitación emocional, para esto se le explicó cómo las emociones se relacionan con distintos procesos como la memoria, y se pidió a V. que enumerase actividades que tenía que realizar y cómo podía hacerlas más amenas, por ejemplo, escuchando música mientras recogía su cuarto. Se pidió que, en la semana que tenía por delante antes de la siguiente sesión, realizase tres actividades acompañadas de un elemento que le sirviese como facilitador emocional.

La sesión 5 estaba dedicada a la comprensión y regulación emocional. Para el primer objetivo se utilizó el propio autorregistro de V. y a través de él se buscó de forma más consciente las emociones que ella asociaba a cada situación, se hizo mucho énfasis en la búsqueda de aquellas

emociones que externalizamos y “esconden” otras emociones menos reconocidas. Se instó a un análisis concienzudo de las situaciones.

La regulación emocional se trabajó con V. también mediante su autorregistro, buscando soluciones alternativas a los comportamientos realizados. También se planteó el uso que realiza de las redes sociales. Se mostró la funcionalidad que tiene para ella el móvil y se planteó la búsqueda de otras alternativas para no evitar la emoción, sino transitarla de la manera más “amena” posible. La alternativa que V. quiso implantar para ello fue, el uso de un diario en el que escribiría o dibujaría cómo se sentía. La idea fue propuesta por la paciente, lo que aumenta las probabilidades de realización de la tarea.

### 5.3 Sesión 6

Tras la parte de trabajo emocional se priorizó el trabajo de la ansiedad. Lo primero que se realizó fue una pequeña explicación de la función que tiene la ansiedad y de su expresión fisiológica, pues era algo que a la usuaria le preocupaba mucho. También se explicó la relación que tienen los pensamientos en bucle con los sentimientos de ansiedad que sufre, esta explicación se realizó mediante su análisis funcional. Con el fin de cortar los bucles de pensamientos rumiativos se introdujo la técnica de parada de pensamiento (Wolpe, 1958).

Al final de la sesión, se explicó y practicó la relajación progresiva de Jacobson. Esta se llevó a cabo en la zona de la cara y los hombros, y se utilizó contenido audiovisual para que V. lo

introdujera como técnica de relajación en casa. También se explicó la respiración diafragmática, y se aconsejó la realización de sesiones de 5 minutos al día de respiración diafragmática.

#### 5.4 Sesión 7

La séptima sesión estaba dirigida al trabajo de las ideas irracionales. Se explicó qué es una distorsión cognitiva, los tipos de distorsiones cognitivas que existen y el concepto de asertividad. La parte dinámica consistió en usar su autorregistro para que ella misma identificase posibles distorsiones cognitivas. Posteriormente se realizó una reestructuración cognitiva de dichas distorsiones, se buscaron alternativas racionales a algunos pensamientos, y se mandó como “tarea para casa” la identificación de distorsiones cognitivas en su día a día y la búsqueda racional de pensamientos alternativos a estas.

#### 5.5 Sesión 8 y 9

Esta sesión tenía como objetivo el trabajo de la asertividad. Este concepto había sido introducido en la anterior sesión, de modo que en esta, se explicaron los tipos de comunicación que existen (pasivo, asertivo y agresivo). Mediante diálogo socrático se guio a la paciente hacia la reflexión del tipo de comunicación más utilizado por ella, siendo este el agresivo.

Para trabajar la asertividad se explicaron los distintos tipos de respuesta asertiva que se pueden dar atendiendo a la situación: asertividad elemental, asertividad empática, asertividad subjetiva y asertividad positiva (Castanyer, 2018). Este conocimiento se llevó a la práctica mediante un *roleplaying*, en el que V. se representaba a sí misma, y el terapeuta realizaba el papel de

madre/padre o amiga, exponiéndole problemáticas que había relatado en las sesiones con estos receptores. Estos papeles se intercambiaron a lo largo de la sesión, de modo que en las ocasiones en las que V. no conseguía dar una posible respuesta asertiva, ella pasaba a ser el receptor con el que se interactuaba.

En la novena sesión V. comenta la dificultad que siente para dar una respuesta asertiva en ciertas ocasiones. Para ayudarla en el control conductual ante situaciones difíciles para ella, se introduce la técnica de los automensajes (Castanyer, 2018), herramienta inspirada en la técnica de las autoinstrucciones (Meichenbaum, 1987). Se pidió que pensase en una situación conflictiva para ella, en la que pudiese decirse autoinstrucciones en forma de mensajes, antes, durante y tras la situación que le causaba temor, y se realizó un *roleplaying* en el que se escenificaba la escena temida y ella debía actuar introduciendo los automensajes. Este aprendizaje se consolidó a través del moldeamiento de la conducta tras la repetición y refuerzo de esta.

### 5.6 Sesión 10

Esta sesión estaba dirigida en exclusiva al trabajo del duelo. Se elige realizarla tan “tarde” pues se precisa de una base emocional y un entrenamiento en asertividad y regulación emocional para poder realizar esta sesión.

En esta hora de terapia se analizó el significado que tenía para V. la mudanza de su padre, esto se hizo mediante diálogo socrático y flecha descendente. Tras encontrar las distorsiones cognitivas que esconde el significado que la paciente da a la marcha de su padre, se realiza reestructuración

cognitiva combinada con técnica de conceptualización alternativa, con el fin de que sea la propia V. quien formule posibles respuestas diferentes a la marcha de su padre.

Con el fin de mantener el vínculo con su padre, se anima a la paciente a que hable con él de las emociones que le genera su mudanza, desde un diálogo asertivo. Además, se crea un plan de acciones dirigidas a mantener el vínculo que tiene con su padre.

### 5.7 Sesión 11

Esta sesión fue dirigida al aumento de la motivación en los estudios. Para ello se presentó la relación que existe entre ansiedad y concentración. Se le planteó a V. la problemática “circular” que estaba creando en torno a los estudios mediante la explicación de la formulación clínica.

Para poder movilizar a la usuaria, el ejercicio planteado era pensar a largo plazo (5 años) cómo se veía académicamente. En esta visualización V. se veía estudiando en la universidad. Para poder lograr dicha meta se refuerza la necesidad de superar el instituto. Se explicó la “falacia” de la motivación entendida como “algo natural que nace en nosotros”, y se propuso crear una planificación de los logros que deseaba conseguir (de forma gradual y siendo realistas), más la implantación de refuerzos asociados a la consecución de estas metas. Además de esta planificación, se organizó la introducción de metas a lo largo de las semanas, de modo que, cada semana debía instaurar una de las acciones que se había propuesto.

### 5.8 Sesión 12

La penúltima sesión, la paciente confirma que está preparada para hablar del miedo a los hombres.

Había sido un tema planteado en sesiones anteriores y que nunca quiso tratar, de modo que respetando su decisión no se trabajó hasta ahora.

Se inicia la sesión explicando la función que cumple el miedo, y analizando mediante diálogo socrático el posible origen de dicho miedo. Posteriormente se le propone crear un plan de acción dirigido a la protección, en aquellos casos en los que ella considera que corre peligro su integridad física.

Al final de la sesión, se pide a la paciente que realice en casa la batería de test que hizo en un primer momento, con el fin de poder comprobar si ha supuesto un cambio el paso por terapia

### 5.9 Sesión 13

Se trata de la última sesión con V. en esta se realiza un resumen de los objetivos planteados inicialmente, se muestran los cambios en los baremos medidos mediante la batería de test, y como cierre se utiliza la dinámica de “el árbol de los logros” con el fin de que la paciente sea consciente de todo el recorrido que ha realizado.

El seguimiento de las sesiones no se pudo realizar al completo, al finalizar el periodo de prácticas antes. Se había diseñado un seguimiento basado en cinco sesiones, la primera a las dos semanas de haber finalizado el tratamiento, las tres siguientes cada tres semana cada una, y la cuarta, con un mes de diferencia con la última sesión de seguimiento. Esta cronología está basada en intervenciones como la propuesta por Fernández, Calero y Santacreu (2014) en un caso de ansiedad generalizada o problema de asertividad.

## 6. Valoración del tratamiento

Los resultados obtenidos en la intervención son, mayoritariamente positivos. Con relación a los datos cuantitativos, se puede observar en la tabla los resultados pertenecientes a los cuestionarios:

**Tabla 6**

### *Resultados Cuantitativos Pre- Post Tratamiento*

	Pre - Tratamiento		Post - Tratamiento	
	P. directa	Percentil	P. directa	Percentil
Ansiedad Estado	36	85	28	75-50
Ansiedad rasgo	25	50	23	50
Depresión		14		12
Autoestima		23		27
Asertividad		12		30

Varias puntuaciones han sufrido cambios positivos.

La puntuación del cuestionario STAI se ha modificado mayoritariamente en la parte perteneciente a la medición de ansiedad estado. Esto se puede comprender debido a que la ansiedad rasgo, como afirma Spielberger (1989), se trata de una dimensión que, en principio, no debería sufrir muchas modificaciones y se mantiene estable a lo largo de la vida. Sin embargo, la ansiedad estado, hace

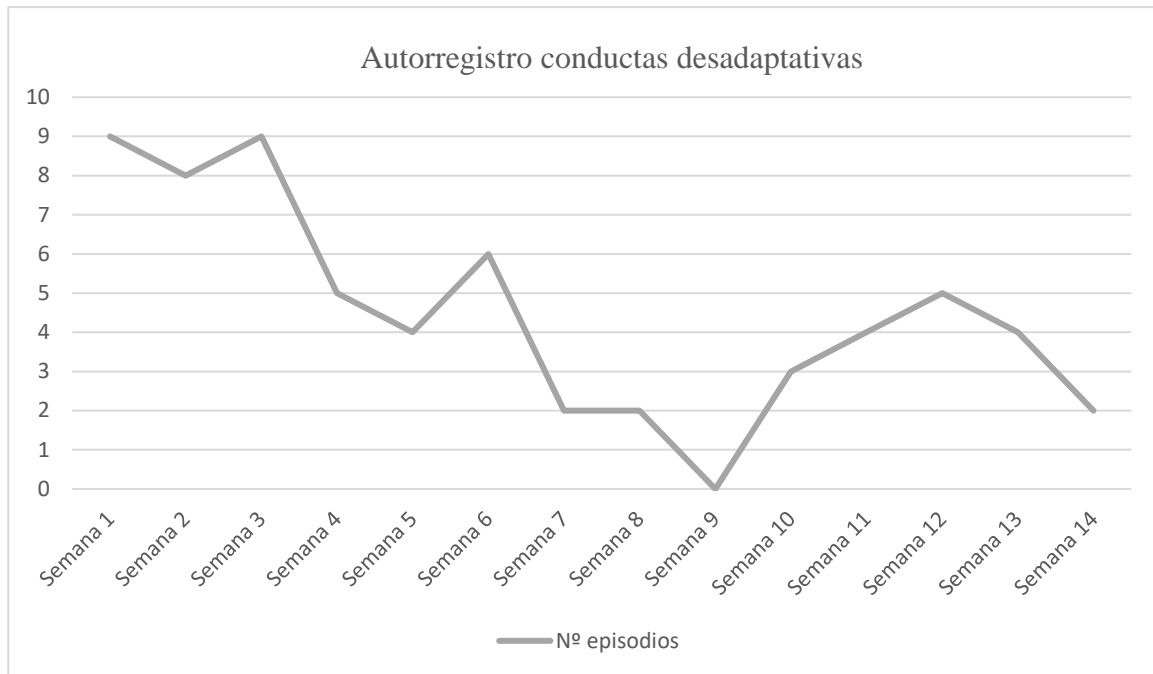


referencia a un estado emocional cambiante, que depende del momento vital de la persona. La paciente ha disminuido 8 puntos en la escala, lo que la posiciona en un centil entre 75 y 50 (aproximado), sigue siendo un nivel de ansiedad moderado.

En cuanto a la puntuación del cuestionario BDI (II) esta pasa de 14 puntos a 12, lo que mantiene a V. en el intervalo de depresión leve a moderada.

La puntuación en la prueba de autoestima Rosenberg aumenta hasta una puntuación de 27, lo que posiciona a V. en un nivel de autoestima normal. Esta mejoría es notada también por la paciente, quién en la última sesión y mediante la dinámica de “el árbol de los logros” comenta que nunca se había fijado en todas las cosas buenas que había conseguido. Además de comunicarnos una mejoría en la gestión de los problemas con su círculo social y en casa, lo que, atendiendo a sus palabras, la “hacía sentirse genial” y “menos loca”. Esta mejoría se ve plasmada en los resultados obtenidos en el cuestionario de Rathus. En esta prueba, la paciente ha aumentado su capacidad asertiva de forma notoria.

En cuanto a los autorregistros, se comprobó que la paciente disminuía el número de conductas desadaptativas como encerrarse en el cuarto, las horas que pasaba con su teléfono móvil, y las discusiones con sus padres.



**Figura 1:** Número de episodios de conductas desadaptativas

En el gráfico, se muestran las conductas desadaptativas realizadas por la usuaria a lo largo de las trece sesiones online que se tuvieron con ella. El gráfico, solo abarca la primera sesión de seguimiento que se realizó con V., pues las siguientes no se pudieron realizar. De forma visual se puede comprobar que disminuyen las conductas desadaptativas que realiza, presentando en algunas semanas picos de mayor cantidad de dichas conductas.

Se tuvo una sesión final con los padres de V., en la que se les informó del fin de la terapia y del trabajo que se había realizado con la paciente, así mismo se les preguntó por el cambio que habían notado ellos en V., si así había sido. La respuesta fue positiva, e hicieron hincapié en la diferencia que identificaban en el entorno familiar, al tener menos discusiones a la semana con la paciente.

También confirmaron que V. realizaba más actividades distintas cuando se enfadaba o se ponía triste, no acudiendo únicamente al móvil como forma de distracción, sino que muchas veces se iba de casa a pasear, por ejemplo.

A nivel académico, sus calificaciones habían mejorado, pasando de suspender todos los exámenes a los que se presentaba, a excepción de inglés y lengua, a aprobar la mayor parte de las pruebas.

### **Discusión y conclusiones**

Los datos cuantitativos de la intervención se muestran como favorables a la efectividad de esta, pues la usuaria ha disminuido su nivel de ansiedad, y, aunque al finalizar presentaba un nivel moderado de ansiedad, es considerado un valor normal, pues V. mantenía una situación vital que la provocaba esta emoción, y las herramientas que se incorporaron en su repertorio conductual seguían en proceso de entrenamiento.

En cuanto al dato de depresión, que es el que menos ha cambiado, la explicación que se encuentra está relacionada con la naturaleza del evento estresor que ha provocado en V. el malestar. Dado que, la paciente se encuentra en un duelo en el que debe cambiar la forma de interacción con su padre y este proceso conlleva tiempo. También hay que tener en cuenta que la mudanza de su padre aún no se había “completado” al finalizar las sesiones, por lo que el trabajo terapéutico estaba enfocado en el entrenamiento de habilidades que permitiesen a la usuaria mantener un contacto positivo con su padre, y una “regulación” óptima de su estado emocional, que

evidentemente, iba a ser triste. Se considera “normal” que la paciente presente un estado de ánimo más “bajo” durante este proceso. El resto de las puntuaciones se modificaron de forma positiva para la usuaria, la cual también notó una mejoría en su capacidad de realizar conductas que la dirigieran hacia el bienestar. La herramienta que mayor bienestar le había proporcionado era la reestructuración cognitiva y la presentación de las ideas irracionales, atendiendo a sus palabras.

En cuanto a los autorregistros, se percibe una disminución de la cantidad de conductas desadaptativas que tiene V. a lo largo de las semanas. Este dato es algo controvertido, pues la paciente presentaba dificultades a la hora de rellenar los autorregistros, instrumento utilizado para construir la gráfica. Las primeras dos semanas, lo rellenó sin problema, sin embargo, las siguientes semanas lo completaba de memoria en la sesión, lo que disminuye la fiabilidad del instrumento. Además, la paciente comentó que estas conductas desadaptativas se veían aumentadas las semanas en las que tenía una cantidad de trabajo mayor en el instituto, como podía ser época de exámenes. Esta explicación resolvería el aumento de conductas desadaptativas vividas por la usuaria entre la semana 9 y la 12.

Como ya se ha comentado V. fue una derivación, sin embargo, las primeras sesiones con ella se dirigieron igualmente a la evaluación y a la definición de objetivos, además al no haber realizado los cuestionarios anteriormente fue más sencillo proponerlos. Se diseñó una evaluación inicial, pues los objetivos que se perseguían no estaban totalmente delimitados y las sesiones se habían centrado en el trabajo al miedo hacia los hombres desconocidos. Cuando surgió la noticia de la mudanza de su padre las problemáticas de V. cambiaron, y se decidió centrar la atención en estas.

Esto provocó que la paciente no deseara trabajar más dicho miedo a los hombres, pues según ella “estaba controlado”. Al final de las sesiones se consideró importante, al menos, utilizar una de las horas de terapia para confirmar que se trataba de un tema trabajado y que no lo estaba evitando por temor.

La creación de un vínculo con la paciente supuso una de las dificultades del caso. La usuaria era muy tímida, y esto unido a las constantes derivaciones que había sufrido, provocó que el vínculo se creara lentamente. El *feedback* que reportaba durante las exploraciones era muy escaso. En la mayor parte de las sesiones costaba que la paciente se abriese y, en general, había que preguntar por cuestiones específicas para obtener una respuesta elaborada, pues si no, solo afirmaba, negaba o decía “no sé”. Al final de las sesiones la capacidad de comunicación de V. había mejorado notablemente, en parte también al trabajo emocional que se había realizado con ella, pues supuso que la usuaria contase con el vocabulario adecuado y la capacidad de identificar las emociones. El inicio del trabajo con V. se centraba mucho en, darle su espacio y su voz dentro de la terapia, intentar que no se volviese “una clase” en la que ella escuchaba la lección y se iba, borrar la jerarquía automáticamente impuesta por V. de terapeuta – paciente, y crear un vínculo de confianza. Este trabajo no habría sido posible sin la personalización de muchas técnicas que se expusieron en la intervención, y la devolución constante de los resultados, objetivos, etc. Que iban surgiendo en la terapia, pues la paciente precisaba de la participación en esta.

Los datos aportados por este caso presuponen una correcta intervención basada en el análisis funcional de la paciente. La etiqueta diagnóstica de trastorno adaptativo utilizada en el trabajo,

sirvió como forma de comunicación interna en el centro de prácticas y para la búsqueda de información científica que abalara la intervención realizada con V. Esta etiqueta, nombrada por primera vez en el CIE en 1978, no ha dejado de estar exenta de críticas desde su nombramiento. Principalmente se considera que este diagnóstico se encuentra entre la fina línea de lo patológico y no patológico, llegándose a considerar como un subdiagnóstico (Casey y Doherty, 2012). Esta etiqueta de inferioridad ha sido defendida por los críticos basándose en los pobres criterios con los que está definida esta problemática en el DSM y CIE. Sin embargo, muchos defensores de este diagnóstico hacen referencia a la dificultad que se tiene a la hora de diagnosticar a un paciente con trastorno adaptativo, al presentar criterios que se solapan con otros diagnósticos más graves” (Casey y Doherty, 2012).

Anteriormente, el trastorno adaptativo era un diagnóstico muy utilizado en la atención primaria, sin embargo, ha disminuido su prevalencia. Patricia Casey y Anne Doherty (2012) afirman que una de las consecuencias de que el trastorno de adaptación tenga tan poca investigación es un cambio en la “cultura del diagnóstico”, la cual ha pasado a ser la “cultura de la prescripción” gracias a la alta disponibilidad y facilidad de prescripción de fármacos en el sistema de salud. Este uso desmedido de los medicamentos supone que los trastornos adaptativos se vean eclipsados por trastornos más graves como el depresivo. Atendiendo a datos aportados por el Ministerio de Salud (2022), el consumo de antidepresivos ha aumentado en nuestro país un 40% en el último año. Además, su precio es cada vez más bajo, suponiendo una mayor demanda que abarata los costes. Este uso desmedido de los psicofármacos, unido al escaso dinero destinado a salud mental en

España, solo un 5% del gasto sanitario, supone tener uno de los peores ratios de psicólogos públicos por cantidad de población (5 psicólogos por cada 100 000 habitantes). Con estos datos es comprensible que casos como el de V. pasen desapercibidos en la sanidad pública, devaluándolos y no siendo tratados o siéndolo mediante fármacos.

La intervención realizada en este caso, apoya la reflexión crítica en torno a la patologización de la vida cotidiana planteada por Echeburúa (2014) quien afirma que, muchos problemas que aparecen recogidos en el DSM-V, entre ellos los trastornos adaptativos, se deben a una patologización de la vida cotidiana, lo que, junto con una vida cada vez más individualista y una sociedad medicalizada, hacen que consideremos patológico, lo que realmente es el sufrimiento inherente a la vida humana, ya que, en el caso que nos ocupa la usuaria sufre por diversas problemáticas “habituales” propias del transcurrir de la vida.

Independientemente del diagnóstico y la polémica que exista detrás de él, se trata de pacientes que sufren por un motivo, y se debe buscar el origen y mantenimiento de dicho sufrimiento y ayudarles a repararlo, o en caso de imposibilidad de reparar, a aceptarlo. Los datos aportados por el informe de salud realizado por la OMS en junio de 2022 muestran que la salud mental debe ser una prioridad a nivel global. Alrededor de 2 millones de personas presentan algún trastorno mental en el mundo, de los cuáles un 14% son adolescentes. Y los datos de suicidio son cada vez mayores, se calcula que, de cada 100 muertes una es un suicidio. Estos datos no tienen en cuenta personas que presentan dificultades o sufrimiento no recogido bajo una etiqueta diagnóstica, es

decir, aquella población que necesita ayuda de un profesional de la salud mental, pero que no se puede etiquetar bajo un trastorno considerado en el DSM-V o el CIE-11 (OMS, 2022).

La OMS propone soluciones amplias, dirigidas a la mejora del concepto de salud mental en las organizaciones e instituciones estatales y un cambio en el paradigma de esta, contemplando desde el origen la problemática y tratándola en diversos ambientes como puede ser el entorno familiar, escolar, laboral, etc. La problemática expuesta en el trabajo es un ejemplo de la necesidad de educación a nivel de salud mental que se precisa en los centros educativos. La educación emocional supuso una base de crecimiento para la usuaria, a través de la cual comprender qué le sucedía y cómo trabajar con esas emociones. La educación de la población no puede ir dirigida a la eliminación o extirpación del malestar, pero sí a la comprensión y cuidado de este.

Por otra parte, el uso de las nuevas tecnologías ha permitido un abaratamiento de los costes de las sesiones terapéuticas, y la posibilidad de realizarlas desde distintos puntos geográficos. Es el ejemplo de la usuaria, quien vive en una zona alejada y le era imposible acceder a la terapia. Las sesiones online presentan muchas ventajas, pero también algunas limitaciones que se deben tener en cuenta. En el caso de V. las principales desventajas eran, la alta distracción que suponían las videollamadas realizadas por el móvil para una persona que tiene un uso “desmedido” de dicho aparato, las interrupciones de familiares, la posibilidad de una mala conexión a internet y por lo tanto una imagen deficiente, la pérdida de información que se dan las sesiones online, como los autocuidados realizados por la usuaria (olor corporal, vestimenta, etc.), los gestos que realiza



(algunos pueden pasar desapercibidos), las acciones que está realizando durante la terapia, por ejemplo dibujar en una hoja, etc. (Cabré & Mercadal, 2016).

La importancia de este trabajo reside, en la enseñanza de que la terapia no es un proceso lineal ni estático. Para no caer en este error, se debe crear esa base de confianza con el usuario, en la que el intercambio acerca de las sesiones terapéuticas, debe ser mutuo. En la terapia se tiene que comunicar cuestiones que están frenando dichas sesiones. La evaluación debe ser constante, y no podemos olvidarnos que, al no ser la vida un proceso lineal, la terapia tampoco lo puede ser. También se presenta como un valor la personalización de la terapia atendiendo al momento vital de la usuaria, y de las herramientas que se usan en él, buscando siempre presentar material efectivo y basado en la “educación” del usuario, con el fin de empoderarle a realizar los cambios necesarios. De ahí, que la mayor parte de las sesiones con la paciente estuviesen enfocadas a la educación emocional.

A nivel académico, creo que debemos ser conscientes de lo que aportan las etiquetas diagnósticas sin caer en el error de sólo centrarnos en ellas. La búsqueda de las conductas que suponen un problema para el usuario debe ser siempre la prioridad del terapeuta, evitando comportamientos paternalistas en los que se quiere modificar al usuario sin el consentimiento de este, o siguiendo un conjunto de pautas dictadas por un diagnóstico sin tener en cuenta la aprobación del paciente.

## 7. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2023). *Evidence-based practice in psychology*.
- Aznar, A. I. (2014). Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 1(1), 54–60.
- Bisquerra Alzina, R., y Escoda, N. P. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XX1*, 10, 61-82.
- Bados, A., y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. In *Facultat de Psicologia Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics* (pp. 1–62). Universitat de Barcelona.
- Baños, R. M., Guillen, V., Botella, C., García, A., Jorquera, M., & Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26, 303–316.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck (Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.

- Botella, C., Baños, R. M., Guillén, V., García, A., Jorquera, M., & Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, *26*, 303–316.
- Caballo, V. E. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Promolibro.
- Cabré, V., y Mercadal, J. (2016). Psicoterapia On-Line. Escenario virtual para una relación real en el espacio intermediario. *Clínica e Investigación Relacional*, *10*(2), 439–452.  
<https://doi.org/10.21110/19882939.2016.100206>
- Casey, P. (2009). Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS drugs*, *23*, 927-938.
- Casey, P. (2014). Adjustment disorder: New developments. *Current Psychiatry Reports*, *16*(6).  
<https://doi.org/10.1007/s11920-014-0451-2>
- Casey, P., y Doherty, A. (2012). Adjustment disorder: Implications for ICD-11 and DSM-5. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 201, Issue 2, pp. 90–92).  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.110494>
- Castanyer, O. (2018). *La asertividad, expresión de una sana autoestima*. Desclée de Brouwer.
- Clark, D., y Beck, A. (2010). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Desclée de Brouwer.

del Río Olvera, F. J., Cabello Santamaría, F., Cabello García, M. A., Aragón Vela, J. (2018).

Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*, 17(1), 1–10.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-1.caer>

Domínguez, I., Prieto, V., y Barraca, J. (2017). Un estudio de caso de trastorno adaptativo con ansiedad por situación de sobrecarga laboral. *Clínica y Salud*, 28(3), 139–146.

<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.003>

D’Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107–126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>

Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.

El Economista. (2022, Febrero). España es el quinto país con más estrés de toda la Unión Europea.

Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 2, 2–17.

For-Wey, L., Fei-Yin, L., y Bih-Ching, S. (2002). The relationship between life adjustment and parental bonding in military personnel with adjustment disorder in Taiwan.

*Military Medicine*, 167, 678–682.

- Furlan, L., Sánchez, J., Heredia, D., y Piemontesi, S. (2009). Estrategias de aprendizaje y ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 12, 117–124.
- Garaigordobil, M., y Peña, A. (2016). Emotional intelligence in adolescents from 13 to 16 years: Explanatory Variables. *Psychological Well-Being: Cultural Influences, Measurement Strategies and Health Implications*, 101–128.
- Góngora, V. C., y Casullo, M. M. (2009). Validation of the Rosenberg self-esteem scale in general and clinical populations of Buenos Aires. *RIDEP*, 27, 179–194.
- Gutiérrez-Cobo, M. J., Cabello-González, R., y Fernández-Berrocal, P. (2017). Programas para mejorar la inteligencia emocional desde el modelo de Mayer y Salovey: sus beneficios en el ámbito psicoeducativo.
- INE (2020). Encuesta de población activa (EPA) Módulo sobre accidentes laborales y problemas de salud relacionados con el trabajo. Recuperado de Instituto Nacional de Estadística.
- Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 27. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052001000100008>
- Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press.
- Labrador, F., Cruzado, J., y Muñoz, M. (1995). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide.

- León Madrigal, M. (2014). Revisión de la escala de asertividad de Rathus adaptada por León y Vargas (2009). *Revista Reflexiones*, 93(1), 157-171.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C., y Ehlert, U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 113–120.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.07.002>
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. España: Martínez Roca.
- Organización Mundial de la Salud. (2022, Junio). Informe Mundial Sobre Salud Mental.
- Ortiz, X., Landero, R., y González, M. (2012). Terapia asistida por perros en el tratamiento del manejo de las emociones en adolescentes. *Summa Psicológica UST*, 9(2), 25–32.
- Pacheco, N., y Fernández-Berrocal, P. (2013). Inteligencia emocional en adolescentes. *Padres y Maestros*, 352, 34–39.
- Rathus, S. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398–406.
- Rosenberg, M. (1989). Society and the adolescent Self-image. Revised Edition. In *Middletown, CT: Wesleyan University Press*.
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer, S.A.

- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Carmelo, V. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general*. 14, 249–280. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1999). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo*. TEA Ediciones.
- Torres, X., y Baillès, E. (2014). *Comprender el estrés*. Editorial Amat.
- Wang, Y., Yao, L., Liu, L., Yang, X., Wu, H., Wang, J., y Wang, L. (2014). The mediating role of self-efficacy in the relationship between Big five personality and depressive symptoms among Chinese unemployed population: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 61. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-61>
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Standford: Stanford University Press.
- Zapata, J. P., Sierra, J. S., y Cardeño, C. A. (2021). Diagnóstico y tratamiento del trastorno de adaptación en Atención Primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 47(3), 197–206. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.09.010>

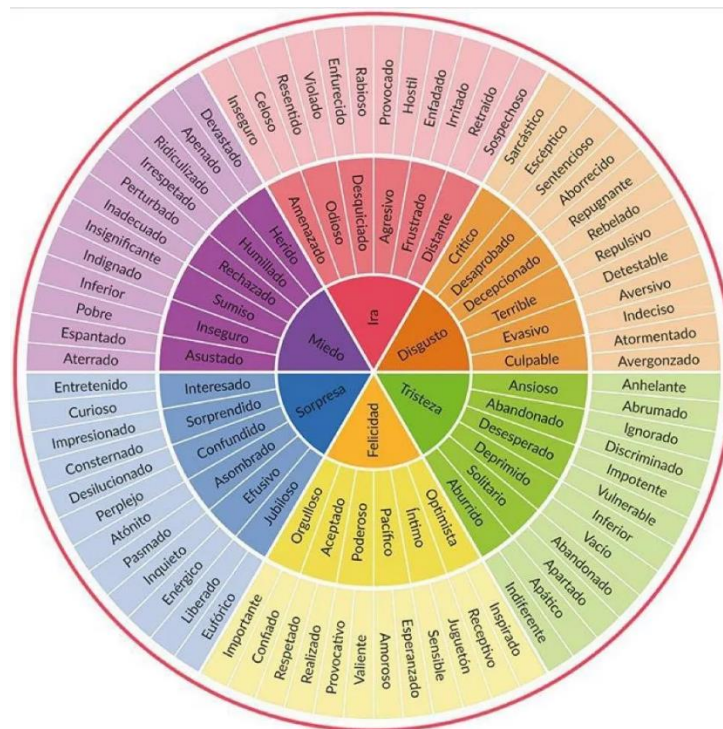
## 8. ANEXOS

### Anexo 1

#### Autorregistro

Situación	Conducta	Pensamientos	Sentimiento	Repercusión

### Anexo 2





**Anexo 3**

