

Tratamiento cognitivo-conductual de los pensamientos disfuncionales: un estudio de caso

Iván Chamizo Sánchez

Máster en Psicología General Sanitaria



MÁSTERES
DE LA UAM
2019 – 2020

Facultad de Psicología

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Facultad de Psicología - Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

**TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS PENSAMIENTOS
DISFUNCIONALES: UN ESTUDIO DE CASO**

Autor: Iván Chamizo Sánchez

Tutora académica: Ana Calero Elvira

Modalidad: Estudio de caso clínico

Curso: 2019/2020

Resumen: En este trabajo se presenta un estudio de caso en el que se realiza terapia cognitivo-conductual para la modificación de pensamientos disfuncionales referentes a dificultades psicológicas de la vida diaria. La usuaria es una mujer de 22 años que acude a una Clínica Universitaria. En la evaluación se utilizaron una historia biográfica, entrevistas clínicas, autorregistros y cuestionarios psicométricos: BDI-II (Sanz et al., 2003), STAI (Buela-Casal et al., 2011), SCL-90-R (De las Cuevas et al., 1991), la Escala de Habilidades Sociales de Gismero (2010) y el cuestionario de Habilidades Sociales de Segura (1989). Se realizó un análisis funcional para guiar el diseño de la intervención y se emplearon técnicas como la psicoeducación, planificación de actividades gratificantes, técnicas de control de la activación, reestructuración cognitiva, técnica de exposición y entrenamiento en asertividad. La intervención se llevó a cabo en 15 sesiones, siendo dos de seguimiento cada dos semanas. Se empleó un diseño de caso único A-B y los resultados se valoraron en base a los datos descriptivos de las mediciones pre y post tratamiento. Puede concluirse que la terapia ha sido efectiva al conseguir todos los objetivos inicialmente propuestos. Por último, se discuten los resultados en relación a la literatura sobre intervenciones cognitivo-conductuales en pensamientos disfuncionales de usuarios que asisten a Clínicas Universitarias y se evidencian limitaciones que se derivan del presente trabajo.

Palabras clave: caso único; terapia cognitivo-conductual; análisis funcional; pensamientos disfuncionales; dificultades psicológicas de la vida diaria.

Grado de participación: El alumno ha participado en el diseño de la evaluación, la formulación del caso, la planificación y aplicación del tratamiento, así como en la evaluación y valoración de los resultados obtenidos. Las sesiones se llevaron a cabo en el Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), bajo la tutela profesional y la supervisión de Elena Ballesteros Guerrero.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	2
1.1. La salud mental y el bienestar emocional en la sociedad actual.....	2
1.2. La perspectiva del transdiagnóstico.....	6
1.3. La importancia del pensamiento.....	8
1.4. Abordaje clínico de los pensamientos disfuncionales.....	11
1.5. Objetivos.....	13
2. MÉTODO.....	14
2.1. Identificación del usuario y motivo de consulta.....	14
2.2. Estrategias de evaluación.....	16
2.3. Formulación clínica del caso.....	21
2.4. Objetivos terapéuticos.....	26
3. TRATAMIENTO.....	26
3.1. Aplicación del tratamiento.....	29
3.2. Factores relacionados con los terapeutas.....	38
4. RESULTADOS.....	38
4.1. Diseño de estudio.....	38
4.2. Análisis de resultados.....	38
5. DISCUSIÓN.....	45
6. REFERENCIAS.....	50
7. ANEXOS.....	58
7.1. Anexo I. Listado de estrategias para afrontar situaciones complicadas según el riesgo.....	58
7.2. Anexo II. Guion de pautas para cuestionar pensamientos desadaptativos.....	59

1. INTRODUCCIÓN

1.1. La salud mental y el bienestar emocional en la sociedad actual

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1992) define el trastorno mental como la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Por otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) plantea una descripción similar, haciendo hincapié en que esta disfunción clínicamente significativa se deriva de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al estado cognitivo, la regulación emocional o al propio comportamiento del individuo.

Esta concepción categorial de los problemas de salud mental ha permitido, entre otros aspectos, estimar su prevalencia a lo largo del tiempo. Cada año, más de un tercio de la población total de la Unión Europea (38,2%) sufre al menos un trastorno mental, ocupando la ansiedad y la depresión las primeras posiciones en cuanto a prevalencia (Wittchen et al., 2011). En España, según los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud publicada en 2017 (ENSE 2017) (Instituto Nacional de Estadística, 2017), más de una de cada diez personas a partir de 15 años refiere haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental (10,8%), siendo la prevalencia mayor en mujeres que en hombres. Los principales diagnósticos observables son la ansiedad crónica y la depresión, ambos declarados en la misma proporción, con un 6,7%.

Acorde a estos datos, numerosos estudios confirman que los problemas de salud mental más frecuentes son la ansiedad, la depresión y los problemas adaptativos de la vida diaria (Caballero, Bobes, Viladarga y Rejas, 2009; Díaz, Díaz-de-Neira, Jarabo, Roig y Román, 2017; Pérez-Ibáñez et al., 2015; Valencia, García, Gimeno, Pérez y Viuda, 2014).

Ahora bien, más allá del aumento de los problemas de salud mental que se está experimentando en los últimos años (Honorato et al., 2011; Pedro-Cuesta et al., 2018; World Health Organization, 2017), las demandas también están cambiando. Las personas acuden al psicólogo debido a problemas derivados de la exigencia de una mayor calidad de vida y una mayor intolerancia al malestar emocional, es decir, reflejan una insatisfacción con el momento actual que están viviendo, lo que puede originar manifestaciones clínicas relacionadas con la ansiedad, el bajo estado de ánimo o una

combinación de ambas. Entre estos problemas pueden destacarse el duelo por la pérdida de un ser querido, los problemas de pareja, las dificultades de convivencia con hijos adolescentes, el estrés laboral, el dolor crónico, la adaptación a nuevas situaciones de la vida diaria (Echeburúa et al., 2012), las dificultades económicas y emocionales, las dificultades en los negocios, vivir en un barrio con una criminalidad elevada y las catástrofes naturales (López-Rodríguez, 2018), además de un largo etcétera.

Una persona con un bajo estado de ánimo puede no tener ningún trastorno psicológico concreto, pero puede estar experimentando una reacción normal ante una situación adaptativa, como un duelo, estar afrontando crisis vitales o, simplemente, tener un problema adaptativo que no llega a cumplir los criterios de un trastorno depresivo (Leon-Sanromà, De Sanmamed, Grau y Gomà, 2015).

En relación a estos problemas, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) dedica una sección a otras afecciones y problemas relevantes para la atención clínica o que pueden afectar al diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del problema de salud mental de una persona (habitualmente denominados *códigos V*). Entre estas afecciones destacan los problemas de relación, problemas relacionados con la educación familiar o el grupo de apoyo primario, maltrato, abuso y negligencia, problemas educativos y laborales, problemas de vivienda y económicos, problemas relacionados con delincuencia o interacción con el sistema legal, problemas con los servicios sanitarios para asesoramiento y consejo médico, y otros respectivos a las circunstancias psicosociales, personales o ambientales. Asimismo, la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) también menciona esta serie de condiciones clínicas bajo el nombre de *códigos Z*.

Como ha podido observarse, ahora las personas también comienzan a pedir ayuda psicológica por el malestar generado a partir de la experiencia en su propia vida cotidiana, sin que sea necesaria la presencia de un trastorno psicológico propiamente dicho y sin que esto implique un menor nivel de malestar que por ello no deba ser atendido. Por lo tanto, no es necesario que se cumplan todos los criterios diagnósticos de un trastorno mental para afirmar que una persona está experimentando malestar clínicamente significativo que puede ser abordado por los profesionales de la Psicología.

No obstante, se ha tendido a considerar el malestar cotidiano (como la sintomatología ansioso-depresiva) como parte de un trastorno psicológico, produciendo

consecuencias clínicas muy notables, además del serio aumento del sobrediagnóstico. Por un lado, al definir los problemas del día a día como un trastorno mental, se está desplazando directamente la responsabilidad del abordaje del sufrimiento a los profesionales sanitarios, fomentando así una actitud de pasividad por parte de las personas (Adán-Manes y Ayuso-Mateos, 2010; Ezquiaga et al., 2011). Otra consecuencia no menos importante es la frecuencia con la que se prescriben fármacos antidepresivos para aliviar el malestar de las reacciones emocionales normales ante situaciones adaptativas, teniendo en cuenta que, aproximadamente, la mitad de los pacientes a los que se prescriben no están realmente deprimidos (Ezquiaga et al., 2011). Además, la medicalización de la sociedad facilita que la vida cotidiana tienda a patologizarse, aumentando así el número de consultas a los diferentes dispositivos sanitarios (López-Rodríguez, 2018) y aumentando el impacto económico derivado del gasto farmacéutico y la asignación de bajas laborales injustificadas (Adán-Manes y Ayuso-Mateos, 2010).

Este sobrediagnóstico, además, puede favorecer un tipo de ayuda menos personalizada al protocolizar el tratamiento terapéutico, ofreciendo menos atención a circunstancias psicosociales relevantes. Esto, asimismo, tiene grandes repercusiones para la persona y su entorno, favoreciendo el estigma y el etiquetaje. En última instancia, este planteamiento podría atentar seriamente contra la credibilidad y legitimidad del campo de la salud mental (Cova et al., 2017).

Allen Frances, mundialmente conocido por haber presidido el grupo de trabajo que creó el DSM-IV y, posteriormente, por ser la voz referente en la crítica al DSM-5, sintetiza claramente estas consecuencias en una entrevista para la Revista Española de Neuropsiquiatría (Ortiz y de la Mata, 2015):

El DSM-5 ha introducido una cantidad de diagnósticos nuevos que amenazan convertir la inflación diagnóstica en hiperinflación diagnóstica. El duelo normal se convierte en un trastorno depresivo mayor, el hecho de que se me olviden las cosas porque ya tengo una edad, se ve como predemencia, como un trastorno cognitivo menor. El que yo desayune a lo grande, se vuelve un trastorno por atracón. Las rabietas de mis nietos se convierten en un trastorno de disregulación emocional. Si una persona tiene preocupaciones por un síntoma físico, tiene un trastorno por síntomas somáticos. (p. 165).

La realidad es que entre el 20 y 30% de los pacientes que acuden a un centro de salud mental no presenta ningún trastorno diagnosticable, aunque sí manifiestan malestar. El trabajo llevado a cabo por Ortiz, González y Rodríguez (2006) pone de manifiesto que una cantidad excesiva de pacientes sin un trastorno mental diagnosticado son remitidos al centro de salud mental, siendo la mayor parte con tratamiento psicofarmacológico pautado. Casi una cuarta parte de las derivaciones a este servicio tiene que ver con la presión que tiene la población para intentar ser feliz y evitar cualquier malestar.

Actualmente, uno de los ámbitos de la sociedad en el que se refleja este tipo de dificultades de la vida diaria, que no cumplen criterios diagnósticos propios de los manuales, son las Clínicas Universitarias. Estos centros son un punto de referencia para estudiar las demandas y motivos de consulta de los usuarios, dado que alrededor de un 70% de las Universidades españolas cuenta con un servicio de atención psicológico y/o psicopedagógico. Con el paso de los años, se ha pasado de atender exclusivamente a la población universitaria a abrir el servicio a la población general, aumentando así la cifra de personas que se beneficia de esta asistencia psicológica (Saúl, López-González y Bermejo, 2009).

Los principales motivos de consulta en las Clínicas Universitarias están relacionados con problemas de ansiedad, con el bajo estado de ánimo, dificultades de relaciones sociales o familiares y otras dificultades de adaptación. Asimismo, cabe destacar que la persona prototípica es una mujer joven, soltera, empleada o estudiante con un alto nivel educativo (Calero, De la Torre, Pardo y Santacreu, 2018; Fernández-Rodríguez, Soto-López y Cuesta, 2019; Galindo, 2009; García-Vera y Sanz, 2009; Labrador, Estupiñá, y García, 2010; Labrador et al., 2016, 2015; Miguel-Álvaro, Larroy y Fernández-Arias, 2019). De forma específica, trabajos como el de Calero et al. (2018) reportan la presencia de otras dificultades habituales relacionadas con el estudio o el trabajo, u otras referentes a la vida en pareja. Por su parte, Fernández-Rodríguez et al. (2019) identifican el miedo a hablar en público, el malestar emocional por situaciones personales, los problemas de sueño y alimentación como otras demandas principales de atención psicológica en las Clínicas Universitarias.

En este sentido, los estudios internacionales realizados en estas clínicas tienen muchos puntos de coincidencia con las muestras españolas. Así, los principales motivos de consulta tienen que ver con problemas personales, familiares, sociales, sentimentales, somáticos sin causalidad orgánica, relacionados con la sexualidad, la presencia de

comportamientos agresivos y respuestas emocionales intensas (Cornejo y Lucero, 2005; Muñoz-Martínez y Novoa-Gómez, 2012; Quesada, 2004).

Los factores de riesgo que pueden propiciar la aparición del malestar emocional en el usuario universitario son varios. Galindo (2009) identifica vivir lejos de la familia durante el curso, los largos desplazamientos diarios, las obligaciones extraacadémicas, tener asignaturas pendientes de otros años y la percepción de un menor apoyo social como factores asociados al riesgo de desarrollar sintomatología ansioso-depresiva. Por otro lado, García, Flores, Gutiérrez, Rojas y Agraz (2008) señalan como factores de riesgo el hecho de tener un trabajo de poco prestigio y carente de ingresos económicos, la falta de pareja, el miedo a la evaluación negativa y el grado de dependencia emocional.

Queda patente que, además de los problemas psicopatológicos diagnosticados en base a manuales como el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) o la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), la demanda por problemas cotidianos que generan un intenso malestar abarca un amplio porcentaje del total de los motivos de consulta. En relación a estas demandas, se observa la alta prevalencia de población académica que acude a las Clínicas Universitarias presentando un gran número de problemas de este tipo. El caso clínico presentado en este trabajo ha sido extraído del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (CPA) y va en la línea de la descripción de casos clínicos sin diagnóstico tradicional expuesta hasta el momento.

1.2. La perspectiva del transdiagnóstico

Los problemas clínicos presentados anteriormente tienen muchos aspectos en común debido a la gran comorbilidad existente. Esto ha motivado la búsqueda de alternativas más ajustadas para la descripción y tratamiento de los problemas de salud mental, yendo un paso más allá del mero abordaje de las categorías nosológicas. Un claro ejemplo es el que aparece entre las personas con sintomatología depresiva, puesto que más de la mitad de ellas también presenta al menos un problema de ansiedad, y viceversa (Sandín, 2014). Es por ello que, frente a la dicotomía existente en el ámbito de la Psicología Clínica con respecto a la visión categorial vs. dimensional de los problemas de salud mental, se ha propuesto el transdiagnóstico como una nueva perspectiva de abordaje (González et al., 2018; Mirapeix y Fernández-Álvarez, 2018).

El transdiagnóstico permite entender los trastornos mentales desde una visión dimensional, partiendo de la convergencia de diferentes procesos cognitivos y conductuales comunes a un conjunto de trastornos. Se trata de una perspectiva integrativa de las clasificaciones categorial y dimensional, puesto que asume la comorbilidad entre muchos problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad. Este enfoque se caracteriza por la focalización en procesos cognitivos y variables conductuales y fisiológicas comunes a diferentes trastornos, la ausencia de una evaluación diagnóstica y la adopción de un enfoque científico de integración (Sandín et al., 2012).

Entre las ventajas de adoptar este nuevo enfoque como abordaje de los problemas de salud mental destaca la posibilidad de intervenir en las variables comunes que presentan (Belloch, 2012). Son numerosos los estudios que han demostrado cómo el abordaje de un determinado problema de ansiedad también repercute favorablemente en problemas comórbidos como los denominados trastornos del estado de ánimo, sin que estos hayan sido intervenidos directamente (Barlow et al., 2015, 2016, 2017; Norton et al., 2004; Watson et al., 2008).

Estas variables con propiedades transdiagnósticas son muy diversas y han sido propuestas a lo largo de la historia, partiendo desde los principios de condicionamiento como explicación de los problemas, hasta otras variables como neuroticismo, extraversión, psicoticismo, sensibilidad a la ansiedad, alexitimia, fusión pensamiento-acción (Sandín et al., 2012), perfeccionismo clínico, baja autoestima, intolerancia al bajo estado de ánimo, dificultades interpersonales (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003), y un largo etcétera.

Además de las mencionadas anteriormente, una de las principales variables transdiagnósticas referente en los problemas de salud mental actuales es el pensamiento disfuncional. Son numerosos los trabajos que avalan esta evidencia, probando cómo procesos cognitivos como los pensamientos irracionales (Ellis, 1962), los esquemas cognitivos (Beck, 1967), la supresión del pensamiento, las creencias metacognitivas tanto positivas como negativas (Harvey et al., 2004), el pensamiento negativo repetitivo (Ehring y Watkins, 2008), el pensamiento catastrófico (Gellatly y Beck, 2016), los reproches, la orientación negativa al problema (González et al., 2017) o la preocupación (González et al., 2017; McEvoy et al., 2013), actúan como constructos transdiagnósticos en problemas relacionados con ansiedad y depresión.

Estos resultados permiten concluir cómo el abordaje directo de procesos cognitivos en personas con sintomatología ansioso-depresiva como, por ejemplo, el pensamiento disfuncional, repercutiría en una mejora transversal de estos problemas sin intervenir directamente en otros comportamientos descritos en base al mismo. Ahora bien, la naturaleza de los pensamientos es diferente para cada persona, por lo que resultará fundamental atender al análisis funcional del caso para determinar su influencia y cómo se debe intervenir. De acuerdo con Caballo (2013), el análisis funcional permitirá establecer y validar hipótesis sobre las relaciones funcionales entre los estímulos antecedentes, conductas y estímulos consecuentes, identificando regularidades entre las respuestas del individuo y el contexto que permitan predecir el comportamiento en un futuro.

En relación a estas respuestas, el pensamiento puede ser una de las más importantes en cuanto a predecir el comportamiento futuro de la persona. En el caso clínico presentado en este trabajo puede apreciarse la influencia del pensamiento disfuncional como variable transversal en el origen y mantenimiento de los problemas causantes del malestar en diferentes áreas vitales, por lo que será objetivo prioritario de la intervención psicológica.

1.3. La importancia del pensamiento

Las teorías explicativas de la influencia del pensamiento en la vida de las personas han sido muy diversas a lo largo de la historia. Sin embargo, Albert Ellis y Aaron Beck fueron los autores pioneros en asociar los problemas emocionales con el pensamiento como variable transdiagnóstica en sintomatología propia de ansiedad y depresión (Sandín et al., 2012). Ambas teorías serán presentadas a continuación de forma breve.

Albert Ellis, psicólogo estadounidense y precursor del enfoque psicoterapéutico cognitivo, formuló el primer sistema de terapia cognitivo-conductual, cuyo objetivo es modificar los núcleos cognitivos disfuncionales, es decir, las creencias irracionales que subyacen al malestar psicológico. En 1957, presentó un modelo de intervención psicoterapéutica (*Terapia Racional*), enfatizando el papel de las creencias en el desarrollo de los trastornos emocionales y defendiendo que el cambio de creencias irracionales puede conducir tanto a un cambio emocional como conductual. Posteriormente, en 1961, cambió el nombre del enfoque a *Terapia Racional Emotiva* para destacar el papel activo de las emociones junto a la importancia de estas creencias. Fue en 1993 cuando volvió a

renombrar su teoría como *Terapia Racional Emotiva Conductual* (TREC) con el fin de resaltar que la conducta es igualmente un objetivo de tratamiento (Ruiz et al., 2012). El resultado del trabajo de todos estos años evidencia que tanto las cogniciones, como las emociones y el propio comportamiento serán fundamentales en la intervención psicológica de los problemas de las personas.

La TREC está basada en que el ser humano es el único ser racional e irracional a la vez, siendo sus perturbaciones emocionales, en gran parte, el resultado de este pensamiento ilógico e irracional. Esto provoca la maximización de la irracionalidad y la minimización de la racionalidad, conllevando infelicidad emocional y mental (Ellis, 2006).

Esta irracionalidad se deriva de las interpretaciones que la persona realiza en torno a los hechos que ocurren y las elecciones que se toman (Pardo, 2019). De esta forma, el autor considera que las emociones y los comportamientos de las personas son el resultado de los pensamientos y las creencias de las personas, siendo el malestar emocional el resultado del pensamiento disfuncional (Ellis, 2004). En definitiva, las conductas son el producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad (Caballo, 1998). Por lo tanto, se prevé que para poder cambiar las emociones y el comportamiento habrá que hacer frente a las creencias previas de la persona.

En relación a las creencias, Ellis diferencia las racionales de las irracionales, describiendo las últimas como cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias negativas para la persona e interfiere en su supervivencia y bienestar (Pardo, 2019). Según Ellis (2006), existen algunas creencias más significativas y relevantes que otras, como la necesidad de amor y aprobación de los demás, el deseo de absoluta competencia, la consideración de castigo para personas que actúan con maldad y el catastrofismo en relación a las cosas que no salen bien, entre otras.

Por otro lado, las creencias racionales son flexibles y ayudarían a la persona a establecer sus metas y propósitos en términos de carácter preferencial (“deseo”, “preferencia”, “gusto”, “agrado” y “desagrado”) (Ruiz et al., 2012). Por lo tanto, las creencias racionales estarían mayormente relacionadas con la salud psicológica.

El modelo planteado por Ellis sigue el esquema ABC, donde “A” es la experiencia o la situación activadora de consecuencias emocionales y conductuales; “B” hace referencia a los pensamientos o creencias sobre las experiencias anteriores, que acabarán

influyendo sobre “C”; y “C” son las consecuencias emocionales y conductuales que tienen lugar tras los acontecimientos y pensamientos previos (Lega et al., 2002). Las personas viven sus experiencias a través de las valoraciones o interpretaciones que realizan sobre ellas, conllevando siempre a algún tipo de consecuencia. No obstante, para que este proceso pueda llevarse a cabo, es necesaria la presencia de algún acontecimiento activador (Ruiz et al., 2012). De esta forma, las consecuencias emocionales y conductuales negativas no son generadas directamente a raíz de una situación, sino que son el producto de la interpretación irracional que hace la persona sobre esta.

Los objetivos de la TREC persiguen reducir el malestar de las personas y dotarles de recursos para garantizar el mantenimiento del bienestar alcanzado. El procedimiento utilizado para alcanzar estos objetivos se enmarca dentro del modelo ABCDE donde, además de la explicación del modelo ABC, se cuestionan las creencias irracionales mediante el debate y se generan alternativas racionales mediante otras muchas estrategias terapéuticas (imágenes racionales emotivas, psicodrama, uso del humor, metáforas, entrenamiento de habilidades, uso de refuerzos y castigos, algunas de las técnicas conductuales básicas, etc.) (Pardo, 2019).

Por su parte, Aaron T. Beck definió la Terapia Cognitiva a principios de la década de 1960 como una psicoterapia breve y estructurada para la depresión, dirigida a resolver problemas actuales y modificar pensamientos y comportamientos disfuncionales (Beck, 2007). El autor desarrolló un modelo cognitivo para la depresión (Beck, 1967), apoyándose en que existe una adquisición temprana por parte de la persona de tres conceptos principales, que podrían ser activados a lo largo de la vida y darían lugar al inicio y mantenimiento de la depresión (Beck et al., 2012):

- 1) *Tríada cognitiva*: hace referencia a la visión negativa que tiene una persona con depresión acerca de sí mismo, del mundo y del futuro. De esta forma, la persona tiende a atribuirse propiamente sus experiencias desagradables, ya sea de manera psíquica, moral o física; subestimando sus cualidades y criticándose a sí mismo debido a sus defectos. La persona cree que no tiene los elementos esenciales para lograr la felicidad.
- 2) *Esquemas cognitivos*: son patrones cognitivos estables que estructuran y organizan el pensamiento, siendo el principal soporte mediante el que se interpreta y distorsiona la realidad. Una persona con depresión cree que el mundo le está

haciendo demandas exageradas o le presenta obstáculos complicados para lograr sus objetivos.

- 3) *Errores cognitivos*: se trata de errores en el procesamiento de la información mediante los cuales una persona anticipa que sus dificultades o el sufrimiento actual se perpetuarán en el futuro, aunque exista evidencia contraria. Beck describe una serie de errores cognitivos específicos. Algunos de ellos son inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización, y pensamiento absolutista o dicotómico.

La Terapia Cognitiva de Beck tiene el objetivo de reducir el malestar emocional y las conductas disfuncionales derivadas, identificando las cogniciones negativas mediante métodos como el cuestionamiento verbal, cuestionarios y autorregistros. Tras una primera fase de evaluación, conceptualización y justificación de la terapia, se programan actividades y se comienza a identificar y cuestionar verbalmente la validez, la utilidad y las consecuencias de los pensamientos negativos automáticos, de los supuestos y de las creencias, hasta generar un pensamiento alternativo que produzca un menor nivel de malestar. Este cuestionamiento verbal de las creencias disfuncionales debe ser acompañado del cuestionamiento conductual y reforzado por los cambios correspondientes en el comportamiento. El cuestionamiento conductual hace referencia a los experimentos conductuales, mediante los cuales se ponen en práctica dichos pensamientos alternativos y se analizan los resultados. Una vez que se han alcanzado los objetivos terapéuticos, la terapia enfatiza la prevención de recaídas con el objetivo de preparar a la persona para que sea capaz de seguir adelante por sí mismo sin la ayuda del terapeuta (Labrador, 2008).

1.4. Abordaje clínico de los pensamientos disfuncionales

Los puntos anteriores han tratado de reflejar la evidencia de la existente relación entre las creencias disfuncionales o desadaptativas de las personas y la presencia del malestar derivado. En la actualidad, una gran parte de la investigación científica ha proporcionado apoyo empírico directo para afirmar que la intervención cognitiva produce cambios en las creencias y estas, a su vez, conducen a cambios en las emociones y comportamientos (Beck y Haigh, 2014).

La eficacia de la Terapia Cognitiva de Beck ha sido demostrada en numerosas investigaciones en las que el pensamiento disfuncional actúa como base del problema. Entre ellos destacan depresión unipolar en adultos y adolescentes, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia social, trastorno por estrés postraumático, depresión y ansiedad en la infancia, bulimia nerviosa, esquizofrenia, angustia matrimonial, ira, trastornos somáticos y variantes de dolor crónico (Butler et al., 2006), siendo especialmente eficaz en síntomas depresivos (Antón-Menárguez y García-Marín, 2016; Figueroa, 2002; Jakobsen et al., 2011; Sales et al., 2015).

Por su parte, la eficacia de la TREC de Ellis también ha sido demostrada por diversas investigaciones. Se han hallado resultados significativos en diferentes problemas como los relacionados con la ira, síntomas psicofisiológicos, ansiedad o angustia, depresión, problemas emocionales, calidad de vida, rendimiento escolar, problemas de comportamiento, dificultades en habilidades sociales (David et al., 2018), además de haberse encontrado beneficios como el aumento de la autoeficacia en los estudiantes, el aumento del comportamiento de búsqueda de apoyo social y resolución de problemas, la disminución de las conductas de evitación (Kim et al., 2015), la reducción de comportamientos disruptivos en niños y adolescentes (siendo más eficaz en los primeros) (González et al., 2004), la reducción de autovaloración negativa y el aumento de la autoestima en deportistas (Cunningham y Turner, 2016), la disminución de creencias irracionales de diversos problemas (David et al., 2005; Eseadi et al., 2016; Turner y Barker, 2012) y la mejora del síndrome de burnout entre la población de estudiantes universitarios (Ogbuanya et al., 2018).

Este trabajo cognitivo propuesto por Beck y Ellis puede complementarse con diferentes técnicas y estrategias de intervención. Las más utilizadas en Terapia Cognitiva son la psicoeducación, las técnicas de relajación y respiración, técnicas de distracción, desensibilización sistemática, autoinstrucciones, autoobservación, role-playing o ensayos conductuales (Camacho, 2003), entre muchas otras.

No obstante, aunque la intervención meramente cognitiva es eficaz en sí misma para reducir pensamientos disfuncionales, los resultados de varias investigaciones han demostrado que la activación conductual es fundamental para mostrar una reducción significativa en problemas de estado de ánimo (Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996; Nieto-Fernández y Barraca-Mairal, 2017). A pesar de la controversia expresada en la literatura científica, esto permitiría concluir que la intervención cognitiva debería ser

complementada con intervención de tipo más conductual para ser plenamente eficaz en sintomatología depresiva.

En este sentido, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), es una forma de tratamiento generalmente breve y tiene como objetivo la reducción del malestar centrándose en la modificación de cogniciones y conductas concretas (Antón-Menárguez y García-Marín, 2016). Es uno de los tratamientos con apoyo empírico más comunes según la División 12 de la APA (Chambless y Hollon, 1998), habiendo demostrado su eficacia para abordar numerosos problemas como la ansiedad, depresión, pánico, fobia social, agorafobia y otras fobias, bulimia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático o esquizofrenia, siendo especialmente eficaz en los dos primeros (Royal College of Psychiatrists, 2007).

Concretamente, una de las técnicas más importantes dentro de este enfoque es la Reestructuración Cognitiva (RC). Su objetivo es identificar, cuestionar y poner a prueba de forma conductual los pensamientos desadaptativos para sustituirlos por otros más ajustados, reduciendo o eliminando así el malestar emocional y conductual ocasionado por ellos (Bados y García, 2010). Se trata de una técnica que, en gran medida, refleja una síntesis entre los planteamientos terapéuticos de Beck y Ellis. El proceso de aplicación en sí se estructura en varias fases sucesivas: 1) identificar los pensamientos disfuncionales, 2) entender el impacto de estos pensamientos en las emociones y comportamientos, 3) valorar los pensamientos como hipótesis susceptibles a ser evaluadas y comprobadas, 5) evaluar y probar los pensamientos a través de diferentes estrategias y 4) modificar y/o eliminar dichos pensamientos perturbadores reemplazándolos por otros alternativos más racionales (Pardo, 2019). No obstante, su aplicación no es sencilla y se requiere un amplio conocimiento al respecto para ejecutarla de forma correcta (Bados y García, 2010).

1.5. Objetivos

Una vez expuestas las principales premisas sobre la influencia del pensamiento en el nivel de malestar de las personas, así como los principales resultados de eficacia de la intervención cognitiva en numerosos problemas, se presenta el abordaje de un caso clínico en el que se ha utilizado el tratamiento cognitivo-conductual. El objetivo del presente trabajo es describir los principales resultados de evaluación e intervención en un caso clínico con malestar ocasionado por pensamientos disfuncionales a través de intervención cognitivo-conductual.

En primer lugar, se presentarán los datos más relevantes del caso y se describirán los instrumentos de evaluación utilizados, así como los resultados recogidos en este proceso y la formulación del análisis funcional. Posteriormente, se detallará el proceso de intervención realizado y los resultados obtenidos. Finalmente, se ofrecerá una discusión de los mismos, así como de las principales limitaciones del trabajo y se expondrán las principales conclusiones encontradas.

2. MÉTODO

2.1. Identificación del usuario y motivo de consulta¹

Mónica es una mujer de 22 años que vive en Madrid con su madre y sus dos hermanos (una hermana de catorce años y un hermano de nueve), siendo ella la mayor. Su padre falleció en 2017 debido a una enfermedad. Actualmente, tiene una pareja desde hace dos años, Alberto. La usuaria refiere que este es su mayor apoyo y, en general, la relación es satisfactoria.

Mónica es graduada en Biología y actualmente está estudiando un Máster relacionado con la profesión. Además de su vida académica, también participa en una asociación de la facultad, a la cual se ha apuntado recientemente. En cuanto a su vida de ocio, le gusta quedar con sus amigos o con su pareja en su tiempo libre, además de ver vídeos de maquillaje y practicarlo, escuchar todo tipo de música y aprender diferentes idiomas.

La usuaria comenta que su padre falleció tras una larga enfermedad y esta época fue muy dura para ella. Era la hermana mayor y sentía la gran responsabilidad de cuidar de sus hermanos, por lo que no expresaba sus emociones. Desde entonces, solo ha hablado circunstancialmente de este tema con su prima y con su abuela paterna, si ha surgido la situación. Mónica comenta que se acuerda mucho de él, sobre todo cuando ocurre alguna situación problemática en casa. Normalmente, no tiene oportunidad de hablar sobre ello con nadie, ni siquiera con su familia, intentando evitar toda situación relacionada con su padre.

¹ De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD) y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales, se ha procedido a la modificación de algunos datos personales que no son relevantes para el caso, con el fin de respetar la confidencialidad de la usuaria y su familia, imposibilitando su identificación a través de este trabajo.

A los pocos meses del fallecimiento de su padre, su madre comenzó a tener una relación con un hombre llamado Óscar. Ella dice que, al principio, estos discutían mucho y él *“trataba mal a su madre”*. En algunas discusiones le ha llegado a quitar el móvil de las manos de forma agresiva y también iba muchas veces a su casa sin avisar. No obstante, su madre decidió seguir teniendo contacto con él y siguen así actualmente. Debido a esto, su madre intenta no contarle nada ni a ella ni a sus hermanos, para no preocuparlos. Cuando Mónica intenta saber algo de la relación, esta le dice *“está todo bien, quédate tranquila”*, pero la usuaria no se relaja.

Algunos meses antes de venir a consulta, comenta que llegó a casa y no vio a su madre, por lo que se asustó mucho pensando *“algo le ha hecho Óscar”*. Por lo tanto, Mónica llamó a su prima para que le ayudara a gestionar la situación, dado que es un apoyo fundamental para ella. Horas después de que su madre no cogiera el teléfono, se enteró de que había ido a la policía con la intención de denunciar a Óscar tras una discusión donde él la insultó, pero finalmente no lo hizo. A día de hoy, esta relación continúa. Días después de aquel incidente, la usuaria dice haber visto a la pareja de su madre cerca de su casa, siguiéndola por la calle e incluso ha llegado a insultarla diciéndole *“vaya mierda de familia que sois”*. A ella le dio miedo, pero siguió para adelante sin hacerle caso. En otras ocasiones, ha tenido algún enfrentamiento puntual con su madre debido a esta situación, o incluso con el propio Óscar.

Toda esta situación ha incrementado las disputas entre su madre y su hermana, no se llevan bien y discuten constantemente. Aunque Mónica comenta que ambas tenían disputas previamente al fallecimiento de su padre y ella siempre ejercía el papel de mediadora, su hermana reacciona con su madre de esta forma porque no le gusta la relación que tiene con Óscar. A pesar de que la usuaria ha mediado en más de una ocasión entre ellas, la situación parece solucionarse solo momentáneamente. En una ocasión donde tuvo lugar una discusión, su hermana quiso irse de casa, pero finalmente Mónica medió y no lo hizo.

La usuaria refiere ansiedad cuando recuerda situaciones del pasado que le han generado malestar o cuando ocurren este tipo de situaciones familiares (llegar a casa y no estar su madre, ver a su hermana y a su madre discutiendo, ver a Óscar, que le hablen de él, etc.). Ante esto, experimenta taquicardia, falta de aire, sensación de agobio, le cuesta hablar y termina llorando. Los intentos de solución que ha llevado a cabo han sido intentar

no pensar en ello, pensar en otras cosas, respirar y hablar con sus amigos, su pareja o su prima para desahogarse.

En relación al área social, tiene amigos del instituto y de la carrera. No obstante, solo se lleva especialmente bien con una amiga de la carrera, puesto que con el resto está más distanciada. Asimismo, Mónica refiere ciertas dificultades en esta área. Por un lado, le cuesta iniciar una conversación (“*me preocupa que piensen negativamente de mí*”, “*que piensen qué aburrido es hablar conmigo*”). Esto ha hecho que haya evitado en más de una ocasión hablar con alguien. A la hora de profundizar en las relaciones sociales, le cuesta durante las primeras veces, pero cuando percibe que la otra persona quiere seguir hablando, no nota dificultad. Por otro lado, comenta que, cuando va a conocer a alguien, especialmente a la gente de la asociación a la que pertenece, tiene pensamientos del tipo “*no voy a encajar*” o “*no voy a ser buena*”. Refiere que ellos tienen una forma de ser con la que no se identifica y por eso tiene estos pensamientos. Cuando se le pregunta por el posible origen de estas dificultades, refiere que en el instituto, cuando tenía trece años, uno de sus mejores amigos comenzó a hablar mal de ella a los chicos “guays” de clase y esto hizo que lo pasara muy mal.

Las razones por las que Mónica decide venir a sesión son el malestar que le genera su situación familiar actual, así como la dificultad que presenta a la hora de relacionarse en determinadas situaciones a nivel social. Además, manifiesta que le gustaría poder llegar a hablar de su padre sin “derrumbarse”.

2.2. Estrategias de evaluación

El proceso de evaluación se realizó durante dos sesiones semanales de 50 minutos de duración. En estas, se procedió mediante la entrevista con la usuaria a recabar toda la información necesaria acerca del origen del problema, el malestar causado, las situaciones específicas en las que se origina y las áreas vitales afectadas. Además, se utilizó la historia biográfica para adultos (Centro de Psicología Aplicada, 2012), cuyo objetivo es recoger información sobre el motivo de consulta del usuario, los factores que inciden en el problema, los comportamientos problema actuales, posibles tratamientos psicológicos previos, expectativas sobre la presente terapia, principales motivaciones y otros datos importantes acerca de la familia, pareja, sexualidad, entorno social, intereses y vida académica y/o profesional. Tanto los resultados referentes a la entrevista clínica como a la historia biográfica han sido descritos en la identificación del caso.

Asimismo, se utilizaron otros instrumentos de evaluación para recabar datos clínicos relevantes. Por un lado, se le pidió a la usuaria que rellenara una serie de cuestionarios al inicio y al final del tratamiento para obtener una medida de comparación pre-post. Algunos de ellos se utilizan por defecto en el CPA, mientras que otros se utilizaron de forma específica en este caso. Por otro lado, se utilizaron otras herramientas como los autorregistros (AR), la medición de autoverbalizaciones negativas en torno al fallecimiento de su padre y una gráfica de evolución terapéutica. Dichos instrumentos se describen a continuación, además de indicarse la información obtenida con los mismos.

- *Inventario de Depresión de Beck* (Beck Depression Inventory, BDI-II; Beck et al., 1996), versión española de Sanz et al. (2003): es un instrumento utilizado por defecto en el CPA. Este pretende evaluar y medir los síntomas típicos de depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Consta de 21 ítems con diferentes alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad para evaluar el estado de ánimo durante las dos últimas semanas del usuario, incluyendo el día de cumplimentación del instrumento. Posee una consistencia interna elevada, siendo su alfa de Cronbach de $\alpha=0,89$. El resultado de la medida pre-tratamiento fue de 18 sobre 63, lo que sugiere síntomas depresivos de carácter leve.
- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger et al., 1983) versión española de Buela-Casal et al. (2011): este cuestionario se utiliza por defecto en el CPA y evalúa ansiedad estado y ansiedad rasgo, respectivamente. Está conformado por 40 ítems. Por un lado, 20 ítems evalúan ansiedad estado (cómo se siente el usuario en el momento que rellena dicho cuestionario), con puntuaciones que oscilan entre 0 (“nada”) a 3 (“mucho”). Por otro lado, los 20 ítems restantes evalúan ansiedad rasgo (cómo se siente el usuario en general) con un rango de puntuaciones desde 0 (“casi nunca”) a 3 (“casi siempre”). Su validez interna es de $\alpha=0,90$ (coeficiente alfa de Cronbach) para la subescala de ansiedad rasgo y $\alpha=0,94$ para la subescala de ansiedad estado. En cuanto a los resultados pre-tratamiento, se observa un percentil 65 ($X=26$) para ansiedad-estado y un percentil 50 ($X=24$) para ansiedad-rasgo. Por tanto, no se encuentra en un estado emocional altamente ansioso durante la evaluación, así como tampoco presenta una elevada ansiedad rasgo. No obstante, presenta una propensión moderada a esta última, por lo que habrá que prestarle atención durante el tratamiento.

- *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) (Derogatis y Cleary, 1977), adaptación española de De las Cuevas et al. (1991): es un instrumento multidimensional utilizado por defecto en el CPA. Permite evaluar la presencia de 90 síntomas psicopatológicos durante las dos últimas semanas, tanto en muestras clínicas como en población general entre 18 y 74 años. Estos ítems están agrupados en varias subescalas: Somatización, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. Su aplicación es de tipo Likert con cinco alternativas de respuesta: “nada en absoluto” (0), “un poco” (1), “moderadamente” (2), “bastante” (3) y “mucho o extremadamente” (4). Además, aporta otros índices relevantes como el *Índice de Severidad Global* (IGS), que refleja el sufrimiento psicológico global del individuo combinando información sobre el número de síntomas y la intensidad del estrés; el *Total de Síntomas Positivos* (TSP), que hace referencia a la amplitud sintomática; y el *Índice Malestar Sintomático Positivo* (IMSP), en relación al estilo característico del individuo para experimentar sufrimiento psicológico, ya sea minimizando o magnificando las respuestas. Los coeficientes de fiabilidad de la versión española del SCL-90-R, han oscilado entre $\alpha=0,69$ en la escala de Ansiedad fóbica y $\alpha=0,85$ en la de Somatización, siendo equiparables a los datos de otros estudios.

Los resultados pre-tratamiento arrojan puntuaciones contenidas en percentiles medios para las subescalas de Somatización (Pc=50), Obsesiones y compulsiones (Pc=55), Ansiedad fóbica (Pc=45) y Psicoticismo (Pc=55). Por otro lado, puede observarse un percentil bajo en Hostilidad (Pc=20) e Ideación paranoide (Pc=30). En cuanto a las subescalas de Sensibilidad interpersonal (Pc=95), Depresión (Pc=70) y Ansiedad (Pc=70) los percentiles han sido altos, alcanzando su máximo en la primera de ellas.

Referido a IGS, la usuaria se encuentra en el percentil 65, por lo que padece un sufrimiento psicológico global ligeramente por encima de la media. Asimismo, la amplitud de estos síntomas reflejada en el TSP es alta (Pc=70). No obstante, no parecen tener una intensidad mayor que la media, según el IMSP (Pc= 55).

- *Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero (2010)*: este instrumento se utilizó de forma específica para este caso. Es una escala de evaluación de habilidad social, compuesta por 33 ítems (28 redactados en el sentido de déficit en habilidades sociales y cinco en sentido positivo). Consta de cuatro alternativas de respuesta desde “No me identifico en absoluto” a “Me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”. Un mayor puntaje global se traduce en un mayor número de habilidades sociales y capacidades de aserción en distintos contextos (autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto). Puede aplicarse tanto individualmente como en grupo a adolescentes y adultos. En cuanto a su consistencia interna, cuenta con un alfa de Cronbach de $\alpha = 0,88$. Los resultados pre-tratamiento arrojan un nivel bajo de habilidad social en cuanto a autoexpresión en situaciones sociales (Pc=3), defensa de los propios derechos como consumidor (Pc=5) y expresión de enfado o disconformidad (Pc=5). Se encontró un nivel de habilidad medio en cuanto a hacer peticiones (Pc=50) e iniciar conversaciones positivas con el sexo opuesto (Pc= 40). Por el contrario, se halló un alto nivel de habilidad social para decir no y cortar interacciones (Pc=75). El puntaje total de la escala se situó en un percentil 10, indicando bajo nivel de habilidad sociales en general.
- *Cuestionario de Habilidades Sociales (Segura, 1989)*: es un cuestionario utilizado de forma específica para este caso. Está dirigido a evaluar habilidades sociales lo más cerca posible a la observación directa del comportamiento social de la persona. Consta de 20 ítems de múltiple respuesta para evaluar diferentes aspectos: la conducta socialmente adecuada, la inhabilidad social, las conductas inhibidas y las conductas ansiógenas. Aunque no se cuenta con los datos referentes a las propiedades psicométricas del cuestionario, se decidió utilizarlo para complementar la información obtenida en la *Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero (2010)* y tener datos sobre el comportamiento social de la usuaria ante diversas situaciones de una forma sencilla. En cuanto a los resultados se observa una puntuación en *inhabilidad* de 2/14. Parece ser que no tiene la habilidad de recibir una emoción positiva y recibir contacto físico, lo que se puede relacionar con la falta de habilidad para recibir elogios. En relación a la *ansiedad*, la puntuación es moderada (4/9). Presenta ansiedad ante el silencio en una

conversación, hablar en público, iniciar contacto físico y actuación en situaciones informales. En cuanto a *inhibición de la conducta*, la puntuación también es moderada (8/20), indicando que no tiene un déficit de habilidades sociales en sí mismo, sino que no las pone en marcha (presentación en una fiesta, conversación profunda, cambio de tema, pedir información, reclamar un derecho, recibir y expresar una emoción negativa). Por último, referido a *conducta adecuada*, la puntuación es muy baja (5/20), lo que demuestra que únicamente tendría una conducta adecuada cuando se trata de una conversación informal, pedir un favor en grupo, mostrar desacuerdo y expresión de afecto o inicio de contacto.

- *Autorregistros (AR)*: se decidió utilizar un autorregistro básico de situaciones de malestar para completar la información necesaria de cara a la intervención terapéutica. En este, la usuaria fue describiendo tanto las situaciones familiares como las sociales que mayor nivel de malestar le generaban. En la Tabla 1 se indican algunos de los ejemplos más representativos registrados por la usuaria.

Tabla 1

Modelo de autorregistro de situaciones de malestar y ejemplos representativos

Fecha y hora	Situación	¿Qué pienso?	¿Qué siento? (0-10)	¿Qué hago?
20/09/2019 (18h)	Estoy en la sangriada de la facultad y veo de lejos a gente que conozco de la asociación en la que participo.	“No sé si acercarme a saludarles o no, no sé si les caigo bien y no me siento cómoda porque he bebido”.	Intranquilidad (6/10)	Al final no me acerco
24/09/2019 (21h)	Estoy con una amiga y me llama mi madre preguntando cuándo voy a ir a cenar. Escucho llorar a mi hermano y pregunto qué ocurre. Resulta que mi hermana sin razón alguna le ha insultado y ha vuelto a amenazar con irse de casa.	“Otra vez tengo que pasar por estas situaciones mediando, ¿qué ha podido pasar para que mi hermana reaccione de esta manera? Porque dudo que no sea por algún motivo. Pienso en cómo puede estar mi hermano y no sé si podré solucionarlo”.	Frustración, inseguridad, desprotección (8/10)	Llamo a mi prima para desahogarme y pedirle ayuda. Mi prima acaba llamando a mi hermana para calmarla.

- *Observación de verbalizaciones negativas relacionadas con el fallecimiento de su padre:* se procedió mediante la observación en sesión a la medida aproximada del número y naturaleza de las verbalizaciones negativas de la usuaria sobre el fallecimiento de su padre, tanto para poder trabajarlos en el momento adecuado, como para conocer su evolución de una manera objetiva a lo largo del tratamiento. No se utilizaron instrumentos psicométricos concretos porque los revisados eran demasiado aversivos e invasivos para la usuaria, lo que no ayudaba a la consecución del objetivo planteado. Algunas de estas verbalizaciones negativas fueron “*me van a decir pobrecilla*”, “*la relación de los demás conmigo va a cambiar si se enteran*”, “*se van a sentir culpables si me preguntan por mi padre y se enteran de que ha fallecido*”, etc.
- *Gráfica de evolución terapéutica:* consiste en un registro semanal del bienestar percibido por el usuario según una escala del 0 al 10. Gracias a ella se pudo apreciar cómo fue evolucionando el proceso terapéutico, así como obtener una impresión global de los resultados de la intervención. Además, fue muy útil para hacerle ver a la propia usuaria cómo fue mejorando su nivel de bienestar desde que comenzó la terapia, teniendo en cuenta que el progreso terapéutico habitualmente no cursa de forma lineal.

2.3. Formulación clínica del caso

A continuación, se describe la formulación clínica del caso a partir del análisis funcional. Este será desarrollado en base a la *Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano* (Zanón et al., 2016), y se presentará en función de las principales áreas problemas encontradas.

1) Área problema: dificultades familiares.

Existe una serie de variables disposicionales que influyen en las dificultades familiares. Por un lado, Mónica vive en casa, donde las disputas familiares son frecuentes y aparecen desde hace bastante tiempo. Además, el fallecimiento de su padre en 2017 fue un acontecimiento que influyó de forma negativa en la vida de la usuaria, produciendo asimismo un excesivo sentimiento de responsabilidad al ser la hermana mayor. A todo esto hay que sumar el escaso apoyo familiar, más allá de la figura de su prima.

Las principales dificultades de Mónica aparecen ante situaciones como llegar a casa y no ver a su madre, lo que le provoca pensamientos de preocupación a raíz de la relación sentimental de esta. Ante ellos, experimenta un alto grado de malestar, que intenta reducir mediante comprobaciones (preguntando a su madre si se encuentra bien) y llamadas telefónicas a su prima para pedirle ayuda. A corto plazo, consigue aliviar este malestar, pero, a largo plazo, su comportamiento contribuye a que el problema se mantenga, ya que siempre vuelve a experimentar el mismo o mayor nivel de malestar cuando ocurren este tipo de situaciones, limitando cada vez más su vida.

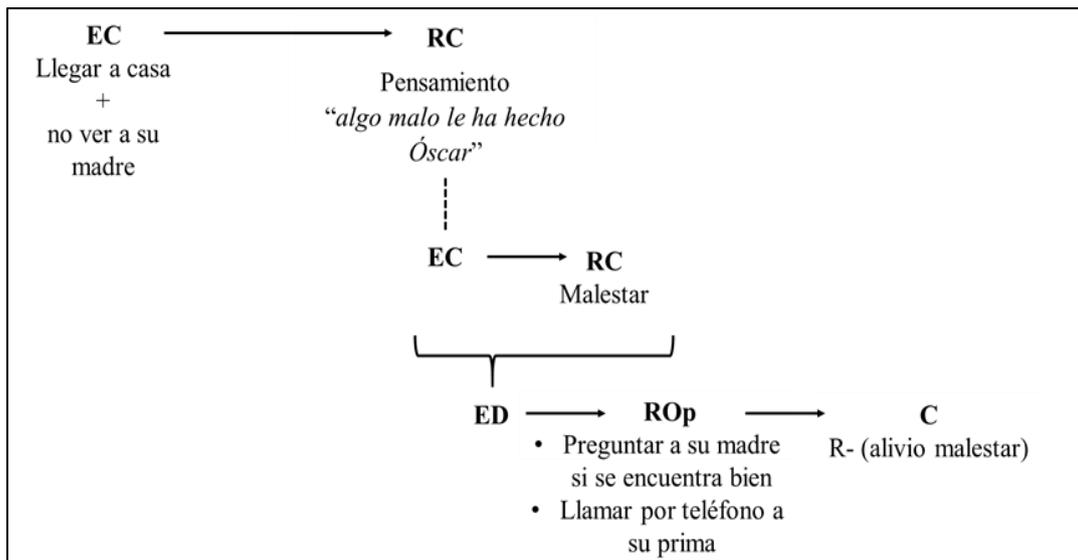


Figura 1. Hipótesis funcionales de las dificultades familiares I. EC = Estímulo Condicionado; RC = Respuesta Condicionada; ED = Estímulo Discriminativo; ROp = Respuesta operante; R+ = Refuerzo positivo; R- = Refuerzo negativo.

Por otro lado, ante la situación citada anteriormente, afirma que su madre y su hermana tienen disputas continuamente. La usuaria genera pensamientos de responsabilidad como "tengo que mediar otra vez" y "no sé si sabré solucionarlo". Esto le lleva a experimentar malestar (frustración), que intenta aliviar mediando entre las dos para generar una solución, además de apoyarse en su pareja y en su prima para desahogarse. Esto, a corto plazo, consigue evitar que los conflictos escalen, reduciéndose así su malestar, pero, a largo plazo, refuerza su figura como mediadora al ponerle solución al conflicto de forma momentánea, favoreciendo que la próxima vez actúe de la misma forma ante dichas situaciones.

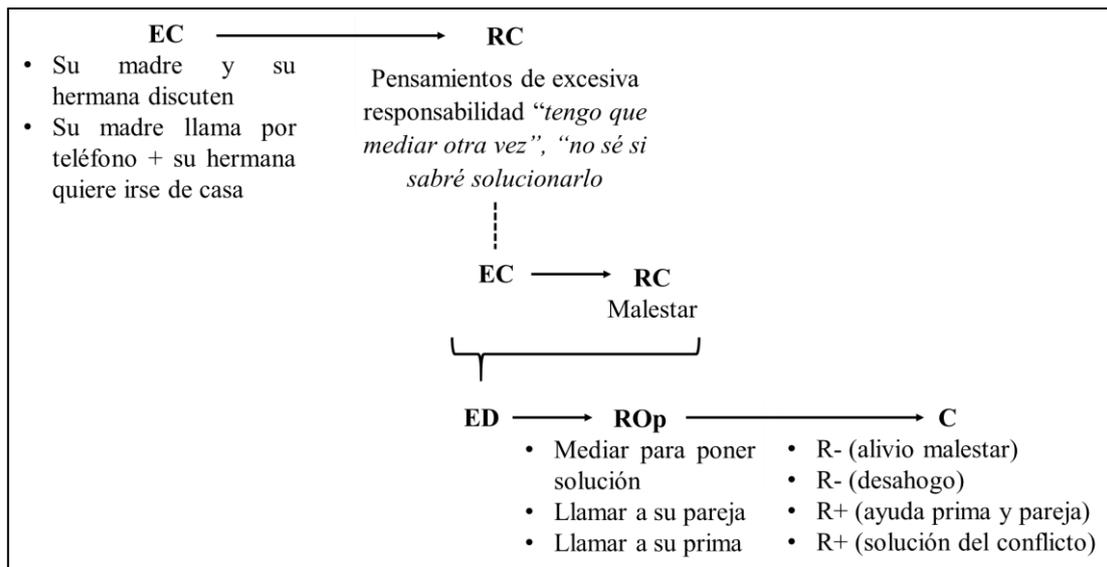


Figura 2. Hipótesis funcionales de las dificultades familiares II. EC = Estímulo Condicionado; RC = Respuesta Condicionada; ED = Estímulo Discriminativo; ROp = Respuesta operante; R+ = Refuerzo positivo; R- = Refuerzo negativo.

2) Área problema: dificultades en el área social

Las hipótesis histórica en esta área tiene que ver con la mala experiencia vivida en el instituto, dado que uno de sus mejores amigos comenzó a hablar mal de ella en esta época y experimentó un intenso malestar. Desde entonces, parece ser que las dificultades ante situaciones sociales han estado más presentes, ya que experimenta malestar ante algunas personas. Por otro lado, una variable disposicional influyente en esta área es que la usuaria está distanciada de sus amigos más cercanos, por lo que tiene menos oportunidades de interacción social.

Mónica actualmente presenta pensamientos negativos a la hora de conocer a alguien nuevo (“*no voy a encajar*”, “*no voy a ser buena*”) o a la hora de relacionarse con gente ya conocida, pero con la que no se siente identificada (“*no sé si acercarme*”, “*no me siento cómoda*”). Estos pensamientos le generan un intenso malestar, por lo que intenta paliarlo mediante conductas de evitación (no se acerca físicamente a la gente o evita la interacción una vez que se encuentra en una situación social). A corto plazo, este comportamiento hace que el nivel de malestar disminuya, pero, a largo plazo, tiende a mantener el problema y las dificultades sociales siguen presentes.

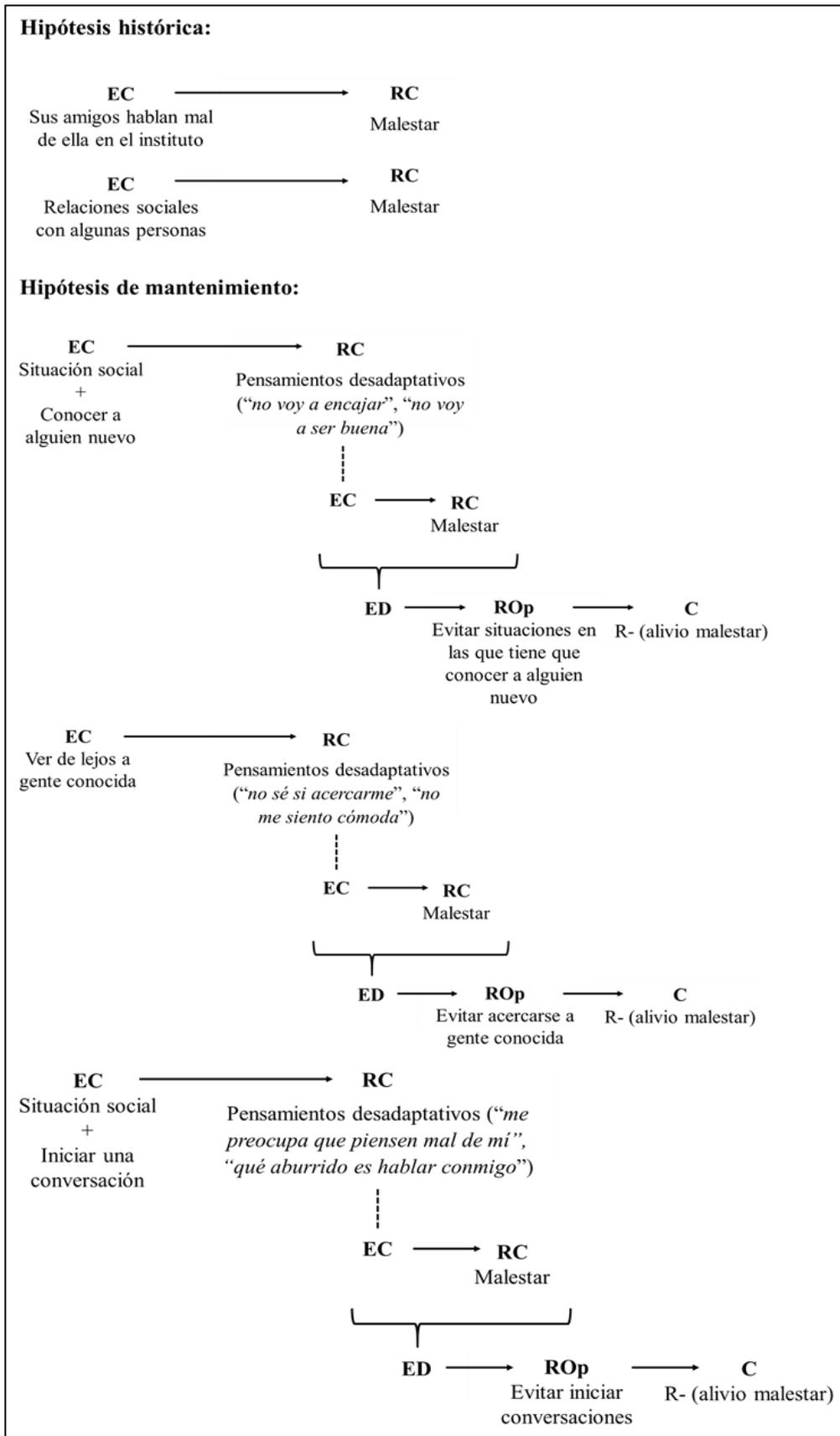


Figura 3. Hipótesis funcionales de las dificultades en el área social. EC = Estímulo Condicionado; RC = Respuesta Condicionada; ED = Estímulo Discriminativo; ROp = Respuesta operante; R- = Refuerzo negativo.

3) Área problema: dificultades de expresión emocional por el fallecimiento de su padre

La principal variable disposicional influyente en esta área es el fallecimiento de su padre a una edad temprana, por lo que la usuaria no contaba con herramientas de afrontamiento necesarias. Además, se percibe la falta de expresión emocional referente a esta situación por parte de su familia. No hablan del problema e intentan evitar cualquier tema relacionado.

Cuando la usuaria recuerda el fallecimiento de su padre siente un intenso malestar, por lo que acaba llorando para poder aliviarlo. Asimismo, cuando tiene que hablar con alguien acerca de ello tiene pensamientos negativos sobre la reacción de los demás (“*me van a decir pobrecilla*”, “*van a estar incómodos*”, “*se van a sentir culpables si me preguntan*”), lo que le genera dolor y malestar. La conducta que lleva a cabo para hacer frente a este malestar es la evitación a la hora de hablar con alguien sobre la situación (excepto con su prima y su abuela). Estos comportamientos a corto plazo alivian el malestar que está experimentando, pero, a largo plazo, favorecen que la dificultad se mantenga.

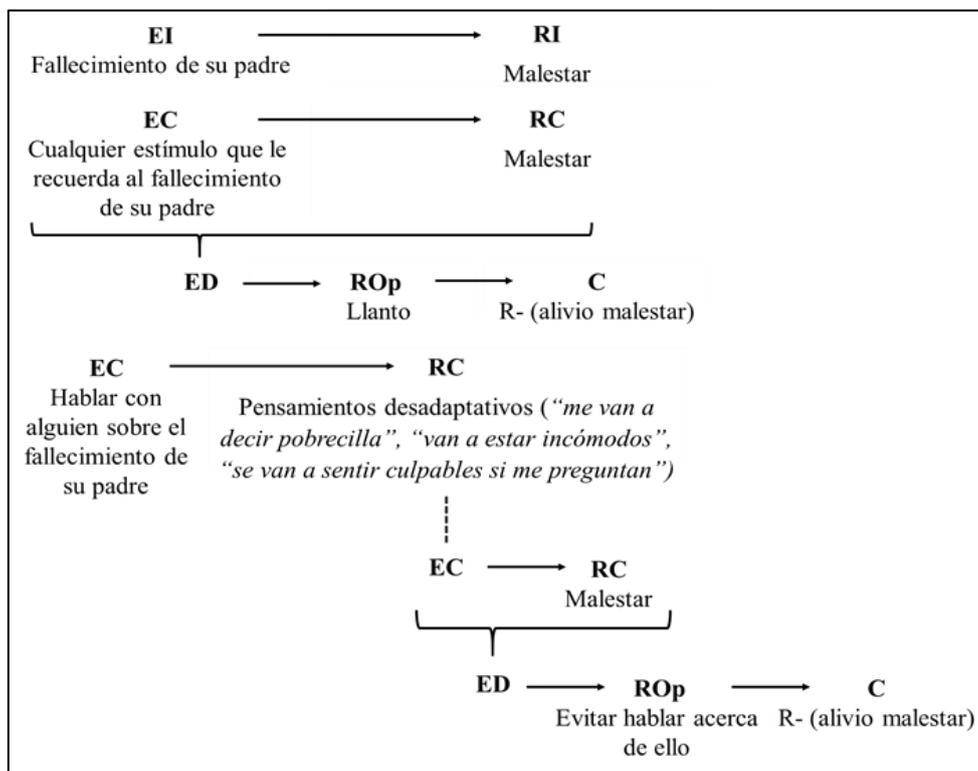


Figura 4. Hipótesis funcionales de las dificultades de expresión emocional por el fallecimiento de su padre. EI = Estímulo Incondicionado; RI = Respuesta Incondicionada; EC = Estímulo Condicionado; RC = Respuesta Condicionada; ED = Estímulo Discriminativo; ROp = Respuesta operante; R- = Refuerzo negativo.

2.4. Objetivos terapéuticos

Una vez que se devolvió el análisis funcional y la usuaria comprendió las hipótesis funcionales mantenedoras de sus principales dificultades, se acordaron conjuntamente los objetivos terapéuticos. El objetivo general de la terapia fue modificar los pensamientos negativos transversales a varias áreas problemáticas, reduciendo así el malestar derivado y aumentando el bienestar personal. Los objetivos específicos pueden consultarse en la siguiente tabla.

Tabla 2

Operativización de los principales objetivos terapéuticos

Objetivos terapéuticos específicos
1. Modificar los pensamientos de excesiva responsabilidad que posee acerca de su familia, especialmente con respecto a su hermana y su madre.
2. Aprender estrategias alternativas a la mediación en las situaciones de conflicto familiar.
3. Aprender a gestionar el malestar que le genera la situación sentimental de su madre.
4. Reducir el malestar (ansiedad) que le generan las relaciones sociales y retomar situaciones sociales que evita.
5. Adquirir o mejorar habilidades sociales concretas (recibir un cumplido).
6. Disminuir el malestar asociado al fallecimiento de su padre.

3. TRATAMIENTO

Con el fin de conseguir los objetivos terapéuticos propuestos, se emplearon las siguientes técnicas y procedimientos de intervención, teniendo en cuenta el análisis funcional realizado.

- **Psicoeducación:** por un lado, se llevó a cabo psicoeducación acerca de los pensamientos desadaptativos y la funcionalidad que tienen, es decir, cómo influyen en las emociones y cómo llevan a realizar diferentes conductas. Se comenzó introduciendo un ejemplo neutro como primera toma de contacto con el tema y, a partir de aquí, se expuso la situación que vive dentro de su familia cuando ejerce de mediadora entre los problemas de su madre y su hermana. Sus

pensamientos relacionados con una excesiva responsabilidad (“*soy la hermana mayor*”, “*tengo que mediar otra vez*”, “*lo tengo que solucionar*”) hacen que se vea con la obligación de poner solución a esta situación. Por otro lado, dado que existían situaciones de disputa entre su madre y su hermana, se realizó psicoeducación sobre la escalada del conflicto para que Mónica entendiera la naturaleza de estas discusiones. Además, esto le sirvió para gestionar aquellas situaciones en las que se enfrentaba a la pareja de su madre, planteando otras estrategias de gestión emocional más adaptativas. La razón por la que no se incluye esta información en el análisis funcional es porque hace referencia a situaciones muy puntuales, pero que generaban malestar a la usuaria.

- **Planificación de actividades gratificantes:** el objetivo de esta técnica fue poner en marcha estrategias de tipo conductual para hacer frente al bajo estado de ánimo de la usuaria durante algunas sesiones del inicio de la fase de intervención, ya que llegó a consulta informando de una posible ruptura sentimental cercana. Esta información no se incluye en el análisis funcional al tratarse de una situación que sucedió posteriormente a la evaluación. La razón por la que se decidió utilizar esta técnica fue por el bajo estado de ánimo que presentaba la usuaria y por la falta de actividades reforzantes. De esta forma, Mónica pasaría más tiempo fuera de casa haciendo actividades sociales, lo que repercutiría favorablemente en las rumiaciones negativas referentes a esta situación.
- **Técnicas de control de la activación (respiración abdominal):** se decidió entrenar a la usuaria en respiración abdominal para que pudiera ponerla en práctica ante situaciones ansiógenas y aprendiera a reducir su nivel de activación de forma eficaz, aprendiendo así una estrategia para implementar una conducta más adaptativa. Este entrenamiento se complementó con un autorregistro, a partir del cual se iba revisando la práctica de la técnica y la utilidad de la misma para Mónica.
- **Reestructuración cognitiva:** la usuaria tenía pensamientos desadaptativos referentes a varias áreas problema. Por un lado, presentaba pensamientos de excesiva responsabilidad familiar, lo que provocaba que intercediera como mediadora en las disputas entre su madre y su hermana. Por otro lado, también tenía pensamientos disfuncionales en el área social, lo que dificultaba su comportamiento de forma habilidosa. Asimismo, aparecían pensamientos desadaptativos en el área del fallecimiento de su padre, lo que le impedía una

correcta expresión emocional al respecto. Por lo tanto, se le enseñó a identificar sus propios pensamientos irracionales a través de la explicación del modelo ABC y de las distorsiones cognitivas más comunes. Posteriormente, se le enseñó a reestructurar por sí misma estos pensamientos a partir del cuestionamiento verbal, para lo que se entregaron unas pautas como guía (ver Anexo II). El cuestionamiento de los pensamientos desadaptativos también se llevó a cabo durante algunas sesiones mediante el debate socrático, cuyo objetivo fue generar pensamientos alternativos que le permitieran actuar de otra forma más adaptativa.

- **Técnica de exposición:** una vez que se realizó la intervención cognitiva en los pensamientos disfuncionales, se pautó la exposición conductual, tanto en el ámbito familiar, social como en el área del fallecimiento de su padre. El objetivo fue que la usuaria dejase de realizar todas las evitaciones en los distintos ámbitos y, además, someter a prueba de realidad sus pensamientos disfuncionales. Por ejemplo, una vez cuestionado el pensamiento desadaptativo “*voy a parecerles aburrida*”, se pautó la exposición social para que pudiera, por una parte, enfrentarse a estas relaciones sociales y, por otra, comprobar la veracidad de este pensamiento, reduciendo así la ansiedad que antes le generaban este tipo de situaciones.

Con respecto al área de fallecimiento de su padre, se favoreció la expresión emocional mediante la exposición tanto en sesión con el uso de símbolos (objetos personales de su padre), como en su entorno social. Asimismo, se reforzaron todas las conductas adaptativas y se abordaron los pensamientos desadaptativos al respecto mediante reestructuración cognitiva, los cuales dificultaban principalmente dicha exposición y la completa elaboración del duelo.

- **Entrenamiento en asertividad (recibir cumplidos):** se llevó a cabo el entrenamiento en esta habilidad asertiva según el planteamiento de Roca (2005). En primer lugar, se explicó la funcionalidad de los elogios, las razones por las que las personas los emiten, las ventajas para la autoestima y los principales pensamientos irracionales a la hora de recibirlos. Posteriormente, se ofrecieron pautas de actuación ante cumplidos concretos y se practicó mediante ensayo conductual, modelando las aproximaciones de la usuaria y reforzando los avances. No se entrenaron las demás habilidades sociales porque se comprobó en sesión que sabía ponerlas en marcha, pero estaban inhibidas debido a pensamientos desadaptativos que sí se reestructuraron.

3.1. Aplicación del tratamiento

El tratamiento se llevó a cabo en 15 sesiones de 50 minutos de duración cada una, en el periodo comprendido entre el 19 de septiembre de 2019 y el 3 de marzo de 2020. Las primeras se realizaron con una periodicidad semanal, a excepción de las dos semanas respectivas a las vacaciones de Navidad (periodo comprendido entre las sesiones 12 y 13) y otras que fueron pospuestas por incompatibilidad de horarios, aunque esto no supuso una limitación para el tratamiento, dado que siguió realizando las tareas para casa y en la siguientes sesiones se disponía de más material para abordar. La intervención propiamente dicha se inició tras tres sesiones de evaluación y una de devolución del análisis funcional. Por otra parte, las dos últimas sesiones del tratamiento fueron de seguimiento una vez que se cumplieron los objetivos terapéuticos. A continuación, se comentan los aspectos más importantes del desarrollo del tratamiento.

Durante la **primera y segunda sesión** se persiguió el objetivo de identificar y definir la conducta problema por la que Mónica acudía a terapia, además de fomentar el inicio de una buena alianza terapéutica a través de temas relacionados con el ocio y el tiempo libre. Para ello, se procedió a la evaluación con los instrumentos descritos anteriormente. Dado que uno de los principales objetivos era generar alianza, se decidió posponer la evaluación en el área del fallecimiento de su padre porque era un tema demasiado invasivo para ella. La usuaria lloraba durante la sesión y manifestó su deseo de aplazar este tema.

En la **tercera sesión** estaba planificado devolver la información del análisis funcional, pero, debido al estado en que acudió la usuaria ese día por la posibilidad de ruptura sentimental cercana con su pareja, se decidió priorizar esto y posponer el objetivo planificado para sesión. Esta situación se tradujo en un bajo estado de ánimo, por lo que se pautaron estrategias a nivel conductual para aumentarlo mediante la planificación de actividades gratificantes y se preguntó por situaciones que le pudiesen preocupar de cara a la siguiente semana. El AR de actividades gratificantes se prolongó hasta la sexta sesión debido a la persistencia del bajo estado de ánimo que presentaba la usuaria. Además, se decidió entrenarla en respiración abdominal para que pudiera ponerla en práctica ante situaciones ansiógenas como esta y otras descritas en el análisis funcional. En la Tabla 3 puede observarse el autorregistro utilizado. Posteriormente, la relación se estabilizó y el estado de ánimo de Mónica comenzó a aumentar de forma progresiva, siendo favorecido

por las pautas ofrecidas. A partir de este momento se empezó a trabajar lo planificado inicialmente para el caso.

Tabla 3

Modelo de autorregistro de entrenamiento en respiración abdominal

Fecha y hora	Situación	Nivel de activación pre (0-10)	Nivel de activación post (0-10)	Comentarios
L				
M				
X				
J				
V				
S				
D				

El objetivo de la **cuarta sesión** fue devolver la información clínica referente al análisis funcional. Se presentaron las hipótesis funcionales respecto a las principales dificultades de la usuaria, así como la operativización de los objetivos terapéuticos y las técnicas de intervención que se utilizarían para su consecución. Además, se reforzó la realización de actividades gratificantes con el objetivo de que hiciera planes sociales fuera de casa para no favorecer la rumiación negativa respecto a su situación sentimental.

Durante la **quinta a la novena sesión** se intervino mediante la técnica de reestructuración cognitiva. Se comenzó realizando una breve psicoeducación acerca de los pensamientos desadaptativos y su funcionalidad, destacando su influencia en las emociones y en la conducta. Además, se realizó un ajuste de expectativas para que aceptara que las disputas familiares podían tener lugar y ella no podría cambiarlo, aunque sí aprender a cómo gestionarlo. Posteriormente, se explicó el modelo ABC con ejemplos concretos y se presentaron las distorsiones cognitivas más comunes, ejemplificando cada una de ellas de forma neutra y con un pensamiento concreto de Mónica. Una vez realizada toda la psicoeducación, se pidió como tarea un autorregistro para que identificara estas distorsiones en situaciones relacionadas con sus principales áreas problema y pudieran ser cuestionadas.

Por otro lado, se le ofreció una serie de pautas para que le fuera más fácil reestructurar sus propios pensamientos (ver Anexo II), haciendo hincapié en evidencias positivas que iban en contra de sus pensamientos desadaptativos. La usuaria fue capaz de llegar a pensamientos alternativos altamente creíbles por ella misma. Asimismo, toda esta intervención cognitiva se complementó con la puesta en marcha de pensamientos alternativos para cambiar conductas en las diferentes áreas y que estas, a su vez, permitieran corroborar la veracidad de dichos pensamientos (experimentos conductuales).

La **novena sesión** estuvo dedicada a reforzar todos los pensamientos alternativos generados en las diferentes áreas problemas. Una estrategia de reestructuración cognitiva utilizada fue *abogado del diablo* (Bados y García, 2010), mediante la cual debía ser ella misma la que cuestionase diferentes pensamientos desadaptativos propuestos por los terapeutas en situaciones complicadas hipotéticas. Además, debido a la situación de su madre con Óscar y el papel que ella ejercía como mediadora, se psicoeducó en la escalada del conflicto y en cómo existen otras estrategias de gestión emocional más eficaces ante situaciones complicadas (respiración abdominal, pautas de distracción, estrategias de autocontrol, etc.). No obstante, como dicha situación conllevaba cierto riesgo de forma objetiva, se le indicó que podía apoyarse en alguna persona cercana, además de poder contactar con los terapeutas del CPA para adelantar la sesión si era necesario, con otros recursos como con la Fundación Anar y, en última instancia, siempre quedaría la posibilidad de llamar a la policía.

Durante la **décima sesión** se continuaron abordando las situaciones complicadas referentes a la relación de su madre mencionadas anteriormente. Se evaluó el riesgo actual y, aunque no había habido más situaciones, se le entregó un listado de estrategias de actuación ante estas según el riesgo percibido (ver Anexo I). El objetivo fue que Mónica aprendiera a ponerlas en marcha ante posibles situaciones futuras que surgieran. Asimismo, la usuaria refirió tener dificultades a la hora de recibir cumplidos, por lo que se evaluaron en la propia sesión y se realizó el entrenamiento en dicha habilidad asertiva (Roca, 2005), al creerlo conveniente.

El objetivo prioritario de las **sesiones décimo primera y décimo segunda** fue intervenir en el área del fallecimiento de su padre. Se pretendía crear un clima facilitador para que la usuaria hablara acerca de su ser querido, de la relación que mantenían, de lo que había supuesto para ella su pérdida y de todo lo que había aprendido de él. Asimismo,

se reestructuraron pensamientos desadaptativos relacionados con el fallecimiento (“*van a decirme pobrecilla si lo cuento*”, “*la relación con los demás va a cambiar si se enteran de que mi padre ha fallecido*”) y se generaron alternativas haciéndole ver que podía mostrar a los demás los valores que aprendió de su padre. También se pautó compartirlo con familiares y amigos, expresando y aceptando los sentimientos que le evocaba la situación (Rojas, 2007). Este objetivo también se trabajó mediante el uso de símbolos (Neimeyer, 2019). Se pidió a la usuaria que trajera a sesión objetos concretos de su padre, los cuales facilitaron la expresión emocional que no había desarrollado hasta entonces. Por otro lado, dado que se acercaba el periodo de vacaciones de Navidad, se realizó el planteamiento de posibles situaciones complicadas como prevención de posibles recaídas, acordando pautas de actuación concretas.

La **décimo tercera sesión** tuvo lugar a la vuelta de vacaciones de Navidad. El principal objetivo de esta fue advertir el cambio terapéutico de Mónica a lo largo de la terapia y devolvérselo, reforzando todos los progresos que había ido consiguiendo. Se recalcó que a lo largo del tratamiento había ido gestionando mejor todas las situaciones conflictivas entre su madre y su hermana, actuaba de forma más adaptativa en su entorno social y se apreciaba un crecimiento en cuanto a expresión emocional sobre el fallecimiento de su padre.

En la **décimo cuarta sesión** se hizo un balance de todos los logros conseguidos en terapia y se reforzó todo el trabajo por parte de Mónica. Asimismo, se pidió una reflexión acerca del cumplimiento de los objetivos y lo que supuso la terapia para ella.

La **décimo quinta sesión** se corresponde con el fin del tratamiento. En esta se realizó una prevención de recaídas con el planteamiento de diferentes situaciones. La usuaria tenía que decidir qué tipo de estrategia de gestión utilizaría y qué pensamientos alternativos generaría al respecto mediante ensayos conductuales. También se comprobaron uno a uno los objetivos que habían sido alcanzados, y se reforzaron todos los avances y la motivación de Mónica a lo largo de la terapia.

A modo de resumen, se explicita en la Tabla 4 el cronograma detallado de las sesiones que se acaban de exponer.

Tabla 4

Estructura de cada sesión y descripción de técnicas utilizadas en función de los objetivos terapéuticos

Número de sesión	Objetivos	Técnicas utilizadas en la sesión	Tareas para casa
Fase de evaluación			
1-2	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar las conductas problema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica. - Cuestionarios de evaluación. - Autorregistros. - Historia Biográfica. 	<ul style="list-style-type: none"> - AR de situaciones de malestar general.
Fase de intervención terapéutica			
3	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tareas intersesiones. - Validar el malestar de la usuaria ante una semana difícil y fomentar un mejor estado de ánimo. - Entrenar en respiración abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación de actividades gratificantes. - Respiración abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> - AR de actividades gratificantes. - AR de respiración abdominal. - AR de situaciones de malestar general.
4	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tareas intersesiones. - Devolver el Análisis Funcional (AF). - Operativizar los objetivos terapéuticos y las técnicas de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis Funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> - AR de situaciones de malestar general. - AR de actividades gratificantes. - AR de respiración abdominal. - Reflexión escrita sobre el AF.

5	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tareas intersesiones. - Enseñar a identificar pensamientos irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre pensamientos irracionales (inicio del entrenamiento en reestructuración cognitiva). 	<ul style="list-style-type: none"> - AR de actividades gratificantes. - AR de situaciones de malestar general. - AR de pensamientos distorsionados vs. alternativos.
6	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tareas intersesiones. - Continuar la intervención con los pensamientos irracionales identificando distorsiones cognitivas concretas en relación a las dificultades familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre el modelo ABC y principales distorsiones cognitivas. - Reestructuración cognitiva (cuestionamiento de pensamientos irracionales sobre las dificultades familiares). 	<ul style="list-style-type: none"> - AR de pensamientos distorsionados vs. alternativos. - Puesta en marcha de pensamientos alternativos para cambiar conductas familiares.
7	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tareas intersesiones. - Reforzar pensamientos alternativos. - Identificar pensamientos irracionales sobre las relaciones sociales y cuestionarlos. - Enseñar a cuestionar sus propios pensamientos irracionales (ver Anexo II). 	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva (cuestionamiento de pensamientos irracionales sobre las dificultades sociales). 	<ul style="list-style-type: none"> - AR de pensamientos distorsionados vs. alternativos. - Puesta en marcha de pensamientos alternativos para cambiar conductas sociales.

8	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tareas intersecciones. - Reforzar pensamientos alternativos. - Continuar la intervención de pensamientos irracionales sobre las relaciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva (cuestionamiento de pensamientos irracionales sobre las dificultades sociales). 	<ul style="list-style-type: none"> - AR de pensamientos distorsionados vs. alternativos. - Puesta en marcha de pensamientos alternativos para cambiar conductas sociales.
9	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tareas intersecciones. - Reforzar pensamientos alternativos trabajados. - Afianzar el cuestionamiento de pensamientos irracionales con varios ejemplos 	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva (cuestionamiento de pensamientos irracionales: abogado del diablo; Bados y García, 2010). - Psicoeducación sobre la escalada del conflicto (relación de su madre con Óscar). 	<ul style="list-style-type: none"> - AR de pensamientos distorsionados vs. alternativos. - Puesta en marcha de pensamientos alternativos para cambiar conductas en las áreas intervenidas
10	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tareas intersecciones. - Plantear posibles situaciones complicadas con respecto a la situación sentimental de su madre y ofrecer estrategias. - Entrenar en recepción de cumplidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Listado de estrategias para afrontar situaciones complicadas con respecto a la situación sentimental de su madre (ver Anexo I). - Entrenamiento en habilidades sociales: recibir cumplidos (Roca, 2005). 	<ul style="list-style-type: none"> - AR de pensamientos distorsionados vs. alternativos. - Puesta en marcha de pensamientos alternativos para cambiar conductas en las áreas intervenidas. - Aplicar estrategias en situaciones complicadas con respecto a la situación sentimental de su madre. - AR de recepción de cumplidos.

11

- Revisar tareas intersesiones.
 - Comenzar a intervenir en el malestar ocasionado por el fallecimiento de su padre e identificar pensamientos disfuncionales al respecto.
 - Validar el malestar y reforzar conductas adaptativas puestas en marcha.
 - Fomentar la expresión emocional de la usuaria.
- Exposición y expresión emocional.
 - Reestructuración cognitiva (cuestionamiento de pensamientos desadaptativos relacionados con el fallecimiento de su padre).
- AR de pensamientos distorsionados vs. alternativos.
 - Puesta en marcha de pensamientos alternativos para cambiar conductas en las áreas intervenidas.
 - Traer algún objeto de su padre a la próxima sesión.

12

- Revisar tareas intersesiones.
 - Continuar la intervención del malestar ocasionado por el fallecimiento de su padre.
 - Prevenir posibles recaídas durante el periodo de Navidad.
- Expresión emocional mediante el uso de símbolos (Neimeyer, 2019): objetos de su padre.
 - Prevención de recaídas: planteamiento de posibles situaciones complicadas durante Navidad.
- AR de pensamientos distorsionados vs. alternativos.
 - Puesta en marcha de pensamientos alternativos para cambiar conductas en las áreas intervenidas.
 - Expresarse emocionalmente con su entorno más cercano respecto a su padre.
-

Periodo de vacaciones de Navidad

- | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13 | <ul style="list-style-type: none">- Revisar tareas intersesiones.- Evaluar y reforzar los cambios terapéuticos alcanzados | <ul style="list-style-type: none">- Revisión de la evolución terapéutica y logros alcanzados | <ul style="list-style-type: none">- AR de pensamientos distorsionados vs. alternativos.- Puesta en marcha de pensamientos alternativos para cambiar conductas en las áreas intervenidas.- Continuar expresión emocional con su entorno más cercano respecto a su padre. |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fase de seguimiento

- | | | | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14-15 | <ul style="list-style-type: none">- Revisar tareas intersesiones.- Reforzar logros conseguidos y recordar estrategias aprendidas.- Evaluar posibles situaciones complicadas en el futuro y plantear estrategias que tendría que aplicar. | <ul style="list-style-type: none">- Prevención de recaídas: planteamiento de posibles situaciones complicadas y estrategias a aplicar entrenando mediante ensayo conductual | <ul style="list-style-type: none">- Poner en marcha todas las estrategias que conoce hasta ahora.- Lista de logros conseguidos en terapia.- Lista de situaciones futuras que le preocupen y estrategias que tendría que aplicar. |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3.2. Factores relacionados con los terapeutas

En el caso propuesto en este trabajo participaron dos terapeutas. Por un lado, una terapeuta principal que formaba parte del equipo clínico del CPA. Su orientación terapéutica está basada en el enfoque cognitivo-conductual y cuenta con cuatro años de experiencia en el ámbito clínico. Esta se encargó de tutelar al co-terapeuta, alumno de prácticas del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Autónoma de Madrid. Ambos terapeutas estuvieron presentes en cada sesión con la usuaria. El caso fue comentado en una sesión clínica semanal con la tutora y con el resto de estudiantes del Máster. El co-terapeuta se encargó de elaborar la historia clínica del caso, la planificación de las sesiones, la recopilación del material empleado para la intervención y el contacto con la usuaria cuando fue necesario, todo ello bajo la supervisión de la terapeuta principal.

La terapeuta principal dirigió las sesiones de evaluación y, a partir de la tercera sesión, se coordinó con el coterapeuta para llevar a cabo la intervención. Ambos participaron conjuntamente en la introducción y puesta en marcha de las técnicas de intervención, así como en la petición y supervisión de las tareas intersesiones. En primer lugar, el co-terapeuta abordaba estos aspectos, mientras que la terapeuta principal los matizaba posteriormente, si era necesario. Además, es importante destacar la buena alianza de ambos terapeutas con la usuaria desde el comienzo de la terapia.

4. RESULTADOS

4.1. Diseño de estudio

Se ha empleado un diseño de caso único ($N = 1$) del tipo A-B (León y Montero, 2015) para el estudio del presente trabajo.

4.2. Análisis de resultados

Los resultados han podido obtenerse a partir de la administración de las pruebas estandarizadas expuestas en el apartado de evaluación, así como de los autorregistros semanales que la usuaria iba rellenando, del autoinforme semanal sobre bienestar percibido y de las verbalizaciones observadas por los terapeutas durante las sesiones. A continuación, se presentan por este orden los resultados del tratamiento.

- **Análisis del cambio a partir de pruebas estandarizadas**

Como puede apreciarse en la Figura 5, las puntuaciones post-tratamiento recogidas en el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II) descendieron en comparación al pre-tratamiento.

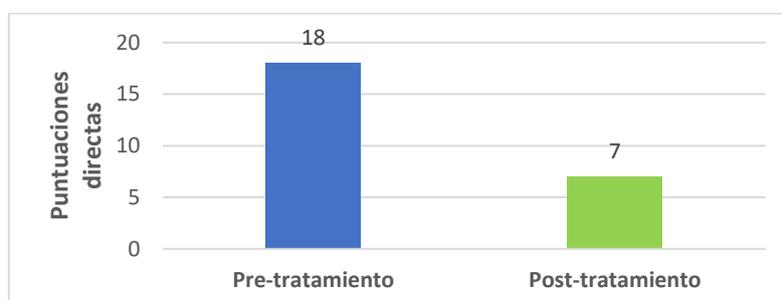


Figura 5. Perfil obtenido a partir de la comparación de puntuaciones pre y post-tratamiento en el BDI-II.

En cuanto a los resultados hallados en el *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI), puede observarse una disminución de puntuaciones post-tratamiento en ambas variables una vez comparadas con el pre-tratamiento. En la Figura 6 se presenta este descenso de puntuaciones, siendo más evidente en ansiedad estado, mientras que en ansiedad rasgo la disminución ha sido menos notable.

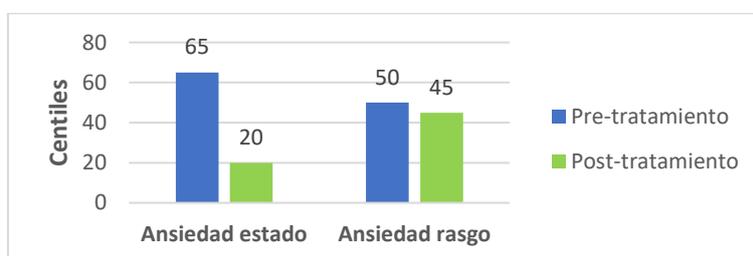


Figura 6. Perfil obtenido a partir de la comparación de puntuaciones pre y post-tratamiento en el STAI.

En relación al *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R), las puntuaciones pre y post-tratamiento de cada una de las subescalas se representan en la Figura 7. Se observa una disminución generalizada de dichas puntuaciones, siendo más evidente en las subescalas de Sensibilidad Interpersonal, Depresión y Ansiedad. Las puntuaciones de las subescalas de Somatización, Ansiedad fóbica e Ideación paranoide se han mantenido estables. Por otro lado, la subescala de Hostilidad no ha obtenido puntuación alguna en el post-tratamiento, mientras que la respectiva a Sensibilidad Interpersonal es la que mayor puntuación ha obtenido. Asimismo, los índices IGS, TSP e IMSP también han disminuido tras la intervención.

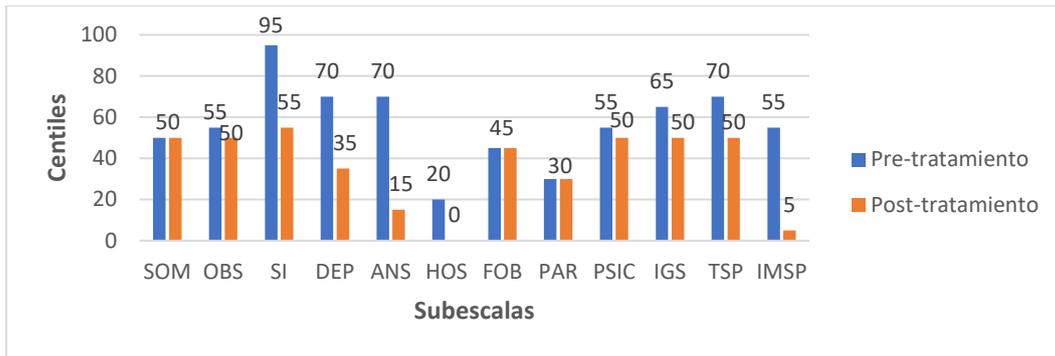


Figura 7. Perfil obtenido a partir de la comparación de puntuaciones pre y post-tratamiento en el SCL-90-R. SOM= Somatizaciones; OBS= Obsesiones y compulsiones; SI= Sensibilidad Interpersonal; DEP= Depresión; ANS= Ansiedad; HOS= Hostilidad; FOB= Ansiedad fóbica; PAR= Ideación paranoide; PSIC= Psicoticismo; IGS= Índice de Severidad Global; TSP= Total de Síntomas Positivos; IMSP= Índice Malestar Sintomático Positivo.

En la Figura 8 se recogen los resultados obtenidos en la *Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero*. Se aprecia un aumento de las habilidades sociales, especialmente de las relacionadas con autoexpresión en situaciones sociales, expresión de enfado o disconformidad, e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Sin embargo, aunque las habilidades relacionadas con la defensa de los propios derechos también han aumentado, no alcanzan el promedio de su grupo de referencia.

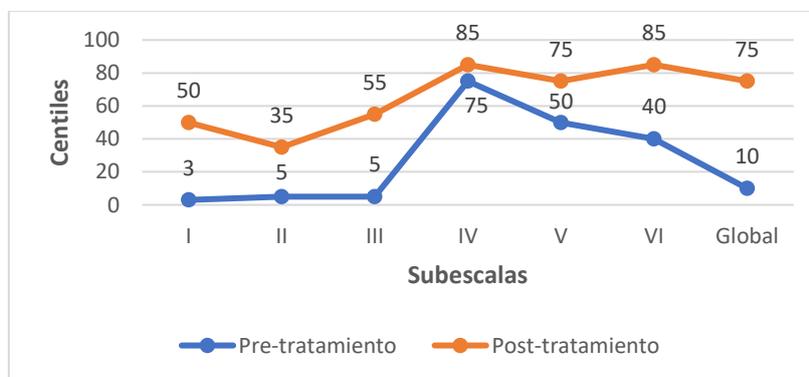


Figura 8. Perfil obtenido a partir de la comparación de puntuaciones pre y post-tratamiento en la Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero. I= Autoexpresión en situaciones sociales; II= Defensa de los propios derechos como consumidor; III= Expresión de enfado o disconformidad; IV= Decir no y cortar interacciones; V= Hacer peticiones; VI= Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto; Global= Escala Global.

En las medidas post-tratamiento del *Cuestionario de Habilidades Sociales de Segura* se encontró un mayor número de conductas socialmente adecuadas, mientras que disminuyeron las respuestas en aquellas relacionadas con una conducta inhibida, ansiosa o no habilidosa. Estos datos se describen con mayor detalle en la Figura 9.

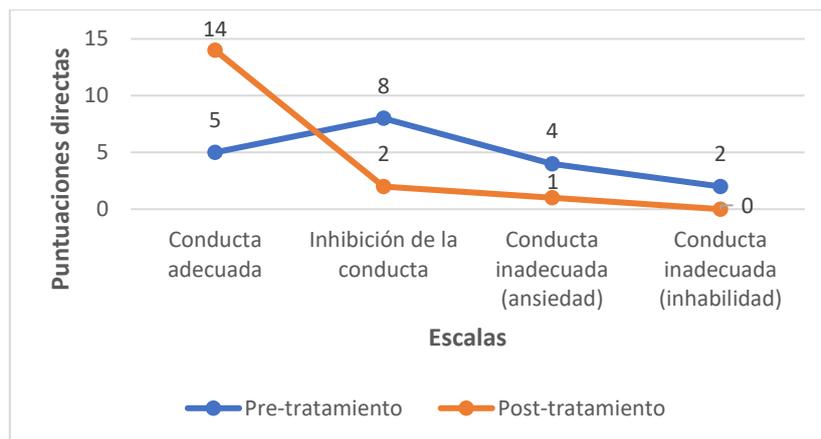


Figura 9. Perfil obtenido a partir de la comparación de puntuaciones pre y post-tratamiento en el Cuestionario de Habilidades Sociales de Segura.

- **Análisis del cambio en variables afectadas por el tratamiento a partir los autorregistros y el autoinforme semanal de bienestar.**

Además de las medidas anteriores, también se cuenta con datos de los autorregistros semanales. En estos, se ha ido recogiendo información acerca de la actuación de la usuaria en diferentes situaciones. En primer lugar, se observa el aumento de actividades gratificantes, lo que ha repercutido favorablemente en la mejora de su estado de ánimo. Algunos ejemplos representativos pueden apreciarse en la siguiente tabla.

Tabla 5

Modelo de autorregistro de actividades gratificantes y ejemplos representativos

Fecha	Actividades gratificantes	Nivel de bienestar al final del día (0/10)
30/10/2019	Hacer un curso de plantas Quedar con un chico nuevo que he conocido	7,5
31/10/2019	Tomar algo con los del máster	8
01/11/2019	Fiesta de cumpleaños de mi prima	9

Por otro lado, se ha recogido información sobre la gestión de Mónica en las discusiones familiares. En la siguiente tabla puede apreciarse cómo ahora decide no interferir en disputas que no le afectan directamente y pone en marcha estrategias más adaptativas. Además, referido al ámbito social, puede observarse cómo se enfrenta a las relaciones sociales de forma más satisfactoria, a diferencia de las respuestas recogidas durante la fase de evaluación.

Tabla 6

Modelo de autorregistro de reestructuración de pensamientos desadaptativos y ejemplos representativos

Situación	Pensamiento negativo (credibilidad 0-10)	Distorsión cognitiva + cuestionamiento (preguntas)	Pensamiento alternativo (credibilidad 0-10)	Actuación alternativa
Mi hermana y mi madre están discutiendo por alguna estupidez.	“Ya están discutiendo otra vez y no sé por qué. Debería hacer algo” (6/10)	✓ Imperativo categórico. ¿Por qué tengo que meterme yo? ¿Si no me meto pasaría algo? ¿Acabarían solucionándolo? ¿Qué es lo peor que podría pasar?	“No soy la responsable de lo que está pasando” (9/10)	Veo vídeos en YouTube y no me meto.
Mi hermana se levantó de la cama y fue a pedirle algo a mi madre, pero no la atendió porque estaba hablando por teléfono con Óscar.	“Otra vez tengo que solucionarlo” (7/10)	✓ Imperativo categórico. ¿De verdad soy yo la que tengo que poner solución? ¿Es imprescindible que me meta? ¿Qué pierdo yo metiéndome? ¿Si no lo soluciono, qué pasaría?	“No tengo que ser yo la que solucione esta situación” (8/10)	No hago nada y utilizo la respiración abdominal.
He quedado para comer con un chico que he conocido en redes sociales, pero canceló la cita en el último momento.	“No le importo nada, no quiere quedar conmigo” (6/10)	✓ Pensamiento catastrofista y dicotómico. ✓ Error del adivino. ✓ Lectura de la mente. ¿Qué pruebas tengo de que no quiera quedar realmente conmigo? ¿Hay otra posibilidad? ¿Tengo evidencias de que le intereso? ¿Qué gano pensando esto?	“El hecho de no quedar hoy conmigo no significa que no le importe. Le puede haber surgido un imprevisto” (9/10)	Me voy con mi amiga Natalia a tomar algo al centro.

En cuanto a la habilidad de recibir cumplidos, Mónica ha aprendido a responder de forma asertiva ante situaciones en las que alguien le hace algún tipo de cumplido. Los logros conseguidos con la intervención cognitiva en los pensamientos disfuncionales presentes en el área social han sido determinantes para conseguir este objetivo. Como puede apreciarse en la Tabla 7, la usuaria identifica con mayor facilidad los pensamientos desadaptativos, los cuestiona y genera otros alternativos que facilitan una actuación alternativa más exitosa.

Tabla 7

Modelo de autorregistro de la habilidad social de recibir cumplidos y ejemplos representativos

Situación	¿Qué pienso?	¿Qué digo/hago?	¿Qué dice/hace el otro?	Grado de satisfacción (0-10)
Un chico me dice por mensaje que le gusta mucho mi maquillaje	“Cuando lo dice es porque será verdad. Me está elogiando y me siento agradecida”	Le digo muchas gracias y le envío emoticonos de agradecimiento	Me envía un emoticono de un corazón	8
Una amiga de un compañero de clase me dice que tengo una voz bonita	“Creo que no es para tanto, pero cuando lo dice es porque le gusta”	Le digo que gracias, que me siento agradecida	Me sonrío y se ratifica	9

Por último, se presenta la Figura 10. En esta, se aprecia el aumento general del nivel de bienestar subjetivo percibido por la usuaria a lo largo de las sesiones de terapia.

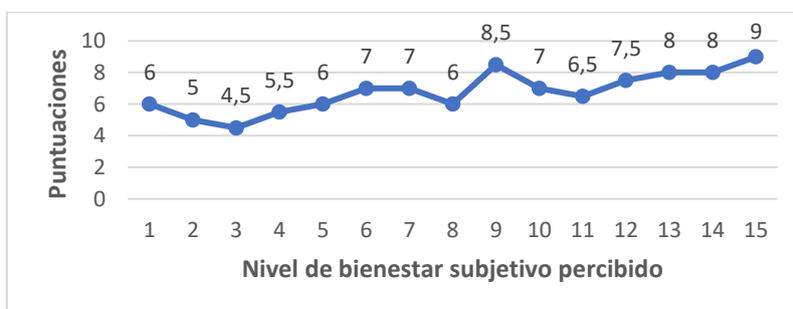


Figura 10. Gráfica de evolución terapéutica según el nivel bienestar subjetivo percibido.

- **Análisis del cambio a partir de la observación del terapeuta y las verbalizaciones de la usuaria.**

A lo largo de la intervención terapéutica también se han observado numerosos cambios con respecto al inicio de la terapia a través de las verbalizaciones de la usuaria en sesión.

En relación a la situación familiar, Mónica verbaliza “*me siento menos responsable y me distraigo más*” cuando su hermana y su madre están discutiendo por algún motivo. Dice “*ahora decido no intervenir*” y deja que ellas mismas solucionen la situación, mientras realiza alguna actividad alternativa (ver series, distraerse con su hermano, mirar el móvil, etc.). Con respecto a la relación de su madre con Óscar, dice haber aprendido a controlarse y no entrar en el conflicto. Cuando se le pregunta qué ha aprendido a hacer ahora con respecto a lo que hacía antes afirma “*he aprendido a no lanzarme al conflicto y a relajarme antes de actuar*”.

Este tipo de verbalizaciones también aparecen en el área social, donde manifiesta “*me siento mejor cuando me relaciono con la gente, tengo menos miedo que antes*”. Ha conseguido identificar los pensamientos negativos y genera otros alternativos con facilidad (“*he generalizado estos pensamientos al resto de situaciones sociales y ya no me siento mal*”). Se aprecia cómo su actuación social ha mejorado cuando ella misma manifiesta “*ahora estoy muy bien, me siento mucho mejor con la gente y no tengo dificultades*”.

Por último, también se aprecian verbalizaciones positivas referentes a la expresión emocional sobre el fallecimiento de su padre y la disminución de verbalizaciones negativas. Dice que, durante las vacaciones de Navidad, se ha expresado emocionalmente con su familia. Ha podido hablar de este tema con su madre y también se ha acercado a su hermana para decirle “*echo mucho de menos a papá*”, algo que nunca antes había hecho. Además, dice que se lo ha contado a algunos compañeros de clase y se ha sentido mejor. Su pareja también ha sido un apoyo importante en este aspecto (“*he hablado bastante con Alberto acerca de ello y me ha ayudado a desahogarme*”).

5. DISCUSIÓN

Una vez expuestos los principales resultados, puede concluirse que la terapia ha sido efectiva de forma general. Con el transcurso de las sesiones se fueron introduciendo diferentes técnicas de intervención en función de los objetivos terapéuticos propuestos, lo que se tradujo en una notable mejoría por parte de la usuaria al haberlos alcanzado progresivamente. Concretamente, pueden concluirse los siguientes cambios terapéuticos:

- Mónica ha adquirido estrategias de afrontamiento alternativas en situaciones familiares conflictivas, disminuyendo sus pensamientos disfuncionales de excesiva responsabilidad y actuando de forma más adaptativa.
- La usuaria ha aprendido nuevas estrategias para gestionar las consecuencias familiares derivadas de la complicada relación sentimental de su madre. Estas estrategias están basadas en evitar la escalada del conflicto, en reducir el nivel de activación y en actuar en función del posible riesgo personal.
- Se ha reducido la ansiedad que Mónica experimentaba ante diversas situaciones sociales. Además, se han incrementado las actividades sociales gratificantes que realiza, así como el número de interacciones con otras personas.
- En general, las habilidades sociales se han incrementado, principalmente por la modificación de pensamientos desadaptativos. No obstante, también ha aprendido la habilidad asertiva de recibir cumplidos tras llevar a cabo el entrenamiento propiamente dicho.
- La usuaria ha fomentado la expresión emocional con su entorno más cercano respecto al fallecimiento de su padre. Ahora, siente menor nivel de malestar al hablar sobre este o al recordar alguna situación pasada.

Estos cambios alcanzados pueden observarse a raíz de los instrumentos de evaluación utilizados. Comenzando por los instrumentos de evaluación estandarizados, los cuestionarios STAI y BDI-II muestran una notable disminución tanto de ansiedad como de síntomas depresivos, respectivamente. Estos resultados también concuerdan con los reflejados en el SCL-90-R, donde además se aprecia una disminución considerable de puntuaciones referentes a Sensibilidad Interpersonal. En cuanto al *Cuestionario de Habilidades Sociales de Segura*, puede concluirse que las habilidades sociales de la usuaria han mejorado, incrementándose las respuestas sociales adecuadas, así como se han reducido las respuestas inhibidas, ansiosas o no habilidosas. Los resultados en la *Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero* también denotan un aumento

generalizado de las habilidades sociales. Esto indica que la usuaria ahora sí que es capaz de poner en marcha sus habilidades sociales en general, aunque todavía existan algunas situaciones sociales que le supongan algún esfuerzo.

Además de los datos reflejados en cuestionarios, la observación de los terapeutas en sesión, así como los registros realizados por la propia usuaria han sido muy importantes para poder valorar bien los avances que se han producido en el tratamiento. De esta forma, Mónica ha aprendido de forma específica a responder asertivamente a la recepción de cumplidos. Más allá de haber mejorado estas habilidades, se observa cómo ahora se enfrenta a situaciones sociales que antes evitaba debido a sus pensamientos desadaptativos. Esto ha permitido que se vean incrementados los intercambios sociales positivos, así como el número y variedad de actividades gratificantes.

Por otro lado, Mónica ha aprendido a gestionar situaciones de disputas familiares para no ejercer la función de mediadora, poniendo en marcha estrategias más adaptativas. Ante nuevas discusiones entre su madre y su hermana, la usuaria genera pensamientos alternativos a los relacionados con una excesiva responsabilidad, utiliza estrategias de distracción y realiza la respiración abdominal, lo que favorece su gestión de forma eficaz.

Referido a la expresión emocional sobre el fallecimiento de su padre, ahora es capaz de hablar con su entorno acerca de ello y recordar situaciones pasadas sin sentir malestar. Se han incrementado las verbalizaciones positivas en detrimento de las negativas.

Los cambios descritos anteriormente han sido posibles gracias, fundamentalmente, a que Mónica es capaz de reestructurar sus propios pensamientos desadaptativos en sus principales áreas problema. Para favorecer el cuestionamiento de estos pensamientos, la usuaria ha aprendido a identificar con facilidad evidencias en contra de sus pensamientos irracionales, lo que favorece su actuación alternativa acorde a nuevos pensamientos alternativos, generándole un menor nivel de malestar.

En cuanto al manejo de situaciones complicadas derivadas de la relación sentimental de su madre, Mónica ha aprendido diferentes formas de actuación en función del riesgo que presente la situación. Dichas estrategias no se encuentran recogidas en ningún manual o protocolo concretos, sino que, como parte del tratamiento integral debido al bloqueo que presentaba, se ofrecieron algunas pautas fundamentadas en la reducción de la escalada del conflicto y en la evitación del potencial riesgo personal.

Aunque no surgieron nuevas situaciones con el transcurso de la terapia, estas se fueron evaluando continuamente y se recordaron dichas pautas a modo de prevención.

Debido a todos estos cambios, cabe apreciar el aumento del bienestar subjetivo informado por parte de la usuaria, algo que se ve reflejado en la Figura 10. Este aumento de bienestar no ha sido lineal, tal y como se esperaba, debido a que ha habido semanas en las que ha presentado un menor estado de ánimo o han surgido situaciones complicadas. Sin embargo, puede decirse que su nivel de bienestar subjetivo al final de la intervención es óptimo y ajustado a los resultados obtenidos. Como se destaca en el trabajo de Bados y García (2009), el progreso terapéutico no es lineal, sino que suelen aparecer altibajos.

No obstante, aunque no puede referirse significación estadística, los cambios producidos sí que pueden valorarse como clínicamente significativos desde el punto de vista de la usuaria y de su entorno. A raíz del desarrollo de la terapia se ha podido ir apreciando una gran evolución, tanto de forma cognitiva como conductual. Como se observa, los objetivos terapéuticos iniciales han sido alcanzados, lo que se refleja en las verbalizaciones de la usuaria al finalizar la terapia. El grado de satisfacción de Mónica con la misma ha sido muy alto, manifestando que le ha ayudado a hacer frente a las demandas problemáticas de su entorno de forma muy notable. La usuaria ha mejorado su actuación en las áreas cotidianas más importantes, como la familia o el ámbito social, lo que se traduce en una forma de vida más adaptativa. Todos los cambios positivos, además del alto nivel de compromiso y motivación que ha mostrado la usuaria durante todo el transcurso de la terapia, se han visto reflejados en la realización exhaustiva de tareas y puesta en marcha de las pautas propuestas. Todo ello ha contribuido a la temprana gestión del alta terapéutica y se considera que, gracias a la prevención de recaídas, estos cambios se mantendrán en el tiempo.

El caso expuesto en este trabajo se asemeja al prototipo de usuario que acude a las Clínicas Universitarias. De hecho, presentaba dificultades que, en numerosos casos descritos previamente, han sido objeto de tratamiento en clínicas universitarias españolas, como las referidas al ámbito familiar o social, así como síntomas ansioso-depresivos, entre otros (Calero, De la Torre, Pardo y Santacreu, 2018; Fernández-Rodríguez, Soto-López y Cuesta, 2019; Galindo, 2009; García-Vera y Sanz, 2009; Labrador, Estupiñá, y García, 2010; Labrador et al., 2016, 2015; Miguel-Álvaro, Larroy y Fernández-Arias, 2019). Además, los datos obtenidos en el proceso de evaluación concuerdan con trabajos

como el de Leon-Sanromà et al. (2015) y permiten afirmar que, aunque este caso presentaba un bajo estado de ánimo inicial, no se correspondía con los criterios de ningún trastorno psicológico concreto, sino que estaba experimentando malestar debido situaciones de la vida cotidiana. En acuerdo con Echeburúa et al. (2012), pueden destacarse las dificultades a raíz de la pérdida de un ser querido y las derivadas de situaciones familiares de la vida diaria como potenciales fuentes de malestar, algo que se da en el caso clínico presente.

Es importante volver a mencionar en este punto que la TCC se ha mostrado extensamente como tratamiento eficaz en la literatura científica. Según la División 12 de la APA, ya desde el inicio de sus estudios sobre la eficacia de los tratamientos (Chambless y Hollon, 1998), este modelo de intervención se señaló como el tratamiento de elección dirigido especialmente para hacer frente a problemas relacionados con ansiedad y depresión, como en el caso presentado. Por otra parte, los resultados alcanzados en este caso se encuentran en la línea de los estudios que señalan que la terapia cognitiva es eficaz en dificultades relacionadas con ansiedad, depresión, problemas emocionales y dificultades de habilidades sociales (David et al., 2018). Concretamente, la intervención cognitiva ha sido eficaz para reducir el número de pensamientos irracionales en diversas áreas problemas (David et al., 2005; Eseadi et al., 2016; Turner y Barker, 2012), como en este caso ocurrió con la familiar, la social o el fallecimiento de su padre. Junto a esta intervención cognitiva, también se han utilizado en este caso estrategias de activación conductual para reducir pensamientos disfuncionales y aumentar el estado de ánimo de la usuaria, algo que en la literatura se ha mostrado como eficaz (Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996; Nieto-Fernández y Barraca-Mairal, 2017).

Por otro lado, cabe mencionar que el análisis funcional ha sido una herramienta fundamental para dirigir la elección de las técnicas de intervención y el orden de su aplicación. La razón por la que se priorizó como objetivo el manejo de forma adaptativa de las discusiones familiares fue porque era uno de sus principales motivos de consulta y una de las mayores causas de su malestar. Además, el análisis funcional permitió guiar la intervención fundamentalmente sobre el componente cognitivo, dado que los pensamientos desadaptativos estaban en la base de gran parte de sus dificultades: favorecían la aparición de estímulos discriminativos de las respuestas de mediación en discusiones familiares, la evitación de situaciones sociales o la supresión de recuerdos sobre su padre. Lo que tenía lugar en este caso coincide con la perspectiva

transdiagnóstica de los pensamientos, que ya se expuso en la introducción (Ehring y Watkins, 2008; Ellis, 1962; Gellatly y Beck, 2016; González et al., 2017; McEvoy et al., 2013). Es por ello que la técnica de reestructuración cognitiva fue empleada durante todo el proceso de intervención en este caso, con el fin de generar pensamientos alternativos ajustados a diferentes situaciones (Bados y García, 2010).

Sin embargo, este trabajo también presenta algunas limitaciones a tener en cuenta. En primer lugar, al informar sobre los cambios terapéuticos alcanzados, hay que atender especialmente a los resultados arrojados por las pruebas psicométricas. Es posible que los instrumentos utilizados, al menos algunos de ellos, no sean los más sensibles al cambio experimentado por la usuaria, dado que están diseñados para evaluar sintomatología de trastornos psicológicos concretos que ella no presenta.

En segundo lugar, aunque los resultados obtenidos pueden sugerir que el tratamiento ha sido clínicamente significativo, para valorar la efectividad del mismo a medio-largo plazo habría que haber contado con datos más exhaustivos sobre un seguimiento más prolongado en el tiempo. Además, dado que se trata de un diseño de caso A-B, la generalizabilidad de los resultados es limitada: con este tipo de diseño se puede evaluar la efectividad de esta intervención, pero para evaluar la eficacia se tendría que contar con repeticiones sistemáticas en varias poblaciones y contextos en los que se demuestre que este tratamiento es superior a la no intervención o a los resultados de otros tratamientos estándar. En los estudios de caso único existen también problemas de validez interna: no es posible identificar qué técnicas concretas han tenido un mayor impacto, ni si este es debido a la aplicación del mismo o a otras variables no controladas. Una solución podría ser la realización de una serie amplia de casos individuales similares. En cuanto a la eficiencia, habría sido necesario comparar los costes de la intervención con los costes de la no intervención y sus consecuencias, o bien con el coste de otros tratamientos estándar (Ferro y Vives, 2004). Aun así, los estudios de caso único como este, donde se expone con detalle el tratamiento llevado a cabo, poseen valor al contribuir al desarrollo, la difusión y la valoración de diversas formas de intervención psicológica.

6. REFERENCIAS

- Adán-Manes, J., y Ayuso-Mateos, J. L. (2010). Sobrediagnóstico y sobretatamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria: Un fenómeno en auge. *Atención Primaria*, 42(1), 47-49. doi: 10.1016/j.aprim.2009.06.027.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Antón-Menárguez, V., García-Marín, P. V., y García-Benito, J. M. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288640>.
- Bados, A. (2008) Terapia cognitiva de Beck. En F. J Labrador (Coord.). *Técnicas de Modificación de Conducta* (pp. 517-532). Madrid: Pirámide.
- Bados, A., y García, E. (2009). *El proceso de intervención*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, España.
- Bados, A., y García, E. (2010). *La técnica de reestructuración cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, España.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M. L. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorder - Republished Article. *Behavior therapy*, 47(6), 838-853. doi: 10.1016/j.beth.2016.11.005.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... y Ametaj, A. (2017). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2164.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., y Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, A. T., y Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 1-24. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión* (20 Ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. Recuperado de <https://www.nctsn.org/measures/beck-depression-inventory-second-edition>.
- Beck, J. (2007). *Terapia cognitiva: Teoría e práctica*. Artmed. Porto Alegre: Artmed.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295-311. doi: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos, N. (2011). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Adaptación española* (8 Ed.). Madrid, España: TEA Ediciones.
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E., y Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>.
- Caballero, L., Bobes, J., Viladarga, I., y Rejas, J. (2009). Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1), 17-20. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/10/55/ESP/12816+7-1258.pdf>.
- Caballo, V. E. (1998). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Caballo, V. E. (2013). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). Madrid, España: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Calero, A., De la Torre, M., Pardo, R., y Santacreu, M. (2018). Características de la asistencia psicológica en el contexto universitario: La Clínica Universitaria de la UAM. *Análisis y Modificación de Conducta*, 44(169), 37-50. doi: 10.33776/amc.v44i169-70.3378.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Centro de Psicología Aplicada (2012). *Historia biográfica para adultos*. Recuperado de https://www.uam.es/UAM/CPA_DocumentacionRdP_listado/1446762044122.htm?idenlace=1446761723622&language=es.
- Chambless, D. L., y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. doi: 10.1037/0022-006X.66.1.7.
- Cornejo, M., y Lucero, M. C. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionado con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos de Humanidades*, 6(12), 143-153. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147165>.

- Cova, F., Rincón, P., Grandón, P., Saldívia, S., y Vicente, B. (2017). Sobrediagnóstico de trastornos mentales y criterios diagnósticos del DSM: La perspectiva de Jerome Wakefield. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 55(3), 186-194. doi: 10.4067/s0717-92272017000300186.
- Cunningham, R., y Turner, M. J. (2016). Using Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) with Mixed Martial Arts (MMA) athletes to reduce irrational beliefs and increase unconditional self-acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 34(4), 289–309. doi: 10.1007/s10942-016-0240-4.
- David, D., Cotet, C., Matu, S., Mogoase, C. y Stefan, S. (2018). 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 304-318. doi: 10.1002/jclp.22514.
- David, D., Szentagotai, A., Eva, K., y Macavei, B. (2005). A synopsis of rational-emotive behavior therapy (REBT); Fundamental and applied research. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(3), 175-221. doi: 10.1007/s10942-005-0011-0.
- Derogatis, L. R., y Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989. doi: 10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0.
- Díaz, J., Díaz-de-Neira, M., Jarabo, A., Roig, P., y Román, P. (2017). Estudio de derivaciones de Atención Primaria a centros de Salud Mental en pacientes adultos en la Comunidad de Madrid. *Clínica y Salud*, 28(2), 65-70. doi: 10.1016/j.clysa.2017.03.001.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... y Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670. doi: 10.1037/0022-006X.74.4.658.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., y Cruz-Sáez, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: Una primera reflexión. *Behavioral Psychology*, 20(2), 423-435. Recuperado de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/10.Echeburua_20-2oa.pdf.
- Ehring, T., y Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192-205. doi: 10.1521/ijct.2008.1.3.192.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (2004). Why rational emotive behavior therapy is the most comprehensive and effective form of behavior therapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22(2), 85-92. doi: 10.1023/B:JORE.0000025439.78389.52.
- Ellis, A. (2006). *Razón y emoción en psicoterapia* (7 Ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Eseadi, C., Anyanwu, J. I., Ogbuabor, S. E., y Ikechukwu-Ilomuanya, A. B. (2016). Effects of cognitive restructuring intervention program of rational-emotive behavior therapy on adverse childhood stress in Nigeria. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 34(1), 51-72. doi: 10.1007/s10942-015-0229-4.
- Ezquiaga, E., García, A., Díaz de Neira, M., y García, M. J. (2011). «Depresión»: Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 457-475. doi: 10.4321/S0211-57352011000300005.
- Fairburn, C., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8.
- Fernández-Rodríguez, C., Soto-López, T., y Cuesta, M. (2019). Needs and demands for psychological care in university students. *Psicothema*, 31(4), 414-421. doi: 10.7334/psicothema2019.78.
- Ferro, R., y Vives, M. C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace@*, 5(16), 97-99. Recuperado de <https://www2.uned.es/TICC/Cap.1/conceptos.pdf>.
- Figueroa, G. (2002). Cognitive therapy in the treatment of major depression. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(1), 46-62. doi: 10.4067/S0717-92272002000500004.
- Galindo, S. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, 20(2), 177-187. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200006.
- García, R., Flores, R. A., Gutiérrez, A. C., Rojas, M. A., y Agraz, F. (2008). Ansiedad social en estudiantes universitarios: prevalencia y variables psicosociales relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 54-62. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133920328008.pdf>.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2009). La Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid: historia, características y situación actual. *Acción Psicológica*, 6(1), 123-134. doi: 10.5944/ap.6.1.451.
- Gellatly, R., y Beck, A. T. (2016). Catastrophic thinking: A transdiagnostic process across psychiatric disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 40(4), 441-452. doi: 10.1007/s10608-016-9763-3.
- Gismero, E. (2010). *Manual de la Escala de Habilidades Sociales*. Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.
- González, D., Cernuda, J. A., Pérez, A., Beltrán, P., y Aparicio, V. (2018). Transdiagnóstico: Origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166. doi: 10.4321/S0211-57352018000100008.
- De las Cuevas, C., González de Rivera, J. L., Henry, M., Monterrey, A. L., Rodríguez-Pulido, F., y Gracia, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, 7(3), 93-96. Recuperado de http://www.psicoter.es/pdf/91_A098_20.pdf.

- González, J. E., Ron Nelson, J., Gutkin, T. B., Saunders, A., Galloway, A., y Shwery, C. S. (2004). Rational emotive therapy with children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(4), 222-235. doi: 10.1177/10634266040120040301.
- González, M., Ibáñez, I., y Barrera, A. (2017). La rumiación, la preocupación y la orientación negativa al problema: procesos transdiagnósticos de los trastornos de ansiedad, de la conducta alimentaria y del estado de ánimo. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2) 30-41. doi: 10.14718/ACP.2017.20.2.3
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Nueva York: Oxford University Press.
- Honorato, J., Arango, C., Sanjuán, J., Ros, S., Vieta, E., Ayuso, J. L., ... y Rodríguez, J. (2011). *Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes*. Madrid, España: Instituto de Estudios Médico Científicos (INESME). Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Informeinesmesaludmental.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Encuesta Nacional de Salud de España 2017*. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., ... y Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304. doi: 10.1037//0022-006x.64.2.295.
- Jakobsen, J. C., Hansen, J. L., Storebø, O. J., Simonsen, E., y Gluud, C. (2011). The effects of cognitive therapy versus 'no intervention' for major depressive disorder. *PLoS One*, 6(12). doi: 10.1371/journal.pone.0028299.
- Kim, M. A., Kim, J., y Kim, E. J. (2015). Effects of rational emotive behavior therapy for senior nursing students on coping strategies and self-efficacy. *Nurse Education Today*, 35(3), 456-460. doi: 10.1016/j.nedt.2014.11.013.
- Labrador, F., Estupiñá, F. J., y García, M. P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22(4), 619-626. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3776>.
- Labrador, F. J., Bernaldo-de-Quirós, M., García-Fernández, G., Estupiñá, F., Fernández-Arias, I., y Labrador-Méndez, M. (2016). Characteristics of demand and psychological treatments in a university clinic. *Clínica y Salud*, 27(1), 7-14. doi: 10.1016/j.clysa.2016.01.002.
- Labrador, F. J., Estupiñá, F. J., Bernaldo-de-Quirós, M., Fernández-Arias, I., Alonso, P., Ballesteros, F., Blanco, C., y Gómez, L. (2015). Treatment of Anxiety Disorders in a Psychology Clinic. *The Spanish Journal of Psychology*, 18(83), 1-8. doi: 10.1017/sjp.2015.82.

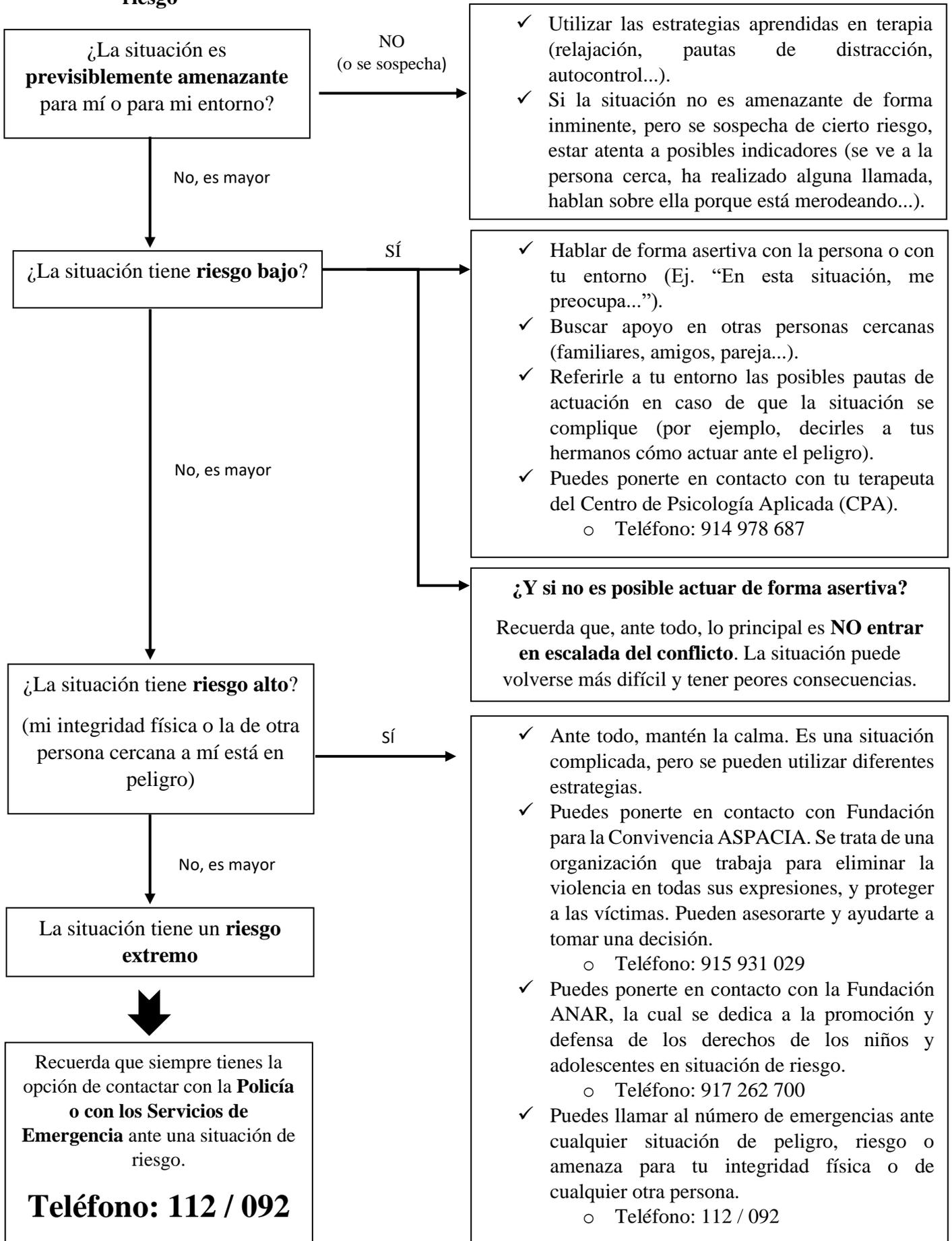
- Lega, L., Caballo, V. E., y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- León, O. G., y Montero, I. (2015). *Métodos de investigación en Psicología y Educación* (4 Ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Leon-Sanromà, M., de Sanmamed Santos, M. J. F., Ruvireta, A. G., y Sellart, J. G. (2015). ¿La mitad de la población con diagnóstico de depresión? *Atención Primaria*, 47(4), 257-258. doi: 10.1016/j.aprim.2014.04.015.
- López-Rodríguez, J. A. (2018). Sobrediagnóstico en ciencias de la salud: Una revisión narrativa del alcance en Salud Mental. *Atención Primaria*, 50, 65-69. doi: 10.1016/j.aprim.2018.08.001.
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., y Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 313-320. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.014.
- Miguel-Álvaro, A., Larroy, C., y Fernández-Arias, I. (2019). ¿Coincide la demanda del paciente con el problema percibido por el terapeuta? Un análisis cualitativo de motivos de consulta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 363-374. doi: 10.24205/03276716.2019.1143.
- Mirapeix, C., y Fernández-Álvarez, J. (2018). Avances en psicoterapias transdiagnósticas. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 1-5. doi: 10.33898/rdp.v29i110.253.
- Muñoz-Martínez, A. M., y Novoa-Gómez, M. M. (2012). Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. *Terapia psicológica*, 30(1), 25-36. doi: 10.4067/S0718-48082012000100003.
- Neimeyer, R. A. (2019). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Editorial Planeta, S. A.
- Nieto-Fernández, E., y Barraca-Mairal, J. (2017). Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce automatic negative thoughts in anxiety generating situations. *Psicothema*, 29(2), 172-177. doi: 10.7334/psicothema2016.325.
- Norton, P., Hayes, S., y Hope, D. (2004). Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depression. *Depression and Anxiety*, 20(4), 198-202. doi: 10.1002/da.20045.
- Ogbuanya, T. C., Eseadi, C., Orji, C. T., Omeje, J. C., Anyanwu, J. I., Ugwoke, S. C., y Edeh, N. C. (2018). Effect of Rational-Emotive Behavior Therapy program on the symptoms of burnout syndrome among undergraduate electronics work students in Nigeria. *Psychological Reports*, 122(1), 4-22. doi: 10.1177/0033294117748587.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Ortiz, A., y de la Mata, I. (2015). Allen Frances y la pureza del diagnóstico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 165-174. doi: 10.4321/S0211-57352015000100013.

- Ortiz, A., González, R., y Rodríguez, F. (2006). La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria*, 38(10), 563-569. doi: 10.1157/13095928.
- Pardo, R. (2019). *Reestructuración cognitiva: análisis de los mecanismos de cambio clínico* (Tesis Doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Pedro-Cuesta, J. D., Noguer, I., García, F. J., y Rodríguez-Blázquez, C. (2018). *Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica*. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. Recuperado de <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=09/01/2018-44802ce4e8>.
- Pérez-Ibáñez, O., García-Pedrajas, C., Grases, N., Marsó, E., Cots, I., Aparicio, S., ... y Ventura, C. (2015). Programa de soporte a la primaria: un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 257-266. doi: 10.4321/S0211-57352015000200002.
- Quesada, S. (2004). Estudio sobre los motivos de consulta psicológica en una población universitaria. *Universitas Psychologica*, 3(1), 7-16. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64730102.pdf>.
- Roca, E. (2005). *Cómo mejorar tus habilidades sociales: Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional* (4 Ed.). Valencia, España: ACDE Ediciones.
- Rojas, S. (2007). *El manejo del duelo. Una propuesta para un nuevo comienzo*. Barcelona, España: Ediciones Granica, S. A.
- Royal College of Psychiatrists (2007). *La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)*. Londres: Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists. Recuperado de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). En Autor, *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Sales, A., Pardo Atiénzar, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., y Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165-172. doi: 10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15170
- Sandín, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (111), 9-13. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906864>.
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en Psicología Clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. Recuperado de http://www.aepcp.net/arc/02_2012_n3_sandin_chorot_valiente.pdf.

- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*(3), 249-280. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>.
- Saúl, L. Á., López-González, M. Á., y G. Bermejo, B. (2009). Revisión de los servicios de atención psicológica y psicopedagógica en las universidades españolas. *Acción Psicológica, 6*(1), 17-40. doi: 10.5944/ap.6.1.227.
- Segura, M. (1989). *Cuestionario de habilidades sociales (CHS)* (Manuscrito no publicado). Madrid: Luria.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Turner, M., y Barker, J. (2012). Examining the efficacy of Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) on irrational beliefs and anxiety in elite youth cricketers. *Journal of Applied Sport Psychology, 25*(1). doi: 10.1080/10413200.2011.574311.
- Valencia, F., García, J., Gimeno, A., Pérez, A. y De la Viuda, M. E. (2014). Análisis de la demanda en salud mental en el Principado de Asturias: características de la demanda y respuesta asistencial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 34*(124), 741-752. doi: 10.4321/S0211-57352014000400007.
- Watson, D., O'Hara, M. W., y Stuart, S. (2008). Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depression and Anxiety, 25*(4), 282-288. doi: 10.1002/da.20496.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... y Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*(9), 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Génova: World Health Organization.
- Zanón, I., Matías, L., Luque, A., Moreno-Agostino, D., Aranda, E., Morales, C., ... y Márquez-González, M. (2016). *Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano*. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, España.

7. ANEXOS

7.1. Anexo I. Listado de estrategias para afrontar situaciones complicadas según el riesgo



7.2. Anexo II. Guion de pautas para cuestionar pensamientos desadaptativos

- **Paso 1:** empezaremos identificando el pensamiento y planteándonos sus consecuencias: ¿Este pensamiento me provoca malestar? Si la respuesta es SÍ, continuamos.
- **Paso 2:** identifica la distorsión en la lista que te damos a continuación. Recuerda que un mismo pensamiento puede encajar en varias distorsiones, lo importante es darse cuenta de que nuestro pensamiento no se ajusta a la realidad.

Distorsión	Ejemplo
Pensamiento absolutista: pensar que todo es blanco o negro, siempre o nunca, todo o nada...	<i>“Siempre me rechazan”</i> <i>“Nunca me esfuerzo lo suficiente”</i>
Catastrofismo: dar una importancia desmesurada a los acontecimientos negativos que ocurren y a sus consecuencias.	<i>“No podré ser feliz sin pareja”</i> <i>“Si me bloqueo hablando en público será espantoso y no podré soportarlo”</i>
Error del adivino: hacer continuamente predicciones negativas sobre el futuro.	<i>“Voy a hacer el ridículo”</i> <i>“No aprobaré el examen”</i>
Leer la mente: anticipar reacciones o pensamientos negativos de los demás sin una base firme.	<i>“Seguro que piensa que soy idiota”</i> <i>“Se está aburriendo conmigo”</i> <i>“No le caigo bien”</i>
Imperativos “deberías”: pensar que uno o los demás están obligados a hacer algo.	<i>“Debería ser más graciosa”</i> <i>“Tengo que aprobarlo todo a la primera”</i>
Personalización: tendencia a relacionar cosas ajenas, exteriores o aleatorias con uno mismo, implicándose de un modo excesivo o inadecuado.	<i>“No me ha llamado por esto que he dicho”</i> <i>“Si sale mal es por mi culpa”.</i> <i>“Si está desinteresado/a es porque no consigo que se interese”</i>
Etiquetamiento: clasificar a uno mismo o a los demás de forma rígida por un comportamiento o un hecho puntual.	<i>“Soy una pesada”</i> <i>“Es un aprovechado”</i> <i>“No he sido asertiva”</i>

- **Paso 3:** preguntas que te puedes hacer para desmontar estos (y otros) pensamientos → Reestructuración cognitiva:
 - ¿Qué evidencias tengo para pensar eso?
 - ¿Podría encontrar alguna explicación alternativa?
 - ¿He tenido alguna experiencia que demuestre que ese pensamiento no es verdad?
 - ¿Soy adivino y puedo leer el futuro?
 - ¿Me estoy culpando por algo que no es absolutamente controlable por mí?
 - ¿Qué pensaría si le pasa a un amigo?
 - ¿Qué me hubiese dicho un amigo si supiera que estoy pensando eso?
 - ¿Qué creo que sucederá si pienso de este modo?
 - ¿De qué me sirve tener esta creencia? ¿Me ayuda a conseguir mis objetivos?
- **Paso 4:** construye un pensamiento alternativo. Recuerda que un pensamiento alternativo cuenta con las siguientes características:
 - No es pesimista pero TAMPOCO es optimista. No es una frase para darse ánimos, sino una descripción de la realidad más ajustada.
 - El resto de personas estarían de acuerdo con este pensamiento.
 - Te hace sentir mejor que el pensamiento inicial.