



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

Curso 2023-2024

Trabajo Fin de Máster



**Propuesta de intervención en un caso de  
trastorno de adaptación con ansiedad**

Autora: Jacqueline Assimontti Tacu

Tutor: Carlos Candela Agulló

Código de la Oficina de Investigación Responsable:

TFM.MPG.CCA.JAT.231005

*Convocatoria: Enero 2024*



## Índice

Resumen .....	3
1. Introducción .....	4
2. Método.....	7
2.1 Identificación del paciente, motivo de consulta y origen del problema .....	7
2.2 Estrategias de evaluación.....	9
2.3 Análisis de las conductas problema. Formulación clínica del caso .....	11
2.4 Tratamiento .....	18
2.4.1 Objetivos terapéuticos.....	19
2.4.2 Aplicación del tratamiento.....	20
3. Resultados.....	25
4. Discusión y Conclusiones.....	27
5. Referencias .....	31
APÉNDICES .....	34



## **Resumen**

El siguiente trabajo describe la intervención en un caso de trastorno adaptativo con ansiedad en una mujer de 23 años. La misma se lleva a cabo durante 3 meses, tomando en consideración el análisis funcional y adoptando un enfoque cognitivo conductual y un tratamiento multicomponente para reducir la ansiedad (psicoeducación, técnicas cognitivas y técnicas de desactivación fisiológica). Se trata de un diseño de caso único, donde se han tomado medidas pre y post intervención y a través de la comparación de éstas se han podido analizar los resultados y confirmar la hipótesis planteada en el presente trabajo. Tras la intervención se observa una notoria mejoría, acompañada de una disminución de las activaciones fisiológicas además de un menor número de anticipaciones de carácter ansioso.

*Palabras clave: trastorno adaptativo, ansiedad, intervención cognitivo conductual, psicoeducación, tratamiento.*

## **Abstract**

The following work describes the intervention in a case of adjustment disorder with anxiety in a 23-year-old woman. It takes place over 3 months, considering functional analysis and adopting a cognitive-behavioral approach and a multicomponent treatment to reduce anxiety (psychoeducation, cognitive techniques, and physiological deactivation techniques). This is a single-case design, where pre and post intervention measures have been taken, and through their comparison, the results have been analyzed to confirm the proposed hypothesis. After the intervention, a noticeable

improvement is observed, accompanied by a decrease in physiological activations as well as a lower number of anxious anticipations.

## **1. Introducción**

El trastorno adaptativo es una respuesta desajustada relacionada con el estrés desarrollándose una serie de síntomas a nivel emocional y conductual que se mantienen hasta que el factor estresante desaparece o hasta que se produce una nueva adaptación.

Tanto en el CIE-11 (WHO, 2018) como en el DSM-5 (APA, 2013) el, el trastorno de adaptación se define como una respuesta inapropiada a una situación psicosocial estresante identificable, manifestándose a través de síntomas emocionales o comportamentales. Con frecuencia, estos síntomas emocionales se caracterizan por ansiedad, dando lugar en ocasiones a lo que se conoce como trastorno adaptativo con ansiedad.

Si bien constituye una de las consultas más frecuentes en Atención Primaria y hospitalaria, se observa una escasez de investigaciones y de manuales y tratamientos dirigidos a estudiar un trastorno que provoca tanto sufrimiento personal y deterioro a nivel del funcionamiento social y/u ocupacional. Zapata-Ospina et al. (2020) afirman, siguiendo la línea de lo antedicho, que constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria y que “es uno de los diagnósticos más comunes en los intentos de suicidio atendidos en Urgencias”. A pesar de ello, Casey et al., (2012) sostienen que muchos médicos, partiendo del hecho de que el TA suele tener un curso

benigno y hasta un 70% de recuperación, lo estiman como un diagnóstico de descarte, de menor intensidad y de poca importancia.

A partir del estudio de Zapata-Ospina et al., (2020) en el que se estudia dicho trastorno y su diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria, se prefieren otros diagnósticos, siendo el TA subvalorado y siendo registrado en el 2% de las historias clínicas en las que se cumplen los criterios diagnósticos y en el caso de los casos detectados por los médicos en Atención Primaria, solo el 15 %. Esto pone de manifiesto la necesidad de identificarlo y tratarlo adecuadamente, ya que en la práctica se favorece la prescripción de psicofármacos, a pesar de que tal como dichos autores señalan, la intención de dicha prescripción es el alivio sintomático.

Siguiendo esta línea, autores como Zapata-Ospina et al., (2020) y Casey et al., (2012) concuerdan en que el objetivo principal del tratamiento debería de estar enfocado a las intervenciones psicosociales, enfocadas a la modificación y eliminación del agente estresor desencadenante o de no ser posible, a la nueva adaptación que se hace necesaria por parte del individuo que lo padece para poder seguir funcionando en las diferentes áreas de forma adecuada y funcional.

Estos cuadros desadaptativos ante un agente estresor identificable suelen aparecer en los tres meses siguiente a la exposición a dicho agente estresante o AVE (acontecimiento vital estresante) y su duración no debería superar los 6 meses, salvo en reacciones depresivas prolongadas (DSM-5, 2013).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2013) establece los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor (es) de estrés.
- B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
  - 1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad de factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
  - 2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
- D. Los síntomas no representan el duelo normal.
- E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

El objetivo de este trabajo es describir la intervención realizada en un caso de trastorno de adaptación con ansiedad y evaluar la eficacia del enfoque cognitivo conductual a partir de la psicoeducación junto con otras técnicas conductuales. Tras la intervención se espera una reducción significativa del malestar, tanto a nivel psíquico como fisiológico.

## 2. Método

### 2.1 Identificación del paciente, motivo de consulta y origen del problema

Carla es una mujer de 23 años, de nacionalidad española y con un nivel socioeconómico adecuado, residente en la Comunidad Valenciana hace 5 meses, pero oriunda de Andalucía. Es diseñadora gráfica y por cuestiones laborales se ha trasladado a vivir a la Comunidad Valenciana a un piso donde vive sola. No había acudido a psicólogo con anterioridad y no padece de ninguna enfermedad. A nivel familiar no hay antecedentes de enfermedad mental, aunque refiere a que su madre es “bastante ansiosa”.

El motivo de la mudanza fue un cambio de trabajo que implicaba un cambio de ciudad ya que se trata de un trabajo presencial. Desde que se graduó, hasta el momento de su traslado, se había dedicado a trabajar por su cuenta a través de plataformas online desde su casa. Pero de un tiempo a esta parte, refiere la necesidad de tener algo más “seguro y estable a nivel económico” y poder contar con un sueldo fijo todos los meses.

En cuanto a su red de apoyo, Carla vivía en su ciudad natal con sus padres y comenta que disfrutaba mucho de dicha convivencia ya que solían hacer actividades los fines de semana en familia, reuniéndose con sus dos hermanas (casadas ya) y sus amigas que también estaban muy presentes en el día a día ya que también trabajan en puestos similares y podían disponer del tiempo para verse más de una vez a la semana. Aunque intenta hablar con ellas por mensajería instantánea cada día, a veces no les comenta cómo se siente para no “caer pesada” y eso, dice, le hace sentirse más sola aún e incomprendida.

A partir del primer mes de su mudanza ha comenzado a notar que ante situaciones que antes eran “comunes” se siente muy ansiosa y le provocan mucho miedo (reuniones laborales, presentaciones de sus proyectos, salidas con compañeros de trabajo por enumerar algunas de ellas.

Entre las aficiones de Carla destacan cocinar, leer libros de crecimiento personal y el diseño y costura de ropa interior.

Carla acude a consulta porque quiere poder sentirse “como antes” en las situaciones sociales referidas más arriba y poder sentirse “más integrada y a gusto” en su nuevo trabajo y entorno, tanto a nivel social como laboral. La paciente refiere a sentirse muy “ansiosa y preocupada” por su rendimiento laboral y su malestar a nivel social tanto dentro como fuera del trabajo.

Si bien la paciente dice mantener una buena relación con sus compañeros y jefes, comenta sentirse “agobiada” la mayor parte del tiempo y encontrar dificultades para disfrutar de momentos que antes eran placenteros como dar forma a sus proyectos, sobre todo a lo que el diseño se refiere.

Cada mañana, al salir para su lugar de trabajo, describe que se siente muy nerviosa y comenta que le traspiran las manos, siente su corazón latir muy rápido y un nudo en el estómago pensando que no va a “dar la talla” y que no se siente a gusto y que extraña su antiguo trabajo online, donde podía decidir todo ella misma, no tener que rendir cuentas a nadie y poder controlar desde principio a fin las entregas y diseños de sus proyectos. Además, extraña quedar con sus amigas los viernes para tomar algo y

compartir anécdotas, así como compartir tiempo con sus padres y hermanas los fines de semana.

En sus viajes a Andalucía para visitar a su familia y amigos, dice sentirse nuevamente “ella misma” ya que esas sensaciones desagradables no le acontecen y puede disfrutar de salir, de quedar con sus amigas y de lo que le gusta.

## 2.2 Estrategias de evaluación

La intervención que se diseñó para Carla es un estudio de caso con medidas pre-post, lo que implica la realización por parte de la paciente de una batería de test antes de la intervención y al finalizar la misma.

Como estrategias de intervención se utilizaron la entrevista clínica no estructurada, autorregistros, observación directa, cuestionarios y autoinformes.

La entrevista clínica fue fundamental para la recolección de información sobre el origen y el mantenimiento del problema, además para conocer los aspectos más relevantes a tomar en cuenta para una posterior formulación del caso y los lineamientos para una intervención personalizada al caso en cuestión. No se observaron aspectos relevantes durante las entrevistas mantenidas con la paciente.

Además, desde la segunda sesión se solicitó un registro de pensamientos diarios desencadenantes de ansiedad para poder establecer la línea base y para empezar a reconocer patrones de pensamiento y de conducta.

Los autoinformes y cuestionarios que se utilizaron para la evaluación del caso son los detallados a continuación:

*Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI; Beck, Epstein y Steer, 1988). Se utilizó la versión española adaptada por Sanz y Navarro (2003). Mide la intensidad de síntomas de ansiedad, como nerviosismo, temblores y miedo a perder el control en la última semana. Este inventario ha demostrado una consistencia interna adecuada, con un valor del coeficiente alfa alto, superior a 0.8. (COP, 2013)

*Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad* (ISRA; Miguel-Tobal y Cano, 1986). Se utilizó el ISRA-B (2020) y se consideró recomendable, además del BAI, porque dicho cuestionario es útil para descartar otros diagnósticos posibles ya que además de evaluar el nivel general de ansiedad presente en el paciente, evalúa la misma en situaciones diferentes (interpersonal, fóbica, ante la vida cotidiana entre otras). En población española su consistencia interna es de 0.94 y su validez externa tiene buena correlación con el ISRA original ( $r=0.87$ ). (Cano-Vindel et al., 2020)

*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI) (Spielberg et al., 1999) es una herramienta ampliamente utilizada para medir la ansiedad en adultos. Desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene fue diseñado para evaluar tanto la ansiedad "estado" como la ansiedad "rasgo". El STAI mide la ansiedad temporal actual (Ansiedad Estado) y la disposición general a experimentar ansiedad (Ansiedad Rasgo). Ambas escalas presentan una adecuada consistencia interna, de entre 0.9 - 0.93 para la escala de ansiedad-estado y de 0.84 – 0.87 para la ansiedad-rasgo (Del Río Olavera et al., 2018).

*Cuestionario de Rosenberg* (Rosenberg, 1989). Es un cuestionario diseñado para medir autoestima a partir de 10 ítems. Tiene tres posibles valoraciones de los resultados (baja, normal y elevada dependiendo del rango de puntuación). Su consistencia interna de 0.7 es adecuada (Góngora & Casullo, 2009).

### 2.3 Análisis de las conductas problema. Formulación clínica del caso

Carla comienza a experimentar los primeros síntomas del trastorno de adaptación con ansiedad a partir del primer mes posterior a su relocalización en una ciudad distinta a la suya de origen. Luego de estar completamente establecida en su nuevo piso y de haber comenzado a experimentar las primeras reuniones creativas en el trabajo empieza a desarrollar los síntomas de ansiedad tales como opresión en el pecho, sudoración, temblores y sensación de hormigueo. Incluso ha llegado a acudir a Urgencias una vez, la semana anterior a consultar, para ser revisada ya que pensaba que le estaba “dando algo”. En Urgencias le han realizado varios exámenes, entre ellos un electro y analíticas que han dado todos resultados dentro de la normalidad. A partir de la entrevista y los registros realizados por Carla, se pasan a enumerar a continuación las principales conductas problema para luego proponer el correspondiente *análisis topográfico y funcional*:

- a. *Miedo a las reuniones creativas con sus jefes y compañeros de trabajo.* Este miedo la paciente lo describe como miedo a quedar mal parada con sus jefes y con sus compañeros al compartir sus ideas para los diferentes proyectos. Este temor le provoca ansiedad al dirigirse desde su casa a su lugar de trabajo, imaginándose que “el día seguro que va a ir mal”, que va a “quedar mal parada” y que podrían echarla de su trabajo (pensamiento rumiativo). El origen de este miedo podría surgir de la historia previa carente de compartir sus diseños y proyectos con otros compañeros y jefes. Esta ausencia de “exponer” sus diseños gráficos a otros diseñadores puede explicarse por una experiencia que tuvo en la universidad donde tuvo que exponer, en grupo, un diseño para una

marca y sus compañeras no habían finalizado sus partes correspondientes, con lo que tuvo una mala nota en la presentación del trabajo y una llamada de atención al grupo por parte de la docente de la asignatura en frente de los demás compañeros de carrera. A partir de ese momento, Carla muestra una marcada preferencia a trabajar de forma independiente y no en grupo por considerar que así sus trabajos “quedan mejor y puede controlar cada paso”. Este aprendizaje provoca que Carla condicione las presentaciones ante un grupo de compañeros a una respuesta de miedo, funcionado como un estímulo discriminativo (Ed) para sus conductas fisiológicas como sudoración, palpitations, temblores y de evitación, por ejemplo, pedir para ir al aseo y quedarse allí diciendo sentirse descompuesta por sufrir colon irritable (invención suya para justificar sus reiteradas idas al aseo). La paciente ha generalizado la situación temida a todas aquellas que impliquen presentar sus diseños e ideas a un grupo que no sea el público final (comprador) que generalmente no tiene conocimiento de diseño y no le hará cuestionamientos.

**Tabla 1**

*Análisis “Miedo a presentación de diseños/ideas ante compañeros y/o jefes”*

<b>Antecedentes (Estímulo discriminativo)</b>	<b>Conducta / Respuesta operante (RO)</b>	<b>Consecuencia (C)</b>
Estar en el trabajo y tener presentaciones de diseños/ideas ante compañeros y/o jefes.	Psicofisiológica: Ansiedad, miedo, sudoración, palpitations, temblores, rojez en los pómulos, etc. Cognitiva: Pensamientos rumiativos “no les va a gustar”,	Refuerzo (-): huir fuente del malestar y el mismo disminuye.

“soy incapaz de hacer una buena presentación”, “me van a despedir”.

Motora: dice que necesita ir al aseo por sentirse descompuesta (miente diciendo que sufre de Colon irritable).

---

- b. *Estado de ánimo bajo por mudanza de ciudad de origen.* Carla menciona en varias ocasiones sentirse triste y apagada desde su mudanza a un apartamento sola y lejos de su ciudad natal y sus familiares y amigos. Dice notarse muy sensible y con muchos cambios de humor, opresión en el pecho, sudoración y pensar constantemente en su vida “antes” de la mudanza. Dice sentirse muy sola, insegura y “pensar siempre en todo lo malo que puede pasar” respecto a esta distancia de su lugar de origen y sus familiares y amigos. La hipótesis que se maneja en este sentido surge de la asociación de la mudanza con la idea de que perderá sus amistades, que la relación con sus padres y hermanas ya no será la misma por la falta de cotidianeidad y que ya no compartirá una relación tan estrecha con dichos afectos. Todo ello genera el malestar descrito por Carla y se convierte en un estímulo condicionado (EC). Ante dicho (EC) la paciente tiene pensamientos rumiativos (RO) de frases del estilo de: “no voy a compartir con ellos como antes”, “me perderé de muchas cosas”, “ya nada será igual con mis familiares y amigas”, etc. Cabe destacar que cuando vuelve a Andalucía, dichos pensamientos y síntomas fisiológicos desaparecen hasta que falta poco tiempo para regresar.

**Tabla 2***Análisis “Estado de Ánimo Bajo”*

<b>Antecedentes (Estímulo discriminativo)</b>	<b>Conducta / Respuesta operante (RO)</b>	<b>Consecuencia (C)</b>
Pensar en su mudanza y la distancia de sus familiares y amiga/os	<p>Psicofisiológica: ansiedad (opresión en el pecho), temblores, sudoración, tristeza, miedo, etc.</p> <p>Cognitiva: pensamientos rumiativos “se van a olvidar de mi”, “ya no serán mis amigas”, “mi familia ya no será la misma”, etc.</p> <p>Motora: Mira fotos con su familia y amiga/os para recordar cómo era su vida antes de la mudanza.</p>	<p>Refuerzo (-): alivio del malestar al mirar fotos</p>
Hablar con sus padres y hermanas de la mudanza o tema relacionado	<p>Psicofisiológico: ansiedad (opresión en el pecho), tristeza, miedo, sudoración, etc.</p> <p>Cognitiva: “ya no me quieren como antes”, “se están olvidando de mi”, “las cosas no serán como siempre”.</p> <p>Motor: llama, pide que le aseguren que la dinámica familiar no cambiará a pesar de la distancia, quiere asegurarse de que sigue enterándose de todo lo que pasa.</p>	<p>Refuerzo (-): alivio malestar al conversarlo.</p> <p>Refuerzo (+): Atención y consuelo de sus padres y hermanas.</p>
Hablar con sus amigas/os de la mudanza o tema relacionado	<p>Psicofisiológico: ansiedad (opresión en el pecho), tristeza, miedo, sudoración, etc.</p> <p>Cognitiva: “ya no me quieren como antes”, “se están olvidando de mi”, “las cosas no serán como siempre”, “dejarán de ser mi amiga/os”</p> <p>Motor: llora, pide que le aseguren que</p>	<p>Refuerzo (-): alivio malestar al conversarlo.</p> <p>Refuerzo (+): Atención y consuelo de amigas/os</p>

la relación de amistad no cambiará a pesar de la distancia, quiere asegurarse de que sigue enterándose de todo lo que pasa.

---

Meterse en redes sociales a mirar fotos familiares y amiga/os	<p>Psicofisiológico: tristeza, miedo, miedo, etc.</p> <p>Cognitiva: “mi vida era mejor antes”, “ya nada será igual”, “se olvidarán de mí”, “son felices sin mí”, “dejarán de ser mis amigas”, etc</p> <p>Motor: Mira Instagram muchas horas, sin salir del piso salvo para comprar comida.</p>	<p>Refuerzo (-): evita pensar en el trabajo.</p> <p>Refuerzo (+): se entretiene mientras está conectada mirando contenido</p>
---	--	---

---

- c. *Problemas en el ámbito laboral.* A pesar de mantener su nivel de rendimiento laboral, lo hace, pero con muchas dificultades tanto a nivel psíquico como fisiológico. El malestar provocado por la mudanza (EC) y el nuevo estilo de trabajo presencial en el cual tiene que compartir sus proyectos y diseños con sus compañeros y jefes de forma continua (EC) provoca una baja concentración (RC), lo cual se traduce en un esfuerzo mucho mayor para conseguir sus metas y cumplir con las fechas de entrega, teniendo dificultad a la hora de realizar dichos proyectos y las tareas diarias (ROP), lo cual provoca que tenga que dedicar más horas al diseño y organización fuera de las horas laborales para cumplir con los objetivos.

**Tabla 3***Análisis “Problemas laborales”*

<b>Antecedentes (Estímulo discriminativo)</b>	<b>Conducta / Respuesta operante (RO)</b>	<b>Consecuencia (C)</b>
Tener que dedicar muchas horas fuera del horario laboral para alcanzar objetivos	<p>Psicofisiológica: ansiedad (opresión en el pecho), rabia, tristeza, miedo, etc.</p> <p>Cognitiva: pensamientos rumiativos “me van a echar”, “no valgo para este trabajo”, “los voy a decepcionar”</p> <p>Motora: se distrae mucho y pierde horas mirando redes sociales, se distrae.</p>	<p>Refuerzo (-): obtiene atención de su familia y amistades.</p> <p>Alivio del malestar al pensar que la mudanza es la causa del malestar</p> <p>Alivio del malestar a las pensar que no vale para trabajar en equipo</p>

- d. *Comunicación poco asertiva.* Carla utiliza una forma de comunicarse pasivo agresiva tanto con su familia como con sus amistades. La hipótesis del origen de dicho estilo de comunicación se asocia al aprendizaje vicario utilizado en su entorno familiar.

**Tabla 4***Análisis “Comunicación poco asertiva”*

<b>Antecedentes (Estímulo discriminativo)</b>	<b>Conducta / Respuesta operante (RO)</b>	<b>Consecuencia (C)</b>
Alguien de su familia o amistades hace un comentario contrario a lo que Carla piensa o dice.	<p>Psicofisiológica: ansiedad (opresión en el pecho), rabia, vergüenza.</p> <p>Cognitiva: “no me toman en cuenta”, “lo que digo no les importa”, “no me toman en serio”.</p> <p>Motora: se queda callada y piensa en lo ocurrido durante horas.</p>	<p>Refuerzo (-): Alivio del malestar al evitar la confrontación y exponer su punto de vista</p>

Carla necesita ayuda o comunicar su opinión respecto a un proyecto ante su equipo o jefes	<p>Psicofisiológica: vergüenza, ansiedad, nerviosismo, miedo, rabia, comprensión.</p> <p>Cognitiva: se siente inferior si necesita pedir ayuda, “cómo no se dan cuenta solos?”, “no les importa lo que pienso”, “mis ideas no tienen valor para ellos”</p> <p>Motora: no responde o lo hace de forma cortante y justificando su opinión o pedido.</p> <p>No pide lo que necesita.</p>	<p>Refuerzo (-):</p> <p>Alivio del malestar de sentirse poco valorada por ser incomprendida poniendo el foco en los demás y en la incapacidad que tienen de captar las cosas</p>
---	---	--

---

Tomando en consideración todo lo antes expuesto, Carla presenta dificultades en varias áreas de su vida (personal y laboral) y a distintos niveles como son a nivel psíquico y fisiológico y conductual. Muchas de dichas dificultades las resuelve mediante conductas de evitación como pueden ser irse del lugar (al aseo), mirar el móvil, adjudicarle la causa a problemas externos como pueden ser la mudanza, sus compañeros o sus familiares y amistades. Estas conductas de evitación, tal como sostiene el enfoque cognitivo conductual no hacen más que sostener dicho malestar y reforzar de forma negativa. Es por ello por lo que se hace necesaria la intervención tomando en cuenta distintas áreas como son la cognitiva, la emocional, la conductual, así como la fisiológica.

A través de la información obtenida durante la entrevista y los registros realizados por Carla, se estableció la línea base. Se observó que los episodios de ansiedad eran diarios. Carla presentó episodios de ansiedad todas las mañanas antes de presentarse en su lugar de trabajo y cada vez que había una reunión del equipo creativo o una presentación de los diseños de proyectos.

## 2.4 Tratamiento

La intervención con Carla se llevó a cabo de 12 sesiones de una hora que se extendieron durante 3 meses. La misma utiliza técnicas cognitivo-conductuales y el programa de intervención incluyó los siguientes componentes: *psicoeducación* (consta de información acerca de la ansiedad, del trastorno adaptativo, el eje situación-pensamiento-emoción-conducta, identificación del evento estresante, promover la adaptación, manejo de síntomas, establecimiento de expectativas realistas entre otras cosas que se detallarán a continuación), *aplicación de la intervención y seguimiento*. Los objetivos planteados en cada sesión son los que figuran en la tabla 5. Con el fin de alcanzar dichos objetivos, se diseñaron 3 fases de tratamiento, cada una de ellas con técnicas concretas: (1) Evaluación del problema y psicoeducación; qué es el TA, qué es la ansiedad y cómo funciona, ansiedad patológica, conductas de evitación y escape que contribuyen al mantenimiento del problema, pautas de actuación en base a los sistemas de refuerzo, el papel que desempeñan los pensamientos negativos, explicación del análisis topográfico y funcional y estrategias de intervención a ser aplicadas. (2) Presentación, explicación y puesta en marcha de técnicas de relajación y afrontamiento, relajación muscular progresiva de Jacobson E. (1938), respiración diafragmática, técnicas cognitivas como reconocimiento de distorsiones cognitivas y sustitución por pensamientos alternativos adaptativos y realistas y (3) Aplicación del conocimiento y herramientas aprendidas a situaciones de la vida cotidiana.

### 2.4.1 Objetivos terapéuticos

Los objetivos principales, tal como se ha mencionado al principio de este trabajo, son la reducción significativa del malestar, tanto a nivel psíquico como fisiológico y para alcanzarlos se establecen los objetivos específicos presentados en la tabla 5.

**Tabla 5**

*Objetivos terapéuticos y estrategias de intervención*

Objetivos Terapéuticos	Estrategias de Intervención
Mejorar la educación emocional: identificación de las emociones y gestión de las mismas	- Psicoeducación emocional
Psicoeducación acerca del miedo Comprensión de este y que no le suponga una limitación en la realización de actividades	- Psicoeducación sobre el miedo - Creación de plan de acción
Comprensión de la Ansiedad y disminución de la misma	- Psicoeducación sobre la ansiedad - Relajación: respiraciones diafragmáticas y relajación progresiva de Jacobson
Identificar y trabajar los pensamientos rumiativos y las ideas irracionales	- Identificación de estos - Reestructuración cognitiva - Parada de pensamiento
Aumentar la comunicación asertiva	- Psicoeducación asertividad

- Técnicas de comunicación asertiva
  - Entrenamiento en autoinstrucciones
  - Moldeamiento
- 

Comprender y trabajar el duelo migratorio

- Psicoeducación sobre duelo Migratorio.
  - Diálogo socrático e identificación distorsiones cognitivas.
- 

#### 2.4.2 Aplicación del tratamiento

##### *Sesión 1 y 2*

En primeras sesiones estuvieron dirigidas al establecimiento de una adecuada relación terapéutica, dando especial importancia a la escucha activa, la empatía, la comunicación no verbal y la creación de un espacio seguro donde la paciente pudiera expresarse. Al mismo tiempo, se comenzó con la evaluación y dicho objetivo se llevó a cabo mediante la entrevista semiestructurada y la batería de test.

Además del estado actual, se indagó sobre los objetivos que Carla quiere conseguir y para ello se utilizó la herramienta visual de la “Rueda de la vida” ideada por Paul J. Meyer en 1960 y que es útil para valorar las áreas vitales e identificar el grado de satisfacción y facilitar el nivel de introspección para buscar dichos objetivos.

Desde esta primera sesión se explicaron y enviaron autorregistros de pensamientos ansiógenos.

### *Sesión 3, 4 y 5*

Gran parte de la intervención se basó en la psicoeducación, ya que se considera imprescindible para crear una base sobre la cual poder entender lo que le sucede y trabajar las áreas problemáticas. En primer lugar, se brindó una explicación de qué son las emociones y el eje situación-pensamiento-emoción-conducta, poniendo como ejemplos algunos de los pensamientos ansiógenos que la paciente había apuntado en los autorregistros de la semana anterior.

La *sesión 4* tuvo como objetivo explorar y trabajar la expresión emocional. Para ello se le solicitó a la paciente que realizara una lista con las actividades que lleva a cabo cuando siente distintas emociones y una vez identificadas las mismas, se buscaron posibles actividades para aquellas emociones que no tenían ninguna forma de expresión en la actualidad. Para la siguiente sesión se le solicitó que realizara 4 actividades acompañadas de un elemento que le fuera de utilidad como facilitador emocional.

La *sesión 5* se centró en el eje situación-pensamiento-emoción-conducta ya que se cuenta con abundante información a partir de los autorregistros. Se utilizan muchos ejemplos y se comentan en sesión para que la paciente empiece a identificar dichas variables en su día a día.

## *Sesión 6*

Habiendo sido abordado en sesiones anteriores el trabajo emocional, esta sesión estuvo enfocada en el trabajo de la ansiedad. Se realiza psicoeducación respecto a la misma y sus implicancias a nivel físico, ya que era algo que le asustaba. Se introdujo la técnica de detención de pensamiento de Wolpe (1958) con el propósito de interrumpir los pensamientos rumiativos. En esta sesión se introdujo la técnica de relajación progresiva de Jacobson, la cual fue explicada y practicada en consulta en la zona de la cara y también la respiración diafragmática aconsejando la aplicación de ambas una vez al día. Para la relajación progresiva de Jacobson se recomendó la descarga de la aplicación desarrollada por la UMH con el Dr. Carlos van der Hofstadt Román llamada “Relajación” disponible en las plataformas.

## *Sesión 7*

Esta sesión tuvo como objetivo trabajar las ideas irracionales. Se hizo psicoeducación acerca de las distorsiones cognitivas, los tipos que existen utilizando ejemplos de la vida cotidiana y se introdujo el concepto de asertividad, del cual la paciente tenía cierto conocimiento a partir de los libros de autoayuda que le gusta leer. Se utilizaron sus autorregistros para identificar aquellas posibles distorsiones para a continuación realizar la reestructuración cognitiva y búsqueda de pensamientos alternativos más racionales. La solicitó incluir en los autorregistros para la semana siguiente la identificación de las distorsiones cognitivas y la búsqueda de pensamientos alternativos racionales.

### *Sesión 8 y 9*

A partir de lo introducido en la sesión anterior respecto al concepto de asertividad, se trabajó más en profundidad dicho concepto y sus implicancias, mediante apoyos visuales como trozos de series y películas para luego comentarlos e identificar los distintos tipos de comunicación y así poder reflexionar acerca del tipo de comunicación que utilizaba más frecuentemente Carla, siendo esta la pasiva.

En la novena sesión se lleva a cabo un roleplaying en el que se representan distintas situaciones en las que la paciente comentó que sentía más dificultad intercambiando los roles. Para facilitar la práctica y posterior aplicación en situaciones de la vida real, se introduce la técnica de autoinstrucciones de Meichenbaum (1987).

### *Sesión 10*

Esta sesión se centra en el duelo migratorio que subyace a su mudanza de su ciudad de origen y a la comprensión de la influencia que ha tenido dicho factor estresante vital en el desarrollo de la sintomatología. Tal y como afirma Fernández et al., (2020), la migración es un proceso de cambio, y los mismos en muchas ocasiones están asociados a pérdidas y el consiguiente duelo que las sucede, duelo que se debe transitar para poder adaptarse a esa nueva situación. *Achotegui (2018)*, psiquiatra que acuña el término “síndrome de Ulises”, hace referencia a 7 duelos que conforman el duelo migratorio y son aquellos que una persona que emigra debe atravesar: duelo por la separación de la familia y los seres queridos, por la cultura, por la lengua, la tierra, la pérdida de estatus social, del grupo de pertenencia y los riesgos físicos. Y a su vez, el

autor afirma que cada uno de ellos tiene dos partes, por un lado, la separación de los elementos anteriores del país o ciudad de origen y por otro, el esfuerzo por adaptarse a los nuevos que caracterizan al lugar de acogida. Se explicó a Carla que dicho duelo no solamente se puede atravesar cuando hay una mudanza a otro país sino a otra ciudad y a partir de allí la paciente identifica distorsiones cognitivas relacionadas con este factor estresante que le están provocando dificultades a la hora de su adaptación a la nueva ciudad, como, por ejemplo, pensar que su familia y amigas se olvidarán de ella por no vivir en Andalucía.

### *Sesión 11*

Si bien la dificultad para presentar sus trabajos ante sus jefes y compañeros le producía malestar y había surgido en otras sesiones, ella no había querido tratarlo aún puesto que comenta que le ponía nerviosa y respetando su decisión no se trabajó hasta ahora. Se explica la función del miedo y analizando mediante diálogo socrático el posible origen de este, que ella misma concluye que fue a partir de aquella mala experiencia en la universidad, se hace uso de las herramientas y conocimientos adquiridos a lo largo de las sesiones anteriores para planificar futuras presentaciones. Antes de finalizar la sesión se le solicita a la paciente que realice la batería de test realizados en las primeras sesiones para poder hacer una comparativa y comprobar más allá de los cambios positivos comentados por la paciente al avanzar las sesiones los puntajes de dichos test.

## *Sesión 12*

En esta última sesión se retoman los objetivos planteados inicialmente y se hace un resumen de todo lo trabajado durante las sesiones. También se muestran los cambios en los resultados obtenidos en las pruebas y se comentan los logros para que la paciente sea consciente de todo el camino recorrido.

El seguimiento de las sesiones no se pudo realizar al completo ya que por vacaciones ella postergó durante un mes las sesiones y el período de prácticas finalizó antes. De las 5 sesiones de seguimiento propuestas en un principio, se pudieron realizar dos y los resultados se mantenían e incluso la paciente reportaba mejoría en otros ámbitos que no había traído a terapia con anterioridad. Con respecto a su nivel de activación, esta se mantenía en condiciones normales y la paciente refiere no haber experimentado ninguna crisis.

### **3. Resultados**

En el momento de finalizar la intervención había transcurrido un mes y medio desde que la paciente no experimentaba ninguna crisis de ansiedad. Atendiendo a distintos criterios de valoración la mejoría fue notable. A partir de la psicoeducación acerca de control de pensamientos y de identificación de distorsiones cognitivas con su consiguiente reestructuración y sustitución por pensamientos alternativos, en conjunto con la regulación emocional, habilidades que progresivamente la paciente fue adquiriendo consigue reducir la activación fisiológica y disminuir las respuestas de ansiedad.

**Tabla 6***Resultados Cuantitativos Pre – Post Tratamiento*

	Pre-Tratamiento		Post-Tratamiento	
	P. directa	Percentil	P. directa	Percentil
STAI				
Ansiedad Estado	32	77	23	55
Ansiedad rasgo	11	5	10	4
ISRA-B				
Ansiedad cognitiva	15	70	10	35
Ansiedad física	22	90-95	11	65
Ansiedad motora	8	45	5	30
Ansiedad Total	45	85-90	27	40
Autoestima	24		28	

Si analizamos los resultados obtenidos en los pretest y en los postest y comparamos dichos resultados totales y los de las subescalas, se puede concluir que hubo mejoras en todas las escalas. Si bien no hay un punto de corte establecido para este tipo de análisis, siguiendo a Ostelo et al. (2008), una mejora del 30% puede considerarse un punto aceptable para la mayoría de los estudios clínicos y como el porcentaje de mejora en la puntuación de ansiedad total, cognitiva, física y motora fue superior a 30 por 100 por lo que podemos afirmar que es un porcentaje aceptable de mejora.

Las puntuaciones de los autoinformes y los pretest se redujeron notablemente en el postest. Las puntuaciones del BAI indican un descenso de la sintomatología, descendiendo de 36 a 12 en las puntuaciones totales, siendo una muy buena respuesta tomando en cuenta de que el factor estresante sigue estando presente en su día a día.

Es decir que la paciente presenta ansiedad leve durante el momento de la administración posttest. En la escala ISRA (B), la ansiedad total disminuyó de un centil 85-90 a un 40 en el posttest. En cuanto a rasgos a destacar, la ansiedad ante situaciones de evaluación es aquella que estaba más elevada respecto a las áreas situacionales o rasgos específicos relacionados con la ansiedad que mide el test. Esto concuerda con lo que comenta la paciente al principio de la intervención de que su incomodidad y sintomatología se presentaba principalmente ante situaciones de evaluación en su nuevo trabajo al presentar sus proyectos.

En las entrevistas realizadas y según lo comentado en la última sesión y en la que se mantuvo de seguimiento, la paciente corroboró su mejoría y afirmaba tener el problema superado. Al momento de finalizar el tratamiento la paciente no reunía los criterios para el diagnóstico de trastorno adaptativo con ansiedad. Se puede afirmar por ende que los objetivos planteados al inicio del tratamiento fueron alcanzados exitosamente.

#### **4. Discusión y Conclusiones**

El presente trabajo presenta la intervención en un caso de Trastorno Adaptativo con Ansiedad en una mujer de 23 años y evalúa la eficacia de la intervención cognitivo conductual. A partir de la evaluación llevada a cabo durante las 2 primeras sesiones y la aplicación de la intervención durante las 10 subsiguientes, se observa el logro de los objetivos propuestos inicialmente. Entre ellos podemos destacar la disminución de la activación fisiológica, una adecuada regulación emocional y control de los pensamientos rumiativos y distorsionados.

La terapia cognitivo conductual, según la guía NICE, es un tratamiento bien establecido para la ansiedad. En este caso particular se llevó a cabo una intervención multicomponente que incluyó: psicoeducación, técnicas de desactivación fisiológica, técnicas cognitivas. Todo ello tomando en cuenta la necesidad de una comprensión adecuada de la situación, del individuo y del contexto.

Es importante tener en cuenta que, en este caso, el factor estresante no es suprimido ya que la paciente sostiene que volver a Andalucía no lo considera una opción hoy en día al menos, y por ello es necesario que se produzca una adaptación a la nueva situación con herramientas y conductas que conlleven a un mayor bienestar más allá de la situación actual. Pero, a pesar de ello, la disminución de los niveles de ansiedad indica efectividad de este tipo de intervención en este caso en particular. Esta mejora puede observarse en la reducción de los síntomas físicos y emocionales asociados con la ansiedad. Por otra parte, la paciente verbaliza sentirse más en control de lo que le sucede gracias a las herramientas que ha aprendido durante la intervención, lo cual produce un mejor manejo de las situaciones de la vida cotidiana que antes eran generadoras y de sintomatología ansiosa.

En cuanto a las estrategias aprendidas durante el proceso, como las técnicas de relajación, la respiración y reestructuración cognitiva, son herramientas que la paciente comenta está utilizando más allá del motivo de consulta, en otras áreas de su vida también.

La creación de un vínculo terapéutico no supuso dificultades ya que la paciente se mostró desde el inicio comprometida a su mejoría y verbalizó incluso que para ella era terapéutico poder hablar de todo esto con alguien y más aún al estar lejos de su familia y círculo de amigos. Durante las sesiones, su feedback era muy amplio y detallado, sus autorregistros eran muy completos y denotaban una dedicación y trabajo a nivel cognitivo importante.

Al considerar que la mudanza fue el factor desencadenante, se plantea una discusión en torno a cómo la exposición a un nuevo entorno puede generar estrés y ansiedad en algunos individuos. Esto hace destacar la importancia de la necesidad de una correcta capacidad de adaptación y resiliencia en situaciones de cambio significativo, resaltando la necesidad de contar con estrategias de afrontamiento específicas dentro del trastorno adaptativo con ansiedad. Es por lo antedicho que adquiere gran importancia la identificación temprana de factores desencadenantes ya que ello conlleva a una intervención más precisa y oportuna. La personalización del tratamiento es imprescindible que tome en consideración los desencadenantes individuales para adaptar las intervenciones al caso. En casos como este, donde se produce una migración, toma más relevancia la facilidad que la aplicación de tecnología en las intervenciones puede aportar. En este caso la paciente podía asistir de forma presencial a las sesiones, pero un paciente en una situación similar de traslado a otra ciudad o incluso país, podría solicitar ayuda de forma online a profesionales de su misma lengua o país de origen para realizar su terapia.

Se torna interesante al intervenir en este tipo de problemáticas pensar cuáles serían aquellos recursos que se podrían implementar al servicio de la población para poder contar con información e intervenciones para población con estas características. Algunas áreas clave sería la educación en salud mental. Incorporar la educación sobre salud mental en programas escolares y ofrecer información accesible sobre trastornos, síntomas y recursos disponibles. Por otro lado, además de los habitualmente mencionados accesos más sencillo y con menos listas de espera a la atención médica, el apoyo en los lugares de trabajo, promoviendo entornos laborales que fomenten bienestar mental, ofreciendo apoyo y programas de gestión del estrés.

Por último, implementar programas de promoción de resiliencia y bienestar desde edades tempranas para fortalecer las habilidades de afrontamiento. La combinación de varios de los factores arriba mencionados podría contribuir a una sociedad más consciente y solidaria, en cuanto a la salud mental.

## 5. Referencias

Achotegui, J. (2018). *La inteligencia migratoria. Manual para inmigrantes en dificultades*. Ediciones Ned.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.

doi: <https://doi.org/19.1037/0022-006X.56.6.893>

Cano-Vindel A., Muñoz-Navarro R., S. Moretti L., A. Medrano L., (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve (ISRA-B). *Ansiedad y estrés*. 26(2-3), 155-156.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.07.004>

Casey, P., y Doherty, A. (2012). Adjustment disorder: Implications for ICD-11 and DSM-5. *British Journal of Psychiatry*, 201(2), 90-92.

Casey P. (2014) *Adjustment disorder: New developments*. *Current Psychiatry Reports*, 16(6). doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0451-2>

COP (2013). Evaluación del Inventario BAI. <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>

Del Río F. J., Cabello F., Cabello M. A., Aragón J. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*. 17(1), 1-10.

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

Fernández R., Domínguez P., y Muñoz M. (2020). El Síndrome de Ulises: el estrés límite del inmigrante. *Revista de Estudios en Seguridad Internacional*, 6(1), 101-117.

Góngora, V., y Casullo, M. M. (2009). Validation of the Rosenberg self-esteem scale in general and clinical populations of Buenos Aires. *RIDEP*, 27, 179-194.

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación del estrés*. Ediciones Martínez Roca.

Miguel-Tobal, J.J. y Cano, A., (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA.

National institute for Health and Care Excellence. (2020). London.

Organización Mundial de la Salud – OMS. (2018). *CIE-11*. Trastornos mentales y del comportamiento.

Ostelo, R. W. J. G., Deyo, R. A., Stratford, P., Waddell, G., Croft, P., Von Korff, M., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2008). Interpreting Change Scores for Pain and Functional Status in Low Back Pain. *Spine*, 33(1), 90-94.

doi: <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31815e3a10>

Rosenberg, M. (1989). *Society and adolescent Self-image*. Revised edition. Wesleyan University Press

Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84

Spielberg, C.D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1999). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.

Zapata, J. P., Sierra, J. S., y Cardeño, C.A. (2021). Diagnóstico y tratamiento del trastorno de adaptación en Atención Primaria. *Medicina de familia*. SEMERGEN, 47(3), 197-206. doi: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.09.010>



## APÉNDICES

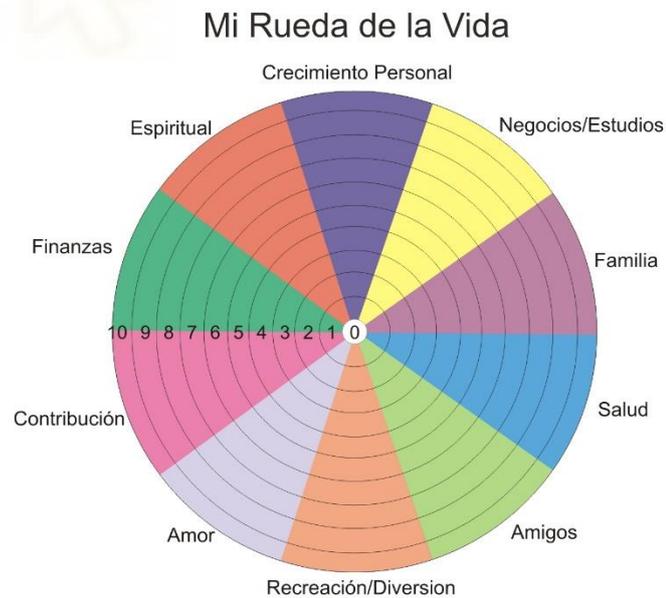
### Apéndice 1

#### *Autorregistro*

FECHA Y HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	REACCIÓN	EMOCIÓN	PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS
	¿Qué estaba haciendo en ese momento?  ¿Dónde estaba, con quien y qué sucedía?	¿Qué te vino en ese momento a la cabeza ¿ (recuerdos, imágenes, ideas, etc?)	¿Qué emociones experimentaste? (ansiedad, miedo, tristeza)  ¿Cómo de intensa era esa emoción del 1-10?		

### Apéndice 2

#### *Rueda de la Vida*



## Apéndice 3



### INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 16/10/2023

Nombre del tutor/a	Carlos Candela Agulló
Nombre del alumno/a	Jacqueline Assimontti Tacu
Tipo de actividad	5. Sin implicaciones Asistencial
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Propuesta de intervención en un caso de trastorno adaptativo con ansiedad
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	231005055756
Código de autorización COIR	TFM.MPG.CCA.JAT.231005
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Propuesta de intervención en un caso de trastorno adaptativo con ansiedad** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional, puesto que se trata de un trabajo de práctica clínica asistencial docente, es decir, no tiene fines científicos y, por tanto, no se pretende publicar los resultados en una revista científica. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, se autoriza la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos  
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable  
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición el Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>

