

GRADO EN PSICOLOGÍA

Trabajo Fin de Grado

Curso 2024/2025

Propuesta de intervención

**Propuesta de intervención psicológica en centro de día para personas con
esquizofrenia, ansiedad y alteraciones del sueño**



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Autor: Laura Herráez Benito

Tutor: Iván Fernández Martínez

Lugar y fecha: Elche, junio 2025

INDICE

1. Introducción	
1.1. Marco teórico.....	4
1.2. Revisión intervenciones previas.....	6
1.3. Justificación.....	8
2. Descripción de la intervención	
2.1. Objetivos.....	10
2.2. Población objetivo y criterios de inclusión y exclusión.....	10
2.3. Evaluación.....	11
2.4. Propuesta de intervención.....	14
3. Resultados esperables de la intervención y experiencia inicial de aplicación	
3.1. Resultados esperables intervención.....	21
3.2. A propósito de un caso.....	22
4. Discusión y conclusiones	
4.1. Discusión.....	23
4.2. Conclusiones.....	24
5. Referencias bibliográficas.....	27

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave caracterizado por una desconexión de la realidad, manifestada por delirios, alucinaciones y afectación emocional. Su frecuente comorbilidad con ansiedad y alteraciones del sueño impacta negativamente la calidad de vida y la adherencia al tratamiento. Para abordar esta problemática, se desarrolló una propuesta de intervención fundamentada en la literatura científica (siguiendo directrices PRISMA para la revisión sistemática) y enriquecida por la experiencia real en un centro de día. Dirigida a adultos con esquizofrenia, ansiedad y trastornos del sueño que asisten a centros de día, la propuesta consta de nueve sesiones individuales. Estas sesiones trabajan la adherencia terapéutica e incluye técnicas cognitivo-conductuales y de tercera generación. Asimismo, se contempla un diseño de evaluación pretest-postest y una monitorización continuada a lo largo de la intervención, mediante el uso de diferentes instrumentos de evaluación psicológica. Complementariamente, se incluye una experiencia de aplicación con un usuario de un centro de día, que aportó información valiosa sobre la viabilidad práctica. En resumen, este trabajo presenta una intervención para personas con esquizofrenia y comorbilidades de ansiedad y sueño, buscando mejorar su rehabilitación e integración social. Será crucial investigar su eficacia y realizar ajustes futuros para optimizar resultados.

Palabras clave: Esquizofrenia, ansiedad, alteraciones del sueño, centro de día, intervención

1. INTRODUCCIÓN

1.1. MARCO TEÓRICO

La esquizofrenia es una enfermedad mental. Proviene de las palabras *esquizo* que significa “escindir” y *frenia* que significa “mente”, “mente escindida” de la realidad. La variedad de temas con los que la persona sufre alteraciones de la realidad son muy dispares (Padín, 2012).

A lo largo de la historia, el concepto esquizofrenia ha ido cambiando. Si nos remontamos a partir de finales del siglo XIX, aparece en Alemania conocida como psiquiatría moderna con autores como Krapelin y Bleuer. Pues antes del siglo XIX se consideraban a las enfermedades mentales como castigos de dios y posesiones demoniacas (Padín, 2012).

Morel acuñó el término “demencia precoz” para enfermedades con deterioro de la vida social. Kraepelin en 1896 lo describe como un inicio temprano que evoluciona hasta la demencia y ausencia de psicosis-maniaco-depresiva. Clasificándola en paranoide, catatónica y hebefrénica, precursora de la clasificación actual: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual (Padín, 2012).

La definición actual de esquizofrenia se encuentra recogida en el DSM-V como un trastorno psicótico con ideas delirantes, alucinaciones, comportamientos catatónicos y síntomas negativos como aplanamiento afectivo o abulia. Todas ellas inhabilitando las actividades de la vida diaria de la persona (DSM-V, 2013).

Dentro de las características generales que se acaban de ver, hay algunas que definen cada uno de los cinco tipos de esquizofrenia. Como rasgo característico de cada una de las clasificaciones, podemos decir que definen la personalidad de cada una de las personas. Las personas con esquizofrenia paranoide se caracterizan por una falta de confianza en todo el mundo porque quieren hacerle daño. La persona clasificada como esquizotípica quiere adaptarse a la sociedad, pero no lo consigue, mientras que la persona con rasgos esquizoides no es capaz de adaptarse a la sociedad, ni quiere hacerlo (Padín, 2012).

Se puede dar otra clasificación procedente de la neuropsicología, ordenando dualmente entre esquizofrenia tipo I, caracterizada por más síntomas positivos como delirios y alucinaciones, acompañado de hiperactividad dopaminérgica en las regiones subcorticales. Y entre esquizofrenia tipo II, con mayoría de sintomatología negativa como aplanamiento afectivo, poca actividad, anhedonia, acompañado de un descenso de la actividad dopaminérgica en regiones prefrontales, encargada de la regulación del

sujeto en función del entorno. La esquizofrenia tipo II también presenta mayor tamaño ventricular y menor tamaño cerebral y del hemisferio izquierdo (Padín, 2012).

Debido a las alteraciones en la percepción, el pensamiento y la efectividad, pueden ejercer limitaciones en el día a día de la persona. Sobre todo, si predominan las ideas delirantes y las alucinaciones, incrementando su gravedad por alteraciones del patrón de sueño o afectar al lenguaje y a nivel cognitivo (Salinas-Tabuenca y Monteagudo-Egea, 2016).

El consumo de sustancias es la comorbilidad más frecuente, afectando a la adherencia al tratamiento, incluido el farmacológico. Seguida de los trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad, afectando más y con síntomas más severos si las personas consumen drogas (Pablos, 2009).

Centrándonos en la ansiedad, según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA; 2014), la ansiedad es la respuesta anticipatoria a una amenaza futura, que hace que la persona se encuentre en una continua vigilancia, junto con miedo y preocupación desmedida. A mayor magnitud de sintomatología de esquizofrenia, mayores serán los niveles de ansiedad (Braga et al., 2013).

Otro trastorno comórbido de la esquizofrenia es la alteración del sueño, estando hasta en un 80% de los pacientes esquizofrénicos. Algunos de estos trastornos son el insomnio, el síndrome de piernas inquietas, el síndrome de apnea obstructiva del sueño, la hipersomnia y los trastornos del ritmo circadiano (Díaz, 2017).

Hay evidencia empírica que señala que los síntomas de ansiedad e insomnio con regularidad coexisten. Siendo los síntomas de ansiedad predictores de los síntomas de insomnio (Schrieber, 2020).

Como se ha visto, la literatura confirma la comorbilidad entre la ansiedad y las alteraciones del sueño, siendo una de las justificaciones la relación que de esta relación que existe entre sintomatologías denominadas “síntomas puente”, que pueden propagar la activación de una alteración emocional a otro (Fried et al., 2017).

La correlación entre estas dos variables se ha demostrado en diversas investigaciones. En Qatar se realizó una investigación que asociaba los problemas para relajarse, con la dificultad para dormir, irritabilidad y disminución de la concentración (Karin et al., 2021).

Otro estudio en Reino Unido reporta que los problemas para relajarse, tenían una alta relación con la falta de energía y problemas para conciliar el sueño. Evidenciando que

los problemas para relajarse, por altos niveles de nerviosismo, se presentan en personas con alteraciones del sueño (McElroy et al., 2019).

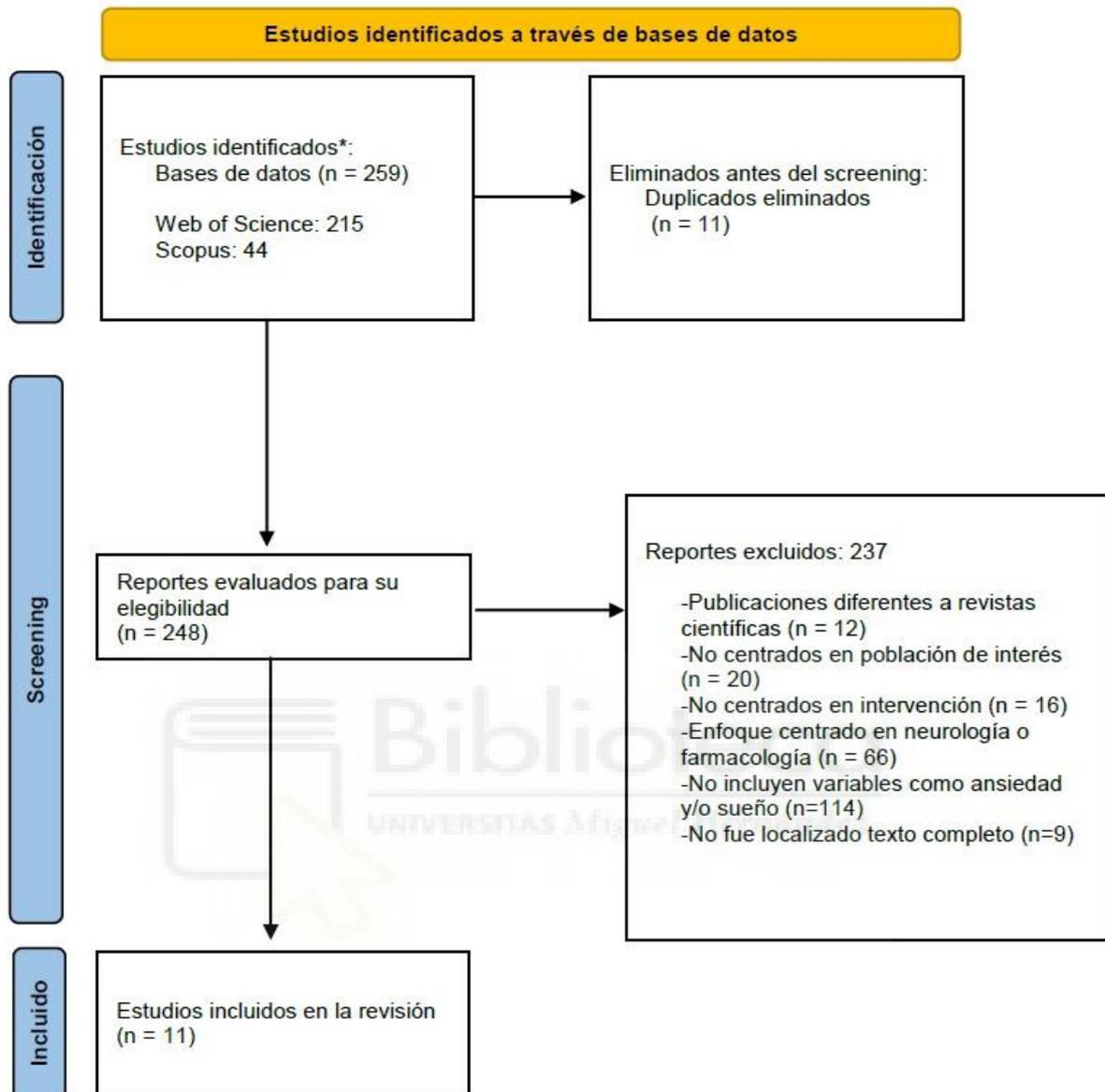
La medicación, también es un factor importante en la mejora del insomnio, mejorando la calidad de vida de las personas con esquizofrenia. Por lo que son evidentes las repercusiones negativas que tendría no tomar los antipsicóticos recetados por el médico (Díaz, 2017). Como se ha visto, la medicación puede ser un punto clave para la regulación de los síntomas de la esquizofrenia, pero la presencia de efectos secundarios de los antipsicóticos puede generar un malestar que le lleve a prescindir de los mismos. Siendo importante mantener una adherencia al tratamiento alto, sobre todo en los casos más graves (Lindstróm, 1994).

Por lo tanto, hay una necesidad de seguir trabajando en las intervenciones que tengan relación con la ansiedad y las alteraciones del sueño, ya que son problemas frecuentes que a menudo se presentan de forma comórbida y podrían generar un impacto negativo en la sintomatología y calidad de vida de las personas con esquizofrenia.

1.2. REVISIÓN INTERVENCIONES PREVIAS

Para la realización de la propuesta de intervención para personas con esquizofrenia, ansiedad y alteraciones del sueño en un centro de día, se realizó una revisión bibliográfica siguiendo unas directrices PRISMA 2020 (Figura 1).

Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica sobre intervenciones en esquizofrenia y problemas comórbidos de ansiedad y alteraciones del sueño, siguiendo directrices PRISMA 2020



Nota: Figura adaptada de: www.prisma-statement.org

Se utilizó toda la literatura encontrada en las bases de datos “scopus” y “web of science”. Incluyendo artículos científicos escritos en inglés y español, utilizando las palabras clave: “Schizophrenia”, “Anxiety” o “Emotional problems”, “sleep” o “Insomnia” e “Intervention”.

Se excluyeron de la revisión todos aquellos artículos que no fueran de carácter empírico, estuvieran en una lengua diferente a la española o inglesa, fueran anteriores al 2020 y que no estuvieran directamente relacionados con el tema principal de este estudio.

Se concluyó la búsqueda con un total 259 artículos de revistas dentro de la plataforma “rayyan”: 44 de la base de datos “Scopus” y 215 de la base de datos “Web of science”. De los cuales se detectaron duplicados: eliminando 11.

De los 248 artículos restantes 237 fueron excluidos: 12 porque no eran artículos de revista, 20 porque el artículo se centraba en población que no fuese adultos con esquizofrenia, 16 porque el diseño del estudio no era una intervención, 66 porque tenían un enfoque neurológico y farmacológico y 114 porque no aparecían las variables ansiedad ni alteraciones del sueño o el tema y objetivo del artículo era de otro distinto al de esta propuesta y 9 de ellos no se consiguió acceder al texto completo, quedando finalmente un total de 11 artículos de revista sobre intervenciones para personas con esquizofrenia, ansiedad y alteraciones del sueño.

En estos 11 artículos hay una muestra total de 624 pacientes mayores de 18 años con esquizofrenia. 4 están enfocados en la ansiedad y 7 en alteraciones del sueño, usando 4 de estos el índice de calidad el sueño de Pittsburgh (PSQI) y 1 el índice de severidad del sueño (ISI).

De los 4 artículos enfocados en la ansiedad, se aplica musicoterapia, un programa de actividad física, yoga y relajación, incluyendo la relajación también al finalizar las actividades físicas y de yoga.

Por otro lado, los 7 artículos sobre las alteraciones del sueño, todos ellos trabajan la psicoeducación, con pequeñas variaciones en el contenido. Trabajando otros elementos también: 4 de estos artículos trabajan la higiene del sueño y 4 la relajación. También trabajan la terapia cognitivo-conductual (TCC) 2 artículos. Mientras que otros 2 lo hacen con una terapia transdiagnóstica del sueño- circadiana (TrasS-C), centrándose más en la reestructuración cognitiva, el análisis funcional y la motivación del paciente.

Al finalizar esta revisión sistemática se deduce, que la relajación es la técnica más usada ante la ansiedad, mientras que, en el caso de las alteraciones del sueño, la psicoeducación en la higiene del sueño y la TCC son las estrategias de tratamiento más utilizadas.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La literatura dice que una de las mayores comorbilidades de la esquizofrenia es la ansiedad y otra de ellas las alteraciones del sueño, junto con las adicciones. Resultando interesante realizar una propuesta de intervención que las unificase.

De entre estas comorbilidades, las más compatibles entre ellas a su vez para trabajar de manera transversal en las sesiones son la ansiedad y las alteraciones del sueño. Siendo las variables elegidas para la realización de esta propuesta de intervención.

Por otro lado, mientras me encontraba realizando las estancias de psicología en un CRIS de la provincia de Alicante, me percaté que la mayoría de usuarios con los que trabaja el centro son usuarios con esquizofrenia.

Al tratar con ellos y entrar en algunas sesiones acompañando a mi tutora de prácticas del centro, note un factor común en sus comorbilidades, siendo principalmente ansiedad y alteraciones del sueño, parte como efecto de la medicación, pero otra parte por una higiene del sueño inadecuada.

La profesional responsable de mi tutorización en las prácticas me propuso realizar una intervención de relajación con un usuario, que se ajustaba a ese perfil. Utilizando algunas sesiones de esta propuesta, con la intención de verificar que las sesiones se ajustasen a los tiempos que un usuario de CRIS/CD puede tener dentro del centro, sin perder los talleres que favorecen su rehabilitación cognitiva.

2. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Para la realización del marco teórico de la propuesta de intervención, se ha respondido a las cuestiones: que es la esquizofrenia, cuáles son sus características, limitaciones, repercusiones sociales y emocionales, comorbilidades, ansiedad, alteración del sueño y el efecto de la medicación.

Posteriormente se realizó una revisión sistemática a través de las bases de datos "Scopus" y "Web of science" para justificar las actividades realizadas en la propuesta de intervención. Con la intención de llevar a cabo una propuesta lo más efectiva posible y que el usuario consiga la mayor mejora posible.

La revisión sistemática comenzó con un primer cribado de 259 artículos, y tras eliminar los duplicados, realizar el cribado y la lectura de los restantes, finalmente fueron 11 los utilizados para la realización de la propuesta de intervención, extrayendo ideas generales que se aplicarán a las sesiones del taller.

Tras la sugerencia de la tutora de realizar unas sesiones de relajación con un usuario del centro de día, coincidiendo con algunas sesiones de esta propuesta, se pudo comprobar si la duración y contenido de algunas sesiones eran apropiadas. Sirviendo como propuestas de mejorar los criterios profesionales por parte del centro de prácticas.

2.1. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Desarrollo de una propuesta de intervención para mejorar la rehabilitación e integración social dentro de un centro de día

Objetivos específicos:

- Revisar la literatura acerca de estrategias de intervención de personas adultas con esquizofrenia con comorbilidades de ansiedad y alteraciones del sueño.
- Proponer una intervención psicológica para personas adultas con diagnóstico de esquizofrenia, con comorbilidad con ansiedad y alteraciones del sueño, en un centro de día.
- Detectar las necesidades de la propuesta de intervención en un caso real de un centro de día
- Obtener una primera experiencia de la propuesta de intervención en un centro de día

2.2. POBLACIÓN OBJETIVO Y CRITERIOS INCLUSION Y EXCLUSION

Este programa de intervención está destinada a personas adultas con esquizofrenia, que acudan al recurso CRIS o CD. Realizándose una entrevista previa y con unos percentiles superiores a 77 del STAI, lo equivalente a una puntuación mayor de 29 A/E, superior a 26 A/R en varones y superior a 32 A/E y 33 A/R en mujeres, que se empleará para medir la sintomatología ansiosa (Spielberger, 1982).

Con un puntaje mayor de 5, "malos dormilones" en el índice de calidad el sueño de Pittsburgh (PSQI) y una puntuación entre 15-21, "insomnio moderado" o más en el índice de severidad del sueño (Buysse, 1989).

Esta propuesta contempla que algún usuario se encuentre con una puntuación igual o superior a los criterios de inclusión en el caso de la ansiedad con el STAI, pero no en la alteración del sueño a través del índice de calidad el sueño de Pittsburgh (PSQI) o el índice de severidad del sueño. O, al contrario, puntuando alto en alteraciones del sueño, pero no en ansiedad.

En ese caso, debido a la alta comorbilidad dada entre la ansiedad y las alteraciones del sueño, sería apropiado introducir al usuario dentro de la población objetivo, como

medida de prevención para que no se desarrolle más tarde. Ofreciendo a ese usuario solo aquellas sesiones más enfocadas en la variable que ha puntuado alto.

2.3. EVALUACIÓN

Para poder medir la ansiedad y las alteraciones del sueño se van a usar dos tipos de evaluaciones, una realizada al principio y al final de la intervención: evaluación pre-post test junto con una entrevista inicial, y otra evaluación continua, a través de entrevistas de seguimiento, autorregistros y monitorizaciones semanales.

Evaluación pretest-postest

- Entrevista inicial (historia de vida)

La entrevista inicial es una técnica de evaluación subjetiva, donde se obtiene información de una persona, contenido de su biografía y su situación actual. Esta entrevista permite que afloren recuerdos, emociones, creencias y opiniones, poniendo el énfasis en estudiar cualitativamente los fenómenos socio- culturales del entorno de la persona. Este tipo de instrumentos permite adaptarse a la persona, e intenta hacer hablar a esta para entenderla.

A través de la entrevista inicial, evaluaremos el tipo de esquizofrenia que presenta el paciente, el grado de ansiedad e indagación de su motivo y que factores pueden influir en la alteración del sueño, teniendo en cuenta la variable de la medicación (De Toscano, 2009).

- El índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI)

El PSQI, desarrollado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pittsburgh en 1988, es un cuestionario que evalúa la calidad de sueño un mes antes de la realización del cuestionario, tanto cuantitativa como cualitativamente.

El cuestionario tiene 24 preguntas, 19 respondidas por el sujeto y las otras 5 por gente que duerma con el sujeto. Los resultados miden la calidad objetiva, la latencia o el tiempo que tarda la persona en dormirse, la duración, la eficiencia habitual o el tiempo que el paciente cree que permanece acostado, las perturbaciones: como dolor, frío, nicturia, tos... el uso de medicación, y la disfunción diurna o la facilidad de quedarse dormido mientras se realiza alguna actividad como un mayor cansancio diurno.

A la hora de la corrección, se le asigna a cada uno de los componentes un puntaje de 0-3. La suma de todas las puntuaciones da un puntaje máximo de 21. Realizándose una clasificación de 1-5 como “buenos dormidores” y más de 5 “malos dormidores” (Beck, 2004).

- **Índice de Severidad del Sueño (ISI)**

El índice de Severidad del sueño o Insomnio Severity Index (ISI), evalúa la gravedad de los problemas de sueño, el grado de insatisfacción y su impacto en la calidad de vida de la persona. Medido a través de 7 preguntas, con 4 alternativas de respuesta.

A la hora de la corrección, La suma de esas preguntas da una puntuación máxima de 28. Realizándose una clasificación de 0-7 como “ausencia de insomnio clínico”, 8-14 como “insomnio subclínico”, 15-21 como “insomnio clínico moderado” y 22-28 como “insomnio clínico grave” (Álvarez-García, 2023).

- **STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo**

El STAI es un cuestionario que evalúa la ansiedad estado y la ansiedad rasgo a través de 40 preguntas: 20 preguntas de cada uno de los reactivos, con 4 alternativas de respuesta: nada (0)- mucho (3) en la ansiedad estado y casi nunca (0)- casi siempre (3).

En la adaptación a la versión española del STAI, en el factor de “ansiedad estado” (A/E), tiene una consistencia interna de 0,94, y para el factor “ansiedad rasgo” (A/R) de 0,90, reflejando un índice elevado de fiabilidad (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011).

Evaluación continúa

- **Entrevista de seguimiento**

La entrevista de seguimiento es una técnica de evaluación subjetiva, donde se obtiene información de una persona, contenido de su biografía y la situación actual de la misma. La entrevista semi-estructurada permite que afloren, recuerdos, emociones, creencias y opiniones. Poniendo el énfasis en estudiar cualitativamente, los fenómenos socio-culturales del entorno de la persona. Este tipo de instrumento permite adaptarse a la persona, e intenta llevar un mantenimiento del bienestar de la misma. A través de la entrevista semi-estructurada, evaluaremos el tipo de esquizofrenia que presenta el paciente, el grado de ansiedad e indagación de su motivo, y que factores pueden influir en la alteración del sueño, teniendo en cuenta la variable de la medicación (De Toscano, 2009).

- **Autorregistro de ansiedad**

El auto-registro es una técnica dónde el paciente registra su conducta en una hoja de papel, a nivel cognitivo, motor, fisiológico o emocional, en el mismo momento en el que le ocurre. Esta técnica permite al paciente realizar una auto-observación, sirviendo para poder identificar la situación, cuando sucede y si existe un patrón, para poder

transformar los esquemas del paciente. A través del auto-registro, evaluaremos el motivo previo de la ansiedad e identificaremos posibles patrones para ponerlos a posteriori (Herrera, 2007).

- **Monitorización durante la intervención**

Se monitorizará de manera continua los diagnósticos de los pacientes y se supervisará el progreso. La función de esta técnica es monitorear la calidad de vida de los pacientes física, mental y emocional, así como las posibles molestias (Clínica Universidad Navarra, s.f).

A través de la monitorización semanal al inicio de las sesiones evaluaremos la calidad de sueño y la ansiedad a través de los siguientes ítems para cada variable, que se encontraran recogidos en una tabla que completara el psicólogo al inicio o a lo largo de la sesión:

Tabla 1

Registro para monitorizar semanalmente las variables de interés durante la intervención

ALTERACIONES DEL SUEÑO	CÓMO MEDIRLO	RESPUESTAS
Calidad de sueño subjetiva	Del 1 al 10	
Latencia de sueño	Min tarda en dormirse	
Duración del sueño	Nº horas sueño	
Eficiencia del sueño	Nº horas en cama hasta dormir	
Interrupciones del sueño	Nº veces se despierta en la noche	
Observaciones: preocupaciones y rumiaciones	Cualitativamente	
ANSIEDAD	CÓMO MEDIRLO	RESPUESTAS
Crisis semanales	Nº de crisis a lo largo de la semana	
Estado animo	Del 1 al 10	
Nivel de ansiedad durante el día	Del 1 al 10	

Pensamientos negativos: preocupación, supresión de pensamientos, intolerancia a la incertidumbre y estabilidad.	Cuantitativamente	
--	-------------------	--

Fuente: elaboración propia

2.4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Las siguientes sesiones se realizarán en descansos de los que disponga el usuario entre los talleres que realice en el centro de día, para que el usuario pueda ser compatible, motivo por el cual la mayoría de las sesiones están estructuradas con una duración de 30 minutos.

El psicólogo deberá completar a partir de la sesión 2 la monitorización de las variables a lo largo de la sesión, rellenando la tabla de monitoreo que se presentaba más arriba (Tabla 1). Por ello, se ofrece 15 minutos más al psicólogo, 30-45 minutos en total, por si se da el caso de que, al exponer el contenido de las sesiones, esta se vea ralentizada por la monitorización de las variables.

Sesión 1. Entrevista inicial y pre-test

Objetivo: Obtener información inicial del usuario

Materiales:

- Boli
- Papel
- El índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) impreso
- Índice de Severidad del Sueño (ISI) impreso
- STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo impreso
- Sala con mesa
- Dos sillas

Desarrollo: En la primera sesión se realizará una entrevista inicial para obtener información sobre el usuario, ampliada junto con la realización de “El índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI)” y “Índice de Severidad del Sueño (ISI)” para conocer el puntaje en alteración del sueño. Y realización del “STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo” para saber la puntuación del usuario en ansiedad. De cara a saber si dichos puntajes se encuentran dentro de los criterios de inclusión del programa,

Tiempo: 60 min.

Sesión 2. Psicoeducación. Adherencia a la medicación

Objetivo: Inspeccionar acerca de la adherencia a la medicación del usuario.

Materiales:

- Sala con una mesa
- Dos sillas
- Papel y boli

Desarrollo: En la sesión 2 se tratará la importancia de tomar la medicación, los posibles efectos negativos y consecuencias de la no adherencia, como recaídas u hospitalizaciones. Sirviendo también para conocer la medicación que toma el usuario y su adherencia, ante posibles repercusiones en futuras sesiones relacionadas con la higiene del sueño.

Tiempo: 30-45 min.

Sesión 3. Técnicas de relajación: que es la relajación y respiración diafragmática

Objetivo: Conocer y practicar 3 técnicas de relajación para que el usuario elija la más efectiva para él.

Materiales:

- Sala con una mesa
- Dos sillas
- Papel y boli
- Contenido impreso

Desarrollo: Comenzar la sesión explicando que es la relajación y cuáles son los beneficios que proporciona.

Aclarar que la relajación es una ayuda extra, pero en ningún momento tiene que sustituir la visita al médico. Siendo recomendado hacer ambas, las técnicas de relajación y las prescripciones médicas.

Y finalizar comentando la eficacia que los estudios dicen que tiene la relajación y cuáles serían los objetivos que realizaríamos en estas sesiones.

Una vez dada una breve explicación general sobre lo que es la relajación, sus beneficios, y marcar los objetivos a trabajar, se explicaran algunos tipos de técnicas de relajación existentes: respiración diafragmática, relajación diferencial y tapping.

Después realizaremos una explicación práctica de una de las técnicas: la respiración diafragmática, centrándonos en el patrón de respiración, dando las instrucciones de inhalación sin que el pecho se eleve, mantener la respiración y exhalar (Payne, 2005).

Tarea casa: practicar respiración diafragmática.

Tiempo: 30-45 min

Sesión 4. Técnicas de relajación: Feedback y relajación diferencial

Objetivo: Conocer y practicar 3 técnicas de relajación para que el usuario elija la más efectiva para él.

Materiales:

- Sala con una mesa
- Dos sillas
- Papel y boli
- Contenido impreso

Desarrollo: Comenzamos la sesión recordando lo que hicimos en la anterior: ver los beneficios de las técnicas de relajación y practicar la respiración diafragmática.

A continuación, se recibe el feedback de la tarea que se mandó para casa: practicar la respiración diafragmática.

Y una vez recibido el feedback y hablado de las sensaciones tras realizarlo ofrecemos otra técnica de relajación que se puede realizar: la técnica de relajación diferencial.

Después realizaremos una explicación práctica de la relajación diferencial, centrándonos cada vez en un grupo de músculos y dando las instrucciones de visualizar los músculos en nuestra mente y relajándolos de nuevo (Payne, 2005).

Tarea para casa: practicar la relajación diferencial

Tiempo: 30-45 min

Sesión 5. Técnicas de relajación: Feedback y relajación tapping

Objetivo: Conocer y practicar 3 técnicas de relajación para que el usuario elija la más efectiva para él.

Materiales:

- Sala con una mesa
- Dos sillas
- Papel y boli
- Contenido impreso

Desarrollo: Comenzamos la sesión recordando lo que hicimos en la anterior: relajación diferencial, y recibimos el feedback de las tareas de la anterior sesión, que fue practicarla. Una vez recogidas las sensaciones, explicaremos y practicaremos la relajación tapping.

Para dar las directrices de la relajación tapping, nos centraremos en especificar en qué zonas se deben dar los pequeños golpecitos y en reflexionar sobre la frase que se repetirá, algo que este preocupando a la persona por lo que se sienta triste o ansioso (Payne, 2005).

Tarea para casa: practicar la relajación tapping.

Tiempo: 30-45 min.

Sesión 6. Higiene del sueño (1)

Objetivo: Conocer la higiene del sueño del usuario y llegar a un acuerdo para mejorar el sueño.

Materiales:

- Sala con una mesa
- Dos sillas
- Papel y boli
- Contenido impreso

Desarrollo: Primero se explicará que es la higiene del sueño, y se ira hablando con el usuario sobre cada uno de los puntos del contenido de las “pautas de higiene del sueño”, dialogando con el usuario y llegando a un acuerdo con él para introducir cambios en su rutina de sueño y pueda así descansar mejor.

Algunos de los puntos que se hablarán con el usuario para llegar a un acuerdo son: Establecer un horario regular de acostarse y levantarse, si tiene el hábito de hacer siestas, regular su duración; así como evitar la ingesta de alcohol, fumar o tomar cafeína especialmente antes de acostarse. Además del café, entre algunos alimentos a considerar se incluye té, refrescos de cola o chocolate (son estimulantes del sistema nervioso) y evitar tomar comidas picantes, pesadas o con mucho azúcar 4 horas antes de acostarse. En este sentido, se repasarán diferentes pautas sobre la alimentación y otras cuestiones a tener en cuenta para una buena higiene del sueño (Hospital universitario La Moraleja, s.f; National Institutes of Health, NIH, 2013).

Tarea para casa: Poner en marcha las actividades acordadas durante la sesión en su día a día.

Tiempo: 30-45 min.

Sesión 7. Higiene del sueño (2)

Objetivo: Conocer la higiene del sueño del usuario y llegar a un acuerdo para mejorar el sueño.

Materiales:

- Sala con una mesa
- Dos sillas
- Papel y boli
- Contenido impreso

Desarrollo: Primero se pedirá feedback acerca de los acuerdos realizados la semana pasada, y se irá hablando con el usuario sobre cada uno de los puntos del resto de contenido de las “pautas de higiene del sueño” que quedaron sin hablar. Dialogando con el usuario y llegando a un acuerdo con él para introducir cambios en su rutina de sueño y pueda así descansar mejor.

Algunos de los puntos que se hablarán con el usuario para llegar a un acuerdo son: Realizar ejercicio regular, pero nunca antes de acostarse, dormir en una cama confortable, utilizar una temperatura adecuada para dormir y mantener la habitación bien ventilada, eliminar al máximo el ruido y la luz de la habitación y reservar la habitación para el sueño. No utilizar la habitación como sala de ocio (Hospital universitario La Moraleja, SF; NIH, 2013).

Tarea para casa: Poner en marcha las actividades acordadas durante la sesión en su día a día.

Tiempo: 30-45 min.

Sesión 8. Mindfulness

Objetivo: Incorporar técnicas para ayudar a los usuarios a manejar el estrés y estar presentes en el momento sin juzgar sus emociones.

Materiales:

- Sala con una mesa
- Dos sillas
- Papel y boli
- Contenido impreso

Desarrollo: Se explicará que es el mindfulness, cuál es su objetivo, como la respiración ayuda a controlar los pensamientos y cómo dejar ir las sensaciones y emociones desagradables aceptándolas (Ripoll-Córdoba y Mira-Pastor, 2019).

Tiempo: 30-45 min.

Sesión 9. Reestructuración cognitiva (1)

Objetivo: Modificar patrones de pensamiento negativos e irracionales que causan malestar emocional a los usuarios.

Materiales:

- Sala con una mesa
- Dos sillas
- Papel y boli
- Contenido impreso

Desarrollo: Se explica y se trabaja con ejemplos para que el usuario cree su propio modelo A-B-C.

Tiempo: 30-45 min.

Sesión 10. Reestructuración cognitiva (2)

Objetivo: Modificar patrones de pensamiento negativos e irracionales que causan malestar emocional a los usuarios.

Materiales:

- Sala con una mesa
- Dos sillas
- Papel y boli
- Contenido impreso

Desarrollo: Se profundiza en el modelo ABC realizando un planteamiento del significado de ideas irracionales y exponiendo ejemplos de las mismas

Tiempo: 30-45 min

Sesión 11. Cuestionarios post-test

Objetivo: Obtener información final del progreso del usuario

Materiales:

- Boli
- Papel
- El índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) impreso
- Índice de Severidad del Sueño (ISI) impreso
- STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo impreso
- Sala con mesa
- Dos sillas

Desarrollo: En la última sesión se realizará una entrevista final para obtener información sobre el progreso del usuario, ampliada junto con la realización de “El índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI)” y “Índice de Severidad del Sueño (ISI)” para comparar el puntaje en alteración del sueño con los realizados en la primera sesión. Y la realización del “STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo” para saber la puntuación del usuario en ansiedad y compararlo. De cara a saber si se ha dado un progreso tanto en la mejora del sueño como en los niveles de ansiedad.

Tiempo: 60 min

3. RESULTADOS ESPERABLES DE LA INTERVENCIÓN Y EXPERIENCIA INICIAL DE APLICACIÓN

3.1. RESULTADOS ESPERABLES INTERVENCIÓN

Cuando se inició el presente trabajo el objetivo principal era mejorar la rehabilitación e integración social de los usuarios en un centro de día, centrándose en una intervención individual que aportase una práctica más individualizada y focalizada en las variables ansiedad y las alteraciones del sueño, dos problemáticas con una alta comorbilidad.

La duración planteada para las diferentes sesiones fue de 30 minutos de manera específica para ajustarse a los espacios que pueda tener el usuario entre los distintos talleres que pueden estar programados en el centro de día. No obstante, dado que algunas de las sesiones de la intervención pueden llevar más tiempo, se propone la posibilidad de que las sesiones puedan llegar a durar hasta unos 45 minutos. Por lo tanto, en la intervención planteada se contempla que, en caso de necesidad por parte del terapeuta, la duración de las sesiones pueda oscilar entre 30 y 45 minutos aproximadamente.

Semanalmente se recogerán los datos de la monitorización para poder al final de todas las sesiones ver el desarrollo del usuario. Esperando que se vaya produciendo un progreso según vayan avanzando las semanas, dándose un aumento de las horas de sueño tras las sesiones de relajación e higiene de sueño, y poco a poco una reducción de la ansiedad en las centradas en las terapias de tercera generación y reestructuración cognitiva.

Estos resultados de monitorización obtenidos durante las sesiones se complementarán con los resultados de los cuestionarios “índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI)”, “Índice de Severidad del Sueño (ISI)” y “STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo” realizados al principio en la sesión 1 y en la última sesión realizada.

Se espera encontrar en la evaluación post-test una disminución de los valores de ansiedad del STAI, a un nivel promedio con un percentil igual o inferior a 50, puntuaciones dentro de “buenos dormidores” en el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) y un puntaje inferior a 14 en el Índice de Severidad del Sueño (ISI), siendo “insomnio subclínico”.

3.2. A PROPÓSITO DE UN CASO

El propio Centro de Día en el que estaba realizando las prácticas curriculares me ofreció realizar un par de sesiones de relajación con un usuario, coincidiendo con las sesiones 3, 4 y 5 del programa.

Por ello, aprovechando la oportunidad, en la sesión 1 con el usuario del centro de Día de mis prácticas, se realizó una entrevista inicial con el mismo y la sesión 2 para la realización del pre-test: Pittsburg de calidad de sueño, índice de severidad de insomnio y STAI. Coincidiendo con la “Sesión 1. Entrevista inicial y pre-test” del programa.

En esta sesión se pudo ver que el usuario se trataba de un varón de 52 años, que vivía en un bajo entorno psicosocial. En el cuestionario Pittsburg de calidad de sueño, el usuario puntuó un total de 19/21, siendo “malos dormilones”. En el índice de severidad de insomnio el usuario puntuó 21, “insomnio clínico y un percentil 90 en A/R, y percentil 80 en A/E, ambos “alto” en varones del STAI, teniendo en cuenta que la media poblacional es el percentil 50.

Dado que en la entrevista inicial se vio una correcta adherencia a la medicación, durante las sesiones 3, 4, y 5 se trabajaron las técnicas de relajación, coincidiendo con las sesiones del programa: “Sesión 3. Técnicas de relajación: Que es la relajación y respiración diafragmática”, “Sesión 4. Técnicas de relajación: Feedback y relajación diferencial” y “Sesión 5. Técnicas de relajación: Feedback y relajación tapping” Donde se trabajaron la respiración diafragmática, relajación diferencial/ muscular y de topping.

Estas técnicas de relajación se trabajaron en las sesiones, para practicarlas en momentos de ansiedad y antes de irse a acostarse para relajarse antes de dormir, siendo el objetivo inicial de esta intervención que me ofrecía el centro de prácticas. Tras comentar los resultados positivos con mi tutora del centro, esta me animó a continuar con el usuario.

Por ello se realizaron las sesiones 6 y 7 para mejorar la higiene del sueño del usuario, coincidiendo con las sesiones del programa: “Sesión 6. Higiene del sueño (1)” y “Sesión 7. Higiene del sueño (2)”.

A partir de la sesión 8, surgieron paralelamente otras dificultades como la adicción al tabaco, la ausencia de poner límites antes distintos miembros de la familia y la auto estima del usuario, que se fueron trabajando paralelamente en las sesiones 8, 9, 10, 11, 12 y 13.

En la sesión 14, el usuario nos comunica la ruptura de su hijo con su pareja y la denuncia que ella le ha puesto por agresión y violación, produciendo un retroceso en todo lo progresado en las sesiones, que se fue regulando en las sesiones 15 y 16, pudiendo afectar a los resultados de los cuestionarios post-test.

Ante la falta de tiempo de continuar trabajando con el usuario debido a la finalización de las prácticas, se realizó en la sesión 16 los post- test, coincidiendo con la sesión del programa: “Sesión 11. Cuestionarios post-test”. Aun faltando por realizar las sesiones “Sesión 8. Terapia de tercera generación (mindfulness)”, “Sesión 9. Reestructuración cognitiva (1)” y “Sesión 10. Reestructuración cognitiva (2)”.

Los resultados obtenidos en estos cuestionarios post-test, fueron una puntuación de 30 y percentil 85, alto en A/R de varones en el STAI. Aun manteniéndose alta, se dio una disminución del puntaje en comparación con el 34, percentil 90 del pre-test. En la A/E se dio una puntuación de 24 y percentil 65, con una disminución de la ansiedad considerable en comparación con la puntuación 30, percentil 80 del pretest.

En el cuestionario Pittsburg de calidad de sueño, el usuario puntuó un total de 16/21, “malos dormilones”. Produciéndose grandes avances ante el 19/21 del pre-test, viéndose un progreso sobre todo en las horas de sueño: pasando de 1 hora a 4 horas y en la eficiencia del sueño: de 33% a 57%.

Además, En el índice de severidad de insomnio el usuario puntuó 13, insomnio por debajo el umbral, gran progreso en comparación con la puntuación 21, “insomnio clínico” del pre-test.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1 DISCUSIÓN

En el presente Trabajo Fin de Grado (TFG) se presenta una propuesta de intervención en un centro de día, para personas adultas con esquizofrenia con problemas de ansiedad y alteraciones del sueño.

Para dicha propuesta, se dieron unas directrices prisma a través de las bases de datos “Scopus” y “Web of Science”, confirmando lo revisado en la literatura, la alta comorbilidad entre ansiedad y alteraciones del sueño.

Así como se demostró en Qatar la relación entre los problemas para relajarse con la dificultad para dormir (Karin et al., 2021), o en Inglaterra que altos niveles de ansiedad se encuentran en personas con alteraciones del sueño (McElroy et al., 2019). La revisión

sistemática nos confirma a través de las intervenciones realizadas con anterioridad esta comorbilidad.

Lo que encontramos aquí va un poco en la línea de otros estudios, plasmando la relajación, la higiene de sueño y las terapias cognitivo conductuales dentro de esta propuesta de intervención. Pero además ampliando con la adherencia a la medicación y las terapias de tercera generación, las primeras con la intención de confirmar que el trabajo con el usuario va a tener unos mejores resultados con la adecuada dosis de la medicación, y el segundo para dar la oportunidad de ver los resultados de técnicas de tercera generación, no vistan en revisiones previas.

De igual manera se refleja en los resultados del caso, donde se produjo una mejorar considerable, si tenemos en cuenta que no se pudo terminar la intervención y habiendo que trabajar de manera paralela algunos contenidos que no se encontraban dentro de esta propuesta. Habiéndose logrado unos resultados más positivos en caso de no tener que haber tenido que finalizar las prácticas y haber continuado trabajando con el usuario.

Por lo tanto, se ha demostrado que esta propuesta reduce los niveles de ansiedad y mejora las alteraciones del sueño con sus relacionados, como el insomnio o la calidad del sueño. Aunque al ser una muestra tan reducida (N=1), no son generalizables los resultados.

4.2. CONCLUSIONES

En conclusión, se ha cumplido con el objetivo de este trabajo, la realización de esta propuesta de intervención en un centro de día, para personas con esquizofrenia, ansiedad y alteraciones del sueño que pueden presentarse de forma comórbida.

Utilizando una revisión sistemática con directrices prisma para la revisión de otras propuestas de intervención, para proporcionar mayor fiabilidad de los resultados y mantener aquello que funcionó e innovar en aquello que podría mejorarse.

La duración de las sesiones es una diferencia con otras propuestas de intervención revisadas, dando prioridad a ajustarnos a los tiempos entre los talleres y actividades que realizan los usuarios para su rehabilitación cognitiva, siendo un extra en lugar de una sustitución a las actividades que ya realizan en el centro.

Esta flexibilidad se puede realizar al ser un programa individualizado donde el propio sujeto puede ajustar la separación entre sesiones en función de su horario y sus

necesidades, siendo fácil encontrar un hueco por su corta duración de 30 minutos en el contexto al que está dirigido, 45 minutos si se necesita dedicar más tiempo a algún objetivo.

Los estudios indican los efectos positivos de trabajar la relajación, la higiene del sueño, la reestructuración cognitiva y la terapia de tercera generación, siendo también necesario una psicoeducación en relación al tratamiento farmacológico, dado la cantidad de medicamentos de por vida que las personas con esquizofrenia tienen que tomar.

En relación al caso presentado, no se pudieron presentar todas las sesiones al tener que ajustarse las sesiones a las necesidades del usuario. Además, las sesiones se realizaron en función de los criterios de la profesional que estaba a cargo del caso, que creyó más oportuno realizar unas sesiones y no otras.

En cuanto a las limitaciones, la mayoría de las sesiones con el usuario no se pudieron ajustar al tiempo, en rango de 30-45, debido a que la monitorización de las variables se alargaba más de lo debido. Ciertamente que las sesiones solo se pudieron realizar con un único usuario, con lo cual no son resultados concluyentes para poder generalizar. El inconveniente del tiempo podría deberse a diversos factores como la necesidad de comunicar como se siente ante la falta de persona con quien hacerlo o la complejidad de la situación del usuario. Otra de las limitaciones encontradas es que se trata de una propuesta, sin haber evidencias que permitan confirmar si es una intervención útil para abordar los objetivos terapéuticos que se propone.

También se pudo observar en el caso tratado, ciertos temas que no se encontraban dentro del programa, como la adicción al tabaco o los límites con diversos familiares y sus consecuencias en la autoestima del usuario, repercutiendo también en la ansiedad y la alteración del sueño. Dichos temas son problemas o dificultades importantes a tratar más adelante y que pueden conllevar plantear una intervención adicional más específica.

Para futuras investigaciones, sería interesante profundizar en cómo las adicciones o la autoestima pueden influir en la ansiedad y alteraciones del sueño en personas con esquizofrenia para poder abordarlo de manera más estructurada en caso de que surjan en la realización de este programa.

Sería interesante también que en el futuro se implemente esta intervención con más usuarios a nivel nacional, y se recojan más datos sobre su impacto en la sintomatología, así como posibles mejoras que se deban abordar. En este sentido, sería conveniente

que los estudios que se realicen sigan un diseño de evaluación pretest-postest, y preferiblemente que incluyan seguimientos a corto, medio y largo plazo.

En definitiva, la ansiedad y las alteraciones del sueño son clave para que las personas con ansiedad lleven una mejor vida y puedan ver una mejora más allá de la regulación de síntomas por la medicación. Siendo importante no solo conocer esta información, sino tener la oportunidad de practicarla y usarla en las situaciones que necesiten.



5. Referencias bibliográficas

- Álvarez-García H. B, Lugo-Gonzalez, I V. y Gonzalez-Betanzos, F. (2023). Psychometric properties of the Insomnia Severity Index (ISI) in Mexican adults. *Interacciones*, 9: e311.
- Bar, M., Schrieber, G., Gueron-Sela, N., Shahar, G. y Tikotzky L. (2020). Role of Self-Criticism, Anxiety, and Depressive Symptoms in Young Adults' Insomnia. *International Journal of Cognitive Behavioral Therapy*, 1315-29. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00058-2>
- Beck, S. L., Schwartz, A.L. Towsley, G., Dudley, W. y Barsevick, A. (2004). Psychometric Evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27 (2). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.12.002>
- Braga, R. J., Reynolds, G. P. y Siris, S. G. (2013). Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Research in Psychiatry*, 210 (1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.030>
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. y Kupfer, D. J. (1989). Índice de calidad el sueño de Pittsburgh (PSQI).
- Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). *Seguimiento*. Diccionario Médico. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/seguimiento>
- De Toscano, G. T. (2009). La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. *Journal de Ciencias Sociales*, 46, 45-73.
- Díaz, G. A., Costanzo, M. C., Meneses, M. E. R., y Arroyo, M. B. (2017). Una revisión de los trastornos del sueño en la esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, 24(2), 55-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2017.05.005>
- Fried, E. I., van Borkulo, C. D., Cramer, A. O., Boschloo, L., Schoevers, R. A. y Borsboom D. (2017). Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52 (1), 1- 10. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1319-z>
- García, J. J. M., Callejo, J. M. M., Collado, E. N., García, J. M. S., y Alonso, T. O. (2012). Terapia cognitivo-conductual grupal en el tratamiento de la sintomatología positiva de pacientes esquizofrénicos crónicos. Un estudio preliminar. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 12(1), 69-84.
- Hospital Universitario La Moraleja (s.f). *Guía de pautas de Higiene del sueño*. https://www.hospitallamoraleja.es/pdf/pautas_higiene_sueno.pdf
- Guillén-Riquelme, A., y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicotema*, 23 (3), 510-515.
- Herrera, A. P. G. (2007). *El autorregistro como "espejo" de la práctica docente*. https://scholar.google.com.mx/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=V18ImDAAAAAJ&citation_for_view=V18ImDAAAAAJ:5nxA0vEk-isC
- Karim, M. A, Ouanes, S., Reagu, S. M. y Alabdulla M. (2021). Network analysis of anxiety and depressive symptoms among quarantined individuals: cross-

sectional study. *BJPsych Open*, 7(6): e222.
<https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1060>

Lindstrom, L. H. (1994). Long-term clinical and Social outcome studies in schizophrenia in relation to the cognitive and emotional side effects of antipsychotic drugs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 74-76.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05837.x>

McElroy, E., McIntyre, J. C., Bentall, R. P., Wilson, T., Holt, K., Kullu, C., Nathan, R., Kerr, A., Panagaki, K., McKeown, M., Saini, P. Gabbay, M. y Corcoran, R. (2019). Mental Health, Deprivation, and the Neighborhood Social Environment: A Network Analysis. *Clin Psychol Sci*, 7(4), 719-34.
<https://doi.org/10.1177/2167702619830640>

National Institutes of Health (NIH; 2013). *En resumen: Su guía para un sueño Saludable*.
https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/sleep/In_Brief_YG_to_Sleep_Spanish_Final.pdf

Pablos, E. G. (2009). Comorbilidad en esquizofrenia. *Informaciones psiquiátricas, Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (197), 163-176.

Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. Características, limitaciones, repercusiones sociales y emocionales, (4), 151-172.

Payne, R. A. (2005). *Técnicas de relajación*. Editorial Paidotribo.

Ripoll-Córdoba, J. F y Mira-Pastor, A. (2019). *Propuesta de intervención basada en Mindfulness, apoyada mediante evaluación ecológica momentánea, dirigida a pacientes con esquizofrenia*. <https://zaguan.unizar.es/record/128769>

Salinas-Tabuenca, O. y Monteagudo-Egea, L. (2016). Esquizofrenia y vulnerabilidad. Terapia ocupacional y rehabilitación psicosocial como medio de intervención ante las limitaciones en la participación social.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). STAI, *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Tea Ediciones.