



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2025-2026

Trabajo Fin de Máster

EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO
DE LA ANSIEDAD EN UNA MUJER CON PARÁLISIS CEREBRAL

Autor/a: María del Mar González Sánchez

Tutor/a: M. Carmen Neipp López

Código de la oficina de Investigación

Responsable:

TFM.MPG.MDCNL.MDMGS.250626

Convocatoria: Enero 2026

Resumen

La parálisis cerebral es un trastorno neurológico crónico que limita la autonomía y puede afectar el bienestar emocional y la calidad de vida. La ansiedad es frecuente debido a las dificultades físicas, comunicativas y sociales asociadas, lo que hace necesario considerar el apoyo psicológico como parte del enfoque integral. Por lo tanto, su abordaje resulta fundamental para evitar complicaciones futuras. El objetivo de este trabajo fue diseñar una intervención para reducir los síntomas de ansiedad y mejorar la calidad de vida en una mujer adulta con parálisis cerebral, a través de una intervención cognitivo-conductual. Como instrumentos de evaluación se utilizaron entrevistas, registros y se aplicaron cuestionarios pretest y postest estandarizados para evaluar sintomatología ansiosa y calidad de vida. La intervención se desarrolló a lo largo de 19 sesiones semanales, utilizando psicoeducación, técnicas de autocontrol como la respiración diafragmática y relajación, técnicas cognitivo-conductuales de reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, activación conductual, exposición gradual en imaginación, entrenamiento de habilidades de afrontamiento y resolución de problemas. Tras la intervención, los resultados obtenidos mostraron un cambio notable en síntomas de diferentes problemas de ansiedad medidos, incluyendo ansiedad estado y ansiedad rasgo, así como en calidad de vida. El presente trabajo muestra una intervención cognitivo-conductual que puede ser útil para la mejora de la sintomatología ansiosa y de calidad de vida en adultos con parálisis cerebral.

Palabras clave: parálisis cerebral; ansiedad; calidad de vida; terapia cognitivo-conductual; caso de estudio.

Abstract

Cerebral palsy is a chronic neurological disorder that limits autonomy and may affect emotional well-being and quality of life. Anxiety is common due to the physical, communicative, and social difficulties associated with this condition, making psychological support a necessary component of a comprehensive approach. Therefore, addressing anxiety is essential to prevent future complications. The aim of this study was to design an intervention to reduce anxiety symptoms and improve quality of life in an adult woman with cerebral palsy through a cognitive-behavioural intervention. Interviews and self-monitoring records were used as assessment tools, and standardized pretest and post-test questionnaires were administered to evaluate anxiety symptomatology and quality of life. The intervention was conducted over 19 weekly sessions and included psychoeducation; self-control techniques such as diaphragmatic breathing and relaxation; cognitive-behavioural techniques including cognitive restructuring, self-instructions, and behavioural activation; gradual imaginal exposure; and training in coping skills and problem-solving. Following the intervention, the results showed a notable improvement in symptoms across different anxiety-related measures, including state anxiety and trait anxiety, as well as in quality of life. This study presents a cognitive-behavioural intervention that may be useful for improving anxiety symptoms and quality of life in adults with cerebral palsy.

Keywords: cerebral palsy; anxiety; quality of life; cognitive-behavioural therapy; case study

Introducción

La parálisis cerebral (PC) es un “grupo de trastornos motrices en el desarrollo del movimiento y de la postura, causado por una actividad limitada, atribuidos a un trastorno no progresivo, que sucede durante el desarrollo fetal o en el cerebro de un niño pequeño” (Bax et al., 2005). “Los trastornos motores de la parálisis cerebral suelen acompañarse de alteraciones cognitivas, de la sensibilidad, percepción, comunicación y conducta; así como de epilepsia y problemas musculoesqueléticos secundarios” (Rosenbaum et al., 2007; Federación ASPACE Castilla y León, 2017).

La parálisis cerebral constituye una de las principales causas de discapacidad motora y es la causa más común de discapacidad en la infancia, con una prevalencia estimada de entre 1,5 y 3 casos por cada 1.000 nacidos vivos en España (Peláez et al., 2021).

En cuanto a la etiología, la parálisis cerebral se origina a partir de la combinación de diversos factores de riesgo que pueden actuar antes, durante o después del nacimiento, y en algunos casos no es posible identificar una causa específica que explique su aparición (Rosenbaum et al., 2007, p. 13). Las causas principales de la PC son: prematuridad (78%), crecimiento intrauterino restringido (CIR, 34%), infección intrauterina (28%), hemorragia (27%), patología placentaria grave (21%) y parto múltiple (20%) (García et al., 2022, p.104).

Aunque la PC se asocia principalmente con dificultades motoras, los adultos también presentan alteraciones cognitivas, sociales y emocionales, variando según la lesión y su extensión. Se identifican problemas sensoriales (audición, visión, propiocepción) y

dificultades cognitivas que pueden ir desde el funcionamiento normal hasta discapacidad intelectual severa. Además, surgen problemas de comunicación, interacción social y aprendizaje. A nivel emocional, son comunes la ansiedad, baja autoestima y depresión, junto con trastornos neurológicos y psiquiátricos asociados, como la epilepsia, lo que complica la intervención psicológica (Federación ASPACE Castilla y León, 2017).

Castellanos et al. (2007) proponen una tipología de la parálisis cerebral basada en signos clínicos, causas y localización de las lesiones cerebrales. La parálisis cerebral espástica es la más frecuente, afectando al 70–80 % de los casos, caracterizada por aumento del tono muscular y rigidez. El término tetraparesia se usa cuando se afecta las cuatro extremidades y el tronco, lo que implica un alto nivel de dependencia funcional.

La repercusión funcional de la PC se evalúa según cómo las alteraciones motoras afectan la autonomía y participación diaria, utilizando sistemas como el Gross Motor Function Classification System (GMFCS) para la movilidad (Palisano et al., 1997) y el Manual Ability Classification System (MACS) para la función manual (Eliasson et al., 2006). En casos graves, como el de este estudio, se requiere asistencia significativa para la movilidad, el control postural y la manipulación de objetos. La Ley 39/2006 clasifica la dependencia en grados, siendo el Grado III cuando se requiere asistencia constante debido a la pérdida total de autonomía.

En cuanto al tratamiento de la parálisis cerebral “Partiendo de la base de que la PC es un trastorno motor permanente y que afecta además habitualmente a otras funciones, el objetivo de la terapia no es la curación, sino conseguir el mejor desarrollo funcional en todos los ámbitos” (Hurtado, 2007). Las terapias aplicadas en personas PC no persiguen la reversión del trastorno, sino la atenuación de sus efectos, orientándose a la optimización

del bienestar y la calidad de vida de quienes la presentan. El tratamiento de las personas con parálisis cerebral es multidisciplinar e individualizado en todas las etapas de su vida (Federación ASPACE Castilla y León, 2017). Los tratamientos para el trastorno motor deben ser individualizados y centrarse en mejorar funciones específicas, prevenir deformaciones secundarias o aliviar el dolor en casos graves (Hurtado, 2007).

Además, es crucial una intervención en estimulación sensorial y cognitiva para mejorar la relación con el entorno y mantener las capacidades cognitivas superiores. La Federación ASPACE (2017) destaca la importancia de una intervención integral, que abarque el entrenamiento en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) para favorecer la autonomía personal, logopedia para intervenir en dificultades de comunicación y deglución y atención psicológica para mejorar el bienestar emocional.

Entre los problemas psicológicos más frecuentes en las personas con PC destacan los trastornos de ansiedad debido tanto a las limitaciones físicas como a múltiples factores como las preocupaciones sobre el futuro, la aceptación social, la percepción de dependencia, exclusión social. Por lo que, la atención temprana y el tratamiento adecuado de la ansiedad en la PC es fundamental para mejorar la calidad de vida.

La ansiedad es una reacción emocional común ante situaciones percibidas como amenazantes, que cumple una función de protección y adaptación. No obstante, cuando esta respuesta se presenta de forma intensa, persistente o desproporcionada, puede convertirse en un trastorno que afecta negativamente al bienestar y al funcionamiento diario de la persona (American Psychiatric Association, 2013). Entre los síntomas más frecuentes se encuentran la preocupación excesiva, la inquietud constante, la irritabilidad y manifestaciones físicas como palpitaciones, sudoración o sensación de ahogo. En personas con discapacidad física, como aquellas con parálisis cerebral, estos síntomas

pueden verse agravados por factores añadidos como la dependencia funcional, las barreras de accesibilidad o las dificultades en la interacción social y comunicativa, favoreciendo los síntomas de ansiedad, consolidándose como ansiedad rasgo y afectando a su bienestar emocional.

La presencia de parálisis cerebral se asocia con un mayor riesgo de trastornos de ansiedad y depresión en la etapa adulta, lo que puede repercutir negativamente en la percepción del bienestar emocional y en la calidad de vida general de estas personas. Este mayor riesgo se ha observado especialmente en adultos con parálisis cerebral sin discapacidad intelectual asociada, lo que sugiere que los desafíos físicos y sociales inherentes a la condición podrían influir en su salud mental y, por ende, en su calidad de vida (Smith et al., 2019).

Diversas investigaciones han demostrado que las personas con parálisis cerebral presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar trastornos de ansiedad en comparación con la población sin esta condición, evidenciando la importancia de considerar el bienestar emocional junto a las limitaciones motoras en este colectivo (Vargus-Adams y Khandaker, 2023).

Smith et al. (2019) destacan la importancia de abordar no sólo las limitaciones motoras propias de las personas con PC, sino también los factores emocionales que perjudican el bienestar y la calidad de vida. Sus investigaciones han evidenciado que las personas con parálisis cerebral presentan un riesgo elevado de desarrollar trastornos de ansiedad y depresión comparándolo con población normal. Concluyendo que los adultos con PC tienen más factores de riesgo fisiológicos, sociales o psicológicos relacionados con la ansiedad como la multimorbilidad, aumento del dolor y problemas en las relaciones sociales.

Respecto a la prevalencia de ansiedad en personas adultas con parálisis cerebral, un estudio difundido por Infosalus (2019), basado en datos de la Universidad de Michigan (Whitney et al., 2019), señala que los hombres adultos con PC presentan una prevalencia del 19,5 % en trastornos de ansiedad, frente al 11,1 % en la población masculina sin esta condición. En el caso de las mujeres, los niveles son similares o incluso superiores a los de sus pares sin discapacidad. Este hallazgo indica una carga emocional significativamente mayor en personas con PC.

La Federación ASPACE (2023) también ha manifestado una creciente preocupación por los efectos emocionales asociados a esta condición en la edad adulta. En este contexto, el concepto de calidad de vida adquiere una relevancia especial, tanto como criterio de bienestar subjetivo como indicador de eficacia terapéutica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida (CV) como la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes (OMS, 2002). Esta definición pone de relieve el carácter subjetivo y multidimensional del concepto, al integrar aspectos relacionados con la salud física y emocional, así como la interacción de la persona con su entorno social, cultural y ambiental.

Schalock y Verdugo (2003, 2013) plantean que la calidad de vida es un “estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales. Estas dimensiones centrales son iguales para todas las personas, aunque su relevancia y significado pueden variar individualmente. La evaluación de las dimensiones está basada en indicadores sensibles a

la cultura y al contexto en que se desarrollan.” La calidad de vida se relaciona con la satisfacción de las necesidades y la capacidad de aprovechar las oportunidades de desarrollo y realización personal que surgen a lo largo de la vida”. La calidad de vida pone el énfasis en la persona, en la satisfacción de necesidades y con la capacidad de aprovechar las oportunidades que le permiten crecer, desarrollarse y realizarse a lo largo de su vida.

Por su parte, Fernández (2009) destaca que la calidad de vida surge de la combinación entre condiciones objetivas de vida y la valoración subjetiva que realiza la persona sobre dichas condiciones, subrayando la importancia del bienestar, la autonomía personal y la participación social.

El modelo de CV propuesto por Schalock y Verdugo (2007) identifica ocho dimensiones centrales que actúan como indicadores, definiéndose como percepciones de calidad de vida y como manifestación del bienestar personal. Según los autores, estas dimensiones representan la “posibilidad de mejora en cualquier persona, independientemente de que presente o no retraso mental y de la necesidad de apoyo más o menos generalizado” (Schalock y Verdugo, 2007).

Considerando el modelo de calidad de vida y necesidades percibidas, “la satisfacción de las necesidades es un principio primordial para conseguir el bienestar personal de la persona con discapacidad” (Verdugo y Schalock., 2013) la salud emocional y el bienestar psicológico son factores determinantes en la calidad de vida de los adultos con parálisis cerebral. Tal y como se ha expuesto anteriormente, la ansiedad constituye una respuesta emocional frecuente en este colectivo, presentándose de forma intensa y persistente como consecuencia de las limitaciones físicas, la dependencia funcional y las dificultades en la interacción social. Desde el modelo de Calidad de Vida propuesto por Verdugo y Schalock,

la calidad de vida en personas con discapacidad es un concepto multidimensional que abarca el bienestar emocional, físico, social y el desarrollo personal. En este sentido, la presencia de ansiedad en adultos con parálisis cerebral, puede afectar significativamente el bienestar emocional y repercutir negativamente en su calidad de vida, limitando la participación social, la autonomía y las oportunidades de desarrollo personal.

Aunque la parálisis cerebral es una condición no progresiva, los desafíos físicos y sociales asociados pueden generar estrés y ansiedad persistente a lo largo de la vida adulta. En este contexto, el estudio de Cedeño et al. (2023), realizado en personas con discapacidad motora, mostró que niveles altos de ansiedad se relacionaban con una menor calidad de vida, mientras que la ansiedad estado tenía un efecto menos significativo. Estos hallazgos destacan la importancia de abordar la salud mental y la regulación emocional como elementos principales para mejorar el bienestar y la calidad de vida en esta población (Cedeño et al., 2023).

Por consiguiente, y basándonos en los estudios consultados, se observa que la ansiedad afecta el bienestar emocional y se relaciona con una menor calidad de vida en adultos con parálisis cerebral

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha demostrado ser una de las intervenciones más eficaces para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Beck, 2011; Clark & Beck, 2012). Este enfoque se centra en modificar patrones cognitivos disfuncionales mediante técnicas como la reestructuración cognitiva, la exposición gradual, la relajación, la respiración diafragmática, el entrenamiento en habilidades sociales y la solución de problemas. La TCC adaptada ha mostrado buenos resultados en personas con discapacidad intelectual o enfermedades crónicas, logrando reducciones

significativas de los niveles de ansiedad y mejorando la percepción de autoeficacia y calidad de vida (Dagnan et al., 2018; White et al., 2010).

El objetivo del presente trabajo fue llevar a cabo una intervención cognitivo-conductual dirigida a mejorar la sintomatología ansiosa y mejorar la calidad de vida (CV), en una mujer adulta que cumple con los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad según el DSM-5 (APA, 2014).

Se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Evaluar los cambios en los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo tras la intervención.
- Analizar los cambios en la calidad de vida global percibida tras la intervención.
- Evaluar la evolución de las dimensiones de la calidad de vida, especialmente el bienestar emocional (BE), las relaciones interpersonales (RI) y la autodeterminación (AU).

Tras la intervención, las hipótesis que se plantean son las siguientes:

- Se espera una reducción significativa de los niveles de ansiedad de la paciente.
- Se espera una mejora significativa en su calidad de vida global tras la intervención.
- Se espera una mejora en la percepción de la calidad de vida, especialmente en las dimensiones relacionadas con el bienestar emocional y las relaciones interpersonales.

Método

Participante

Descripción del caso

P. es una mujer de 50 años de edad que vive en la Residencia de la Asociación de Parálíticos Cerebrales. La familia de la paciente está formada por sus padres de 73 años y un hermano de 36 años. P. convive con ellos algunos fines de semana y en periodos vacacionales. El nivel socioeconómico familiar es medio-alto.

Motivo de consulta

P. acude al departamento de psicología de la Residencia, debido a que ha sufrido varios episodios de ansiedad ocurridos en los últimos meses. Presenta síntomas de fatiga, preocupación excesiva, irritabilidad, pérdida de apetito e insomnio. Esta situación está provocando mucho malestar en los diferentes ámbitos de la vida de P. interfiriendo en el funcionamiento diario y en la calidad de vida de la paciente. Los padres y P. solicitan asesoramiento psicológico. La información que nos aportaba P. sobre el gran malestar que le generaban sus preocupaciones junto a descripción realizada por los padres muestra indicios clarificadores de que podría tratarse de un trastorno de ansiedad.

Historia del problema

Los datos proporcionados por la familia y la información clínica señalan que el embarazo transcurrió sin incidencias. Tras el parto por cesárea, requirió soporte de oxígeno para su estabilización. Se estableció el diagnóstico de tetraparesia asociada a un síndrome

de Reyne con probable origen en un sufrimiento fetal perinatal, disponiendo en la actualidad de un grado de discapacidad del 90% y un Grado III, nivel II de dependencia.

Su desarrollo se dio en un entorno familiar estable. Desde pequeña mostró una gran curiosidad, especialmente por aprender a leer y escribir. La relación con su familia siempre ha sido muy buena, son su prioridad y para ella ha sido importante cumplir sus expectativas. P. señala la influencia de su madre, cuya exigencia considera positiva, pues le ha ayudado a esforzarse, ganar autonomía y a ser responsable. Por ello, tiende a ser muy autoexigente y mantiene un fuerte deseo de no fallarles, atribuyendo a sus padres gran parte de lo que ha conseguido.

La adolescencia supuso un periodo complejo, comenzando los episodios de ansiedad y un aumento progresivo de las preocupaciones, que con el tiempo se han intensificado. P. tiene una gran capacidad crítica y necesidad de autodeterminación. Su carácter sensible, junto con una marcada responsabilidad, perfeccionismo y autoexigencia. Piensa que es una carga para su familia con una visión crítica y dura de sí misma.

Manifiesta sentimientos de culpabilidad, miedo al futuro y temor a no ser querida o aceptada, volviéndose más irritable, mostrando con más frecuencia conductas desadaptativas, sin motivo aparente y afectando a su capacidad de autocontrol. También se observó aislamiento y un descenso en su rendimiento diario. En la actualidad presenta un patrón ansioso más acusado, caracterizado por pensamientos recurrentes, preocupaciones persistentes, síntomas físicos e ideas negativas sobre sí misma, además de episodios de llanto y agitación ante picos de ansiedad. Familia y profesionales refieren varios episodios recientes que afectan de forma clara su funcionamiento diario.

Evaluación del caso

La evaluación inicial se realizó durante tres sesiones a lo largo de tres semanas. Se utilizaron diversos procedimientos para obtener información con el objetivo de conocer y analizar los posibles factores desencadenantes, predisponentes, mantenedores y la evolución de la ansiedad hasta la actualidad.

Información cualitativa

La entrevista clínica con P. se realizó utilizando el SAAC (Sistema Aumentativo y Alternativo de Comunicación), específicamente un comunicador digital que P. maneja con un pulsador lateral derecho. Aunque necesita apoyo inicial para colocar y activar el dispositivo, luego puede usarlo de manera autónoma. El sistema pictográfico incluye un tablero de vocabulario núcleo con páginas periféricas.

La entrevista permitió identificar el problema inicial, gestionar las preocupaciones de la paciente y establecer motivación y adherencia al tratamiento. También se recabó información sobre su funcionamiento en áreas como la vida familiar, social y personal, y se realizó un análisis funcional. Además, se entrevistó a la madre y al equipo de la residencia para concretar los objetivos terapéuticos, obtener información sobre su contexto y establecer un diagnóstico clínico, lo que ayudó a informar sobre la intervención terapéutica.

Desde el inicio de la intervención, P. se mostró muy motivada, tratando los problemas que le causaba gran malestar a través de preguntas que pretendían aclarar cómo afectaba la ansiedad en su vida cotidiana. La entrevista permitió obtener información in situ del malestar que le generaban ciertos temas, observándose cómo la paciente se agitaba

y lloraba. También se atendió a las quejas de la paciente reflejando sus niveles de autoexigencia, autocrítica y perfeccionismo, destacando las declaraciones del tipo “soy un estorbo para mis padres”, “tengo miedo”, “tengo ganas de salir corriendo”, que le hacen percibir su mundo como una obligación, junto a una tendencia a interpretar lo peor.

Información cuantitativa

Para evaluar la eficacia y evolución del tratamiento, se aplicaron el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E/R) y la Escala INICO-FEAPS de Calidad de Vida. Se realizaron adaptaciones para garantizar la accesibilidad y comprensión de la paciente, incluyendo lenguaje simplificado, apoyos visuales, el uso del comunicador personal y ampliación de tiempos de respuesta.

Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI-E/R (Spielberger et al.1982). Evalúa la ansiedad a través de dos subescalas diferenciadas, compuestas por 20 ítems: ansiedad-estado (E) y ansiedad-rasgo (R). Con una escala tipo Likert de 4 puntos. En mujeres, una puntuación superior a 20 (E) o a 23 (R) indica presencia significativa de ansiedad. El cuestionario presenta una fiabilidad alta ($\alpha = .90-.93$ en estado; $\alpha = .84-.87$ en rasgo) y validez convergente elevada ($r = 0.73-0.85$).

Escala INICO-FEAPS de Evaluación Integral de la Calidad de Vida (Verdugo et al., 2013). Consta de 72 ítems en dos versiones: autoinforme e informe de otras personas. Evalúa ocho dimensiones relacionadas con la calidad de vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Presenta una excelente fiabilidad interna ($\alpha = .893$ en autoinforme y $\alpha = .937$ en informe de otras personas). Utiliza un formato de respuesta Likert con cuatro opciones de respuestas: “nunca”; “algunas veces”;

“frecuentemente”; y "siempre". Las puntuaciones obtenidas permiten calcular un Índice Global de Calidad de Vida (ICV) y perfiles dimensionales, determinando cuáles son las dimensiones con puntuaciones más bajas y altas, donde puntuaciones más altas indican una mayor percepción de calidad de vida, mientras que puntuaciones bajas en alguna dimensión reflejan áreas específicas de mayor vulnerabilidad o necesidad de apoyo.

Datos procedentes del registro. Además, P. calificó antes (pretest) y después (postest) de la intervención el nivel de malestar (del 0 = nada al 10 = mucho) que le generaban diferentes preocupaciones, creencias o situaciones que se registraron en la evaluación inicial. De esta forma se pudo comparar la mejora tras la intervención en su nivel de malestar.

Análisis topográfico pretratamiento

Se efectuó un análisis a partir de la información recogida en los registros realizados durante las primeras semanas, con el fin de establecer la línea base de la intensidad de las preocupaciones. Obteniendo una muestra de la intensidad y duración de la sintomatología ansiosa, así como de las situaciones desencadenantes de su malestar.

Las preocupaciones que generaban sus pensamientos eran el principal problema que interfiere a nivel social y familiar. En la información recogida en el registro de ansiedad (Tabla 1), se anotó un total de 5 preocupaciones en la primera semana de registro, relacionadas con la familia, su autoconcepto, la relación con sus compañeros, cuidadores y el futuro. Debido al alto grado de ansiedad, P. sentía un malestar significativo que repercutió en casi todas las áreas de su vida.

Tabla 1

Registro del nivel de malestar basal (del 0 al 10) ante diferentes preocupaciones, creencias o situaciones registradas y puntuaciones respecto al nivel de intensidad pretratamiento.

<i>Ideas registradas</i>	<i>Malestar</i>
	<i>basal</i>
<i>Mi muerte</i>	7
<i>Volverme mala persona</i>	7
<i>Que mi hermano se olvide de mi.</i>	8
<i>Pensar que pueden dejar de quererme mi familia, y cuidadores</i>	9
<i>La muerte de mi madre</i>	10

Los datos obtenidos durante la entrevista con P. y sus padres, así como los registros realizados previos al tratamiento, permitieron formular la hipótesis funcional y de mantenimiento del trastorno de ansiedad. En la tabla se observa que la frecuencia e intensidad es muy alta en todas las preocupaciones, superando todas las puntuaciones el 7/10.

En el STAI, P. obtuvo una puntuación de 47 en Ansiedad Rasgo (Centil 97) y 32 en Ansiedad Estado (Centil 77), indicando un alto nivel de ansiedad en ambos aspectos, lo que confirmó la hipótesis planteada. En la Escala INICO-FEAPS de calidad de vida, obtuvo un Índice Global de Calidad de Vida (ICV) de 109, destacando en áreas como autodeterminación, derechos, inclusión social y bienestar físico. Sin embargo, presentó una

puntuación media en relaciones interpersonales y baja en bienestar emocional (PC=25), lo que sugiere una buena calidad de vida objetiva, pero dificultades en el manejo de emociones y preocupaciones.

Tras el análisis de los datos obtenidos, se pudo confirmar que P. cumplía con los criterios según el DSM-5 para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad (APA, 2014).

Análisis Funcional

Para elegir el tratamiento adecuado se realizó un análisis funcional (Tabla 2) para analizar la conducta problema, las variables que mantienen el problema y los antecedentes externos e internos, así como los consecuentes a corto y medio/largo plazo.

Los estímulos antecedentes al problema de ansiedad incluyen:

a) Variables orgánicas: Ansiedad rasgo, bajo bienestar emocional, déficit de regulación, diálogo interno negativo, perfeccionismo, falta de asertividad, inseguridad, baja autoestima, preocupación excesiva, inseguridad.

b) Estímulos ambientales estresantes (externos): Estilo educativo (madre preocupada) y acontecimientos estresantes (enfermedad familiar, futuro de su hermano), factores de apego (rechazo de cuidadores y profesionales del centro).

Los desencadenantes inmediatos externos abarcan situaciones relacionadas con el acontecer diario como conflictos con compañeros, profesionales y situaciones sociales estresantes (recibir críticas, sentirse excluida), mientras que los desencadenantes internos incluyen perfeccionismo, culpabilidad, pensamientos anticipatorios negativos (miedo a la muerte, abandono) y sensaciones corporales condicionadas.

Las conductas alteradas resultantes son:

1-Fisiológicas (presión en el pecho, ahogo, temblor “me pongo como un terremoto”, náuseas, boca seca, debilidad, dolor de estómago).

2-Cognitivas (creencias negativas y distorsionadas, pensamientos catastróficos “voy a caer en picado”, generalización y pasividad).

3-Emocionales desregulación emocional, frustración, culpabilidad, desesperanza y motoras/conductuales: agitación motriz, dar patadas, autolesión, interrupción de actividad (conducta de escape y evitación).

Las consecuencias a corto plazo actúan de alivio y refuerzo negativo como las respuestas de escape y evitación actúan como mantenedoras al estar reforzadas negativamente con el alivio de los síntomas fisiológicos. La atención y el refuerzo positivo de síntomas (gritos) por parte de familiares y cuidadores actúan como mecanismo de mantenimiento. Sin embargo, a medio/largo plazo estas conductas provocan el deterioro de la estabilidad emocional y de la calidad de vida, aumentando la inseguridad, autoconcepto negativo y la conducta desreguladora aumenta la exclusión y a nivel funcional hay baja actividad, pasividad y pérdida de motivación.

Las repercusiones de no intervenir pueden provocar un deterioro progresivo de su estabilidad emocional y de su calidad de vida. Esto se manifestaría en un aumento de conductas desadaptativas, conflictos familiares y aislamiento social, afectando negativamente a su autonomía, inclusión social y bienestar físico, con una disminución significativa de su calidad de vida global a medio y largo plazo.

Tabla 2
Análisis funcional

Antecedentes desencadenantes	(estímulos)	Respuesta	Consecuencia
Enfermedades de familiares		Fisiológicas Taquicardia Nervios	Consecuencias a corto plazo Refuerzo negativo: evitación del malestar Atención de familia y profesionales
Conflictos con compañeros/profesionales		Cognitiva Preocupaciones Anticipar lo negativo	Consecuencia a largo plazo Bajo autoconcepto y baja autoestima Bajo rendimiento Aumento de pensamientos disfuncionales
Estilo educativo (madre preocupada)		Emocionales Desesperanza Tristeza	

Diseño e Intervención

El estudio es un diseño de caso único, pre-post intervención.

Tratamiento

El tratamiento estuvo dirigido de manera individual utilizando como herramienta de trabajo la Comunicación Terapéutica Asistida por el SAAC (pulsador) y la carpeta. Dado que la demanda principal de P. y sus padres se centraba en eliminar los episodios de ansiedad y mejorar su calidad de vida, se establecieron los siguientes objetivos: 1) Reducir las respuestas fisiológicas y motoras de la ansiedad; 2) Sustituir los pensamientos automáticos desadaptativos por pensamientos racionales; 3) Mejorar el Bienestar Emocional (BE) dentro de los procesos naturales y psicopatológicos (ansiedad) y eliminar las conductas de evitación y escape; 4) Fomentar las Relaciones Interpersonales (RI) entre

iguales y mantenerlas en el tiempo , mejorando sus habilidades asertivas y de resolución de problemas.

La evaluación y aplicación del tratamiento cognitivo-conductual se llevó a cabo en un total de 19 sesiones de dos horas de duración, con una periodicidad semanal. Las dos primeras corresponden a la fase de evaluación, se aplicaron los cuestionarios y el registro basal de la jerarquía de preocupaciones. Durante la tercera sesión se llevó a cabo la psicoeducación, la devolución de información, se explicó el análisis funcional del caso, los objetivos terapéuticos y la propuesta de intervención.

La intervención, que se desarrolló desde la sesión 3 hasta la 19, comenzó con el entrenamiento en ansiedad fisiológica, utilizando Relajación Muscular Progresiva (RMP) y Respiración Diafragmática Adaptada, centradas en el control de la respiración para regular la Ansiedad Rasgo. Luego, se trabajó en reestructuración cognitiva para identificar y cuestionar pensamientos catastróficos, creencias disfuncionales y emociones, así como en la activación conductual. Se incluyó también el entrenamiento en autoinstrucciones positivas, asertividad, manejo de críticas y exposición a la frustración. En la sesión 18, se abordaron el trabajo de apego y el miedo al abandono. La intervención culminó con una sesión de revisión y prevención de recaídas, seguida de una evaluación posttest, informando a P. y sus padres sobre los avances logrados. En la Tabla 3 se muestran los objetivos y contenidos trabajados en cada sesión.

Tabla 3. *Sesiones de tratamiento*

Sesión	objetivos	Contenidos	Tareas para casa
1	Motivo de consulta Recoger información	Entrevista a padres	
2	Recoger información Evaluación pre-test	Entrevista semiestructurada con P. Aplicar cuestionarios STAI y la <i>Escala INICO-FEAPS</i> Jerarquía de preocupaciones mediante el SAAC.	Autorregistro de las preocupaciones en el SAAC
3	Devolución de la información	Psicoeducación adaptada Análisis funcional Informar de los resultados y de los objetivos terapéuticos	Autorregistro de preocupaciones, con nivel de activación en el SAAC.
4	Comprender y confrontar las sensaciones físicas	Revisión del registro Aprender la relación entre emoción intensa y sensación física Aumentar la conciencia de las sensaciones físicas	Registrar que siente tu cuerpo Desencadenante, respuesta emocional y consecuencias en SAAC.
5	Reducir las respuestas fisiológicas y motoras ante la ansiedad. Afrontar la ansiedad	Revisión del registro Entrenamiento en relajación muscular progresiva adaptada.	Autorregistro de relajación en SAAC
6	Afrontar la ansiedad y las respuestas fisiológicas y motoras.	Revisión del registro Entrenamiento en respiración diafragmática adaptada	Autorregistro de respiración en SAAC.

7	Entrenamiento en reestructuración cognitiva	Resolver dudas Definir emociones, relación pensamiento, sensación física y comportamiento Consecuencias de la evitación	Autorregistro (situaciones, pensamientos, sentimientos y acciones, intensidad del malestar (0-10)
8	Entrenamiento en reestructuración cognitiva: discusión cognitiva.	Revisión del registro Identificar distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos negativos	Registro de pensamientos distorsionados, y activación psicofisiológica
9	Reestructuración cognitiva: desafiar el perfeccionismo y la culpa	Revisión del registro Ser más flexible en tu forma de pensar” Las trampas de pensamiento Cómo desafiar interpretaciones automáticas” no soy válida”, valorar las pruebas, la probabilidad y cómo afrontarlo	Evaluar tus pensamientos con preguntas detective
11	Activación conductual	Aprender la “acción opuesta” Actividades agradables	
12	Mejora de la autoestima	Registro de logros Entrenamiento en autoinstrucciones positivas	
13	Expresar emociones negativas y saber decir que no	Entrenamiento en asertividad: pedir ayuda, hacer peticiones y responder a críticas.	
14	Entrenar en habilidades sociales y asertivas	Saber hacer críticas asertivas	

	Resolución de problemas	Pasos de resolución de problemas
15	Entrenamiento en resolución de problemas y conflictos.	Revisión del registro Definición del problema, lluvia de ideas, valorar las soluciones, elegir la mejor y practicar
16	Activación conductual	Lista de actividades agradables
17	Abordaje de apego y miedo al abandono	Análisis de las creencias y construir frases de seguridad “Me quieren, aunque cambien el cuidador”
18	Afrontar las emociones y exponerse en imaginación a las preocupaciones.	Exposición a las preocupaciones. Práctica de exposición emocional
19	Repaso de lo aprendido	Revisión de los contenidos del tratamiento
		Plan de práctica Utiliza este registro para crear un plan para continuar practicando estas habilidades tras la intervención.
	Prevención de recaídas	Registro: Evaluación del progreso y que habilidad ha sido de ayuda.
		Identificar “señales de alarma”.
	Cierre y evaluación post-test	Anticipar situaciones conflictivas en el futuro
		Aplicar cuestionarios posttest.

Reforzar el rol de
mujer adulta,
competente
y con control
emocional.

Entrevista a padres
y
adolescente:
informar de
los avances
tras el
tratamiento.

Resultados

Tras finalizar la intervención, se realizó una evaluación posttest con la finalidad de comprobar los cambios producidos y si se cumplieron los objetivos propuestos.

La Tabla 4 muestra la diferencia en las puntuaciones del STAI antes y después de la intervención. En el pretest, la paciente obtuvo una puntuación de 47 en Ansiedad Rasgo (centil 97) y 32 en Ansiedad Estado (centil 77), indicando una alta sintomatología ansiosa. Tras la intervención, la puntuación en Ansiedad Rasgo bajó a 26, con una mejora del 44,68%. En Ansiedad Estado, la puntuación descendió a 7, con una mejora del 78,13%, indicando una disminución significativa del malestar ansioso situacional.

Tabla 4

Resultados del pretest y postest del *Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI-E/R*

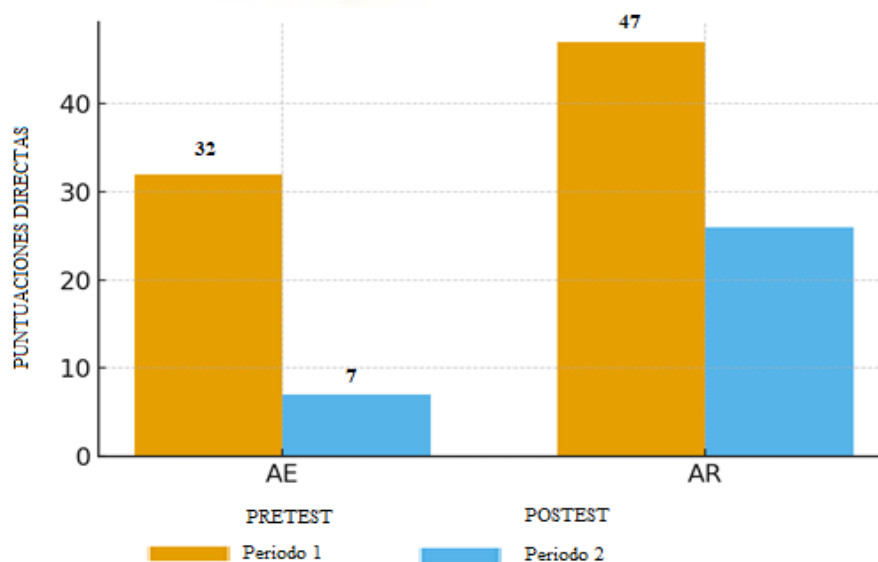
Dimensión		Pretest (PD)	Postest (PD)	Diferencia cambio	del % de mejora
Ansiedad (AR)	Rasgo	47	26	21	44,68 %
Ansiedad (AE)	Estado	32	7	25	78,13 %

Nota: AR= ansiedad rasgo; AE=ansiedad estado

En la Figura 1 se muestran de forma gráfica las puntuaciones pretest y postest obtenidas en el cuestionario STAI-E/R. Como se puede comprobar, las puntuaciones directas del STAI disminuyeron en las dos dimensiones AR y AE.

Figura 1.

Resultados del pretest y postest del *Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI-E/R*



Nota: AR= ansiedad rasgo; AE=ansiedad estado

La Tabla 5 muestra los resultados del pretest y postest de la Escala INICO-FEAPS en la versión de autoinforme. Se observa una mejora significativa, con un aumento del Índice de Calidad de Vida de 109 a 121 (percentil 73 a 92). Las mejoras más destacadas se encuentran en bienestar emocional (de 8 a 12), relaciones interpersonales (de 10 a 13), bienestar físico y bienestar material, mientras que el resto de dimensiones se mantienen.

Tabla 5

Resultados del pretest y postest Escala INICO-FEAPS de Evaluación Integral de la Calidad de Vida. Versión Autoinforme

Dimensión	Pretest	Postest
AU	12	12
DE	11	11
BE	8	12
IS	12	13
DP	13	13
RI	10	13
BM	12	14
BF	12	15
Total puntuaciones estándar	90	103
Índice de Calidad de Vida	109	121
Percentil	73	92

Nota: AU= autodeterminación; DE= derechos; BE= bienestar emocional; IS= inclusión social; DP=desarrollo personal; RI= relaciones interpersonales; BM= bienestar material; BF=bienestar físico.

La Tabla 6 muestra los resultados del pretest y postest en la versión de informe de otras personas. La calidad de vida se mantiene en niveles elevados, con una ligera mejora global, destacando un pequeño aumento en la dimensión de bienestar emocional.

Tabla 6

Resultados del pretest y postest Escala INICO-FEAPS de Evaluación Integral de la Calidad de Vida. Versión de informe de otras personas (puntuaciones directas)

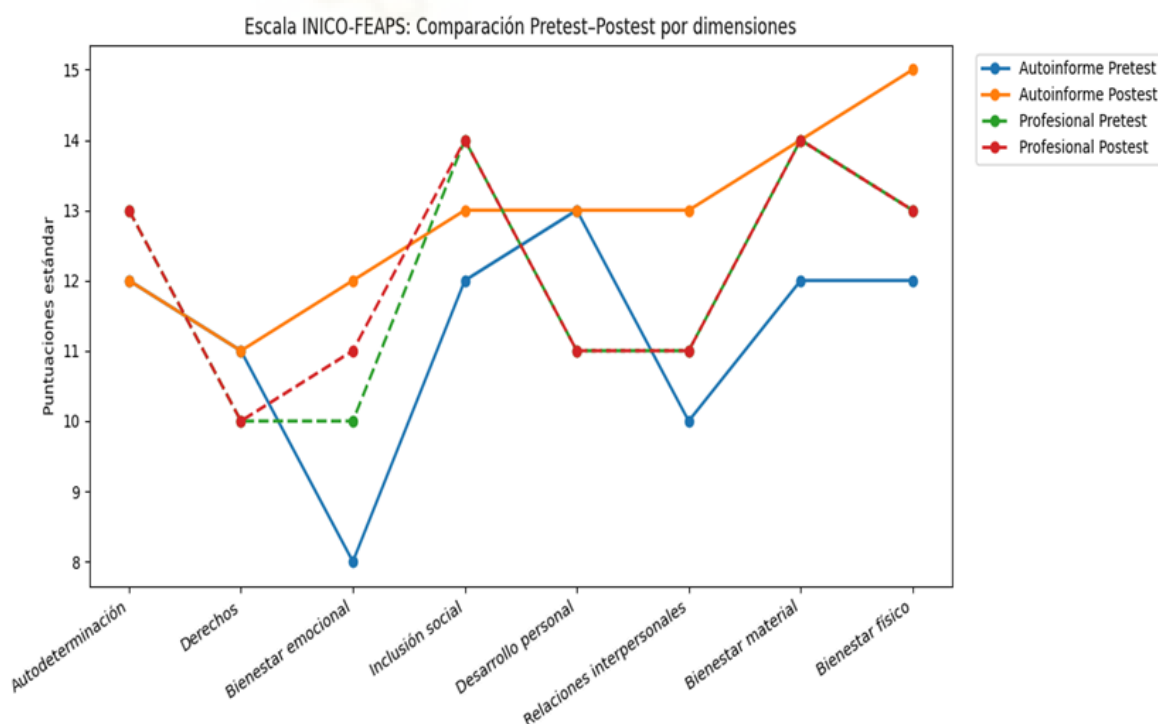
Dimensión	Pretest	Postest
AU	13	13
DE	10	10
BE	10	11
IS	14	14
DP	11	11
RI	11	11
BM	14	14
BF	13	13
Total puntuaciones estándar	96	97
Índice de Calidad	113	114

Nota: AU= autodeterminación; DE= derechos; BE= bienestar emocional; IS= inclusión social; DP=desarrollo personal; RI= relaciones interpersonales; BM= bienestar material; BF=bienestar físico.

La Figura 2 muestra gráficamente las puntuaciones pretest y posttest en las distintas dimensiones de calidad de vida, diferenciando el autoinforme y el informe del profesional. En el autoinforme, se observa un aumento notable en la mayoría de las dimensiones, especialmente en bienestar emocional, relaciones interpersonales y bienestar físico. En el informe del profesional, las puntuaciones permanecen estables, con ligeras mejoras en el bienestar emocional. En conjunto, el gráfico refleja una mejora significativa.

Figura 2

Resultados del pretest y posttest Escala INICO-FEAPS de Evaluación Integral de la Calidad de Vida



La paciente evaluó su nivel de malestar (de 0 a 10) antes (pretest) y después (postest) de la intervención, registrando las preocupaciones que le causaban ansiedad. Esto permitió comparar la mejora en su malestar (Tabla 7). Las preocupaciones sobre la familia y su autoconcepto mejoraron notablemente, aunque algunas como las relacionadas con el futuro de su familia y la muerte, no disminuyeron por completo.

Tabla 7

Registro del nivel de malestar (del 0 al 10) ante diferentes preocupaciones, creencias o situaciones registradas y puntuaciones respecto al nivel de intensidad pretratamiento y postratamiento.

<i>Ideas registradas</i>	<i>Malestar basal</i>	<i>Malestar final</i>
<i>Mi muerte</i>	7	3
<i>Volverme mala persona</i>	7	6
<i>Que mi hermano se olvide de mi.</i>	8	4
<i>Pensar que pueden dejar de quererme mi familia, y cuidadores</i>	9	7
<i>La muerte de mi madre</i>	10	10

En resumen, los resultados muestran que la intervención cognitivo-conductual implementada fue útil, destacando especialmente la disminución de síntomas de ansiedad, incluyendo la ansiedad rasgo y estado, la mejora de la calidad de vida y bienestar emocional de la paciente.

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue llevar a cabo una intervención cognitivo-conductual dirigida a mejorar la sintomatología ansiosa y la calidad de vida (CV) en una mujer adulta que cumple con los criterios diagnósticos para trastorno de ansiedad según el DSM-5 (APA, 2014).

En la primera hipótesis se planteó que tras la intervención, la paciente mostraría una reducción significativa de la ansiedad, evaluada mediante el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E/R). Los resultados confirman esta hipótesis. La ansiedad rasgo disminuyó un 44,68 % y la ansiedad estado un 78,13 %, evidenciando una mejora notable en la sintomatología ansiosa. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que muestran la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para reducir la ansiedad en adultos con discapacidad o enfermedades crónicas, logrando mejoras significativas en los niveles de ansiedad y percepción de autoeficacia (Beck, 2011; Clark & Beck, 2012; Dagnan et al., 2018; White et al., 2010). Durante la intervención, la paciente aprendió a identificar y controlar sus preocupaciones y las manifestaciones físicas asociadas a la ansiedad. Las técnicas de relajación progresiva, respiración diafragmática y autocontrol le permitieron afrontar la ansiedad, eliminar conductas de escape y evitación, y retomar actividades que antes le generaban malestar.

En la segunda hipótesis se esperaba que la paciente experimentara una mejora significativa en su calidad de vida global tras la intervención. Los resultados confirman parcialmente esta hipótesis. Se observó un aumento en la calidad de vida autoinformada, especialmente en las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar físico y material. En los informes de terceros, la calidad de vida se mantuvo elevada, con un ligero incremento global y mejora en bienestar emocional. Estos hallazgos

son coherentes con estudios que indican que los adultos con parálisis cerebral presentan limitaciones que afectan su bienestar emocional y social, y que la intervención terapéutica puede mejorar su calidad de vida al trabajar tanto las habilidades emocionales como la participación social (Verdugo y Schalock, 2013; Cedeño et al., 2023).

En la tercera hipótesis se planteó que la paciente mostraría mejoras en dimensiones concretas de la calidad de vida, especialmente bienestar emocional y relaciones interpersonales, evaluadas mediante la Escala INICO-FEAPS de Calidad de Vida. Los resultados confirman esta hipótesis. La paciente mostró mejoras destacadas en bienestar emocional, relaciones interpersonales y autodeterminación, aplicando habilidades sociales y de resolución de problemas con mayor asertividad. Esto coincide con investigaciones previas que demuestran que la TCC adaptada puede mejorar la calidad de vida y la percepción de autoeficacia en adultos con discapacidad, especialmente en aquellas áreas relacionadas con la interacción social y la regulación emocional (Dagnan et al., 2018; White et al., 2010).

Durante el tratamiento P. fue aprendiendo a identificar y controlar sus preocupaciones y las manifestaciones físicas asociadas a la ansiedad, lo que hizo que aumentara su sensación de control de estas. A través del entrenamiento en las técnicas de autocontrol como de respiración diafragmática y la relajación progresiva adaptadas, las autoinstrucciones ha logrado afrontar la ansiedad y ha eliminado las conductas de escape y evitación pudiendo volver a hacer nuevas actividades que antes le generaban ansiedad. El entrenamiento en reestructuración cognitiva y exposición han logrado que P. sea más flexible en su forma de pensar. A través de las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de problemas ha logrado ser más asertiva y afrontar los problemas sin que le generen ansiedad.

La paciente ha mejorado su calidad de vida en sus diferentes dimensiones, sobre todo en su bienestar emocional, sus relaciones interpersonales, su bienestar material y físico. Aplica las habilidades sociales y de comunicación con sus padres y compañeros, siendo asertiva y resolviendo los problemas diarios con normalidad y sin que le generen malestar. Tanto la paciente como su familia manifestaron su agrado por los avances conseguidos y confianza en que en el futuro va a conseguir afrontar las situaciones de ansiedad. Por tanto, la intervención cognitivo-conductual ha resultado útil para la consecución de los objetivos, destacando la colaboración de los padres y la adherencia al tratamiento.

En relación con las limitaciones del estudio, es importante destacar que no se cuenta con datos del seguimiento meses después del tratamiento que nos permita evaluar la estabilidad de los avances conseguidos tras la intervención. Otra de las limitaciones es el no haber podido evaluar a los padres a través de cuestionarios, lo que hubiera aportado otra perspectiva interesante en la evaluación. Por último, al tratarse de un estudio de caso único, no es posible generalizar los resultados obtenidos al resto de población con este trastorno.

Pese a las limitaciones comentadas, el presente trabajo puede aportar a clínicos e investigadores una experiencia de una intervención útil para mejorar sintomatología ansiosa y el nivel de vida en adultos con parálisis cerebral que presenten una elevada ansiedad. Sin embargo, como línea futura de investigación, se requiere más estudios que incluyan grupo control y seguimiento a largo plazo para evaluar el impacto de este tipo de intervenciones. En este sentido, también sería interesante que los estudios arrojen más luz sobre la eficacia de las distintas estrategias que se suelen incluir en la TCC para tratar la ansiedad en población adulta con parálisis cerebral.

En conclusión, el presente trabajo muestra una intervención cognitivo-conductual que puede ser útil para la mejora de la sintomatología ansiosa y calidad de vida en adultos con parálisis cerebral. En este caso presentado, la paciente presentaba síntomas compatibles con un trastorno de ansiedad, por lo que otros clínicos podrían beneficiarse de esta experiencia para abordar casos similares.



Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B. y Damiano, D. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology*, 47(8), 571-576.
<https://doi.org/10.1017/s001216220500112x>.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Castellanos, G. R., Rodríguez, S. R., y Castellanos, M. R. (2007). Definición y clasificación de la parálisis cerebral: ¿un problema ya resuelto? *Revista de neurología*, 45(2), 110-117.
- Cedeño Casquete, G. C., y Noroña Salcedo, D. R. (2023). *Relación entre ansiedad y calidad de vida en personas con discapacidad motora de Manabí*. *Revista Scientific*, 8(28), 245–266. <https://doi.org/10.29394/scientific.issn.2542-2987.2023.8.28.13.245-266>
- Clark, D. A., y Beck, A. T. (2012). *The anxiety and worry workbook: The cognitive behavioral solution*. Guilford Press.
- Dagnan, D. (2018). Cognitive behaviour therapy. En R. P. Hastings y J. L. Taylor (Eds.), *Advances in Intellectual Disabilities: Research and Practice* (pp. 71-88). Routledge.
- Gual, P., Verdugo, M. Á., y Arias, B. (2011). *Escala INICO-FEAPS: Evaluación integral de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo*. Real

Patronato sobre Discapacidad.

https://sid-inico.usal.es/idos/F8/FDO26135/Escala_INICO-FEAPS.pdf

Infosalus. (9 de agosto de 2019). *Los adultos con parálisis cerebral tienen mayor riesgo de enfermedad mentales*.

<https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-adultos-paralisis-cerebral-tienen-mayor-riesgo-enfermedades-mentales-20190809103850.html>

Confederación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral. (s.f.). *Algunos datos*. <https://aspace.org/algunos-datos>.

Eliasson, A.C., Krumlinde-Sundholm, L., Rösblad, B., Beckung, E., Arner, M., Öhrvall, A.M. y Rosenbaum, P. (2006). The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Developmental medicine and child neurology*, 48(7), 549-554.

Federación ASPACE Castilla y León (2017) Guía para el seguimiento de la parálisis cerebral en atención primaria. www.aspace.org. <http://aspace.org/publicaciones>

Fernández-López, J.A., Fernández-Fidalgo, M. y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184.

García, J., López, M., y Pérez, R. (2022). *Ansiedad y calidad de vida en personas con discapacidad física*. *Revista de Psicología Clínica*, 27(2), 145–158

Hurtado, I. L. (2007). La parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento. *Pediatría integral*, 8, 687-698

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Publicado en: «BOE» núm. 299, de 15/12/2006.

- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2002;37(S2): 74-105.
- Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D., Wood, E. y Galuppi, B. (1997). Gross motor function classification system for cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 39(4), 214-23.
- Peláez-Cantero, M. J., Moreno-Medinilla, E. E., Cerdón-Martínez, A., Gallego-Gutiérrez, S., Madrid-Rodríguez, A., Núñez-Cuadros, E., y Ramos-Fernández, J. M. (2021). Abordaje integral del niño con parálisis cerebral. *Anales de Pediatría*, 95(4), 276.e1-276.e11. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2021.07.002>
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., (2007) A Report: The Definition and Classification of Cerebral Palsy. *Developmental Medicine y Child Neurology*, 49, 8-14. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00001.x>
- Schalock, R. L., y Verdugo, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. 38(4), 21-36.
- URI: https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224_articulos2.pdf
- Smith, K. J., Peterson, M. D., O'Connell, N. E., Victor, C., Liverani, S., Anokye, N., y Ryan, J. M. (2019). *Risk of depression and anxiety in adults with cerebral palsy*. *JAMA Neurology*, 76(3), 294–300. <https://doi.org/10.1001/>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Buena-Casal, G., y Seisdedos, N. (1982). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones.
- Vargus-Adams, S. E., y Khandaker, G. M. (2023). Mental Health and Cerebral Palsy. *Journal of Clinical Medicine*, 12(5), 1813. <https://doi.org/10.3390/jcm12051813>

- Verdugo Alonso, M. Á. (2013). Escala INICO-FEAPS: Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo. *Revista Española de Discapacidad*, 2(1), 247.
- Verdugo, M.A. y Schalock, R.L. (2013). *Discapacidad e Inclusión*. Amarú
- White, P. (2010). *Cerebral palsy and mental health*. En N. J. Gumley y J. L. Taylor (Eds.), *Psychological Therapies for People with Intellectual Disabilities* (pp. 145-160). Routledge.
- Whitney, D. G., Warschausky, S. A., Ng, S., Hurvitz, E. A., Kamdar, N. S., y Peterson, M. D. (2019). Prevalence of mental health disorders among adults with cerebral palsy: A cross-sectional analysis. *Annals of Internal Medicine*, 171(5), 328-333.
- <https://doi.org/10.7326/M18-3420>

