

Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento

Virginia Herrero Gómez y Antonio Cano Vindel¹

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN

Presentamos el proceso de evaluación e intervención terapéutica que llevamos a cabo en el caso de una mujer de 19 años con trastorno adaptativo y elevados niveles de ansiedad, especialmente ante situaciones sociales y de evaluación, asociados al cambio de ciudad de residencia y paso del Instituto a la Universidad.

El tratamiento se estructuró en 12 sesiones con periodicidad semanal. La terapia se centró en reestructuración cognitiva mediante el entrenamiento en observación de pensamientos y eliminación de sesgo atencional e interpretativo. Además, se emplearon técnicas de desactivación fisiológica (entrenamiento en relajación muscular progresiva, respiración, e imaginación y sugestión de situaciones relajantes), modificación de anticipaciones ansiosas, solución de problemas y exposición (imaginaria y real) para favorecer el afrontamiento a determinadas situaciones que en principio le resultaban ansiógenas y evitaba.

Al finalizar el tratamiento se observa una clara mejoría con descenso en su activación fisiológica, desaparición de las conductas de evitación y disminución significativa del número de anticipaciones ansiosas. Se presentan los datos de la evaluación pre y postratamiento, más el seguimiento de 3 y 6 meses. Además, se analiza y discute la eficacia de la intervención.

Palabras clave: ansiedad, trastorno adaptativo, evaluación, tratamiento, caso clínico.

Recibido: 5 de septiembre de 2009

Aceptado: 1 de marzo de 2010

INTRODUCCIÓN

Los trastornos adaptativos (APA, 2000) son aparentemente frecuentes, aunque el patrón epidemiológico varía ampliamente en función de la población estudiada. Se caracterizan por una reacción de desajuste que puede presentarse con síntomas emocionales y/o comportamentales desarrollados en respuesta a uno o más estresores identificables. A veces los síntomas emocionales son de tipo ansioso y se producen como consecuencia de agentes estresantes psicosociales, como la emigración (Avargues y Orellana, 2008; Delgado, 2008; Pereda, Actis y de Prada, 2008; Salaberría, de Corral, Sánchez, Larrea, 2008) o el divorcio (Yáñez, Guerra, Comino, Plazaola y Biurrun, 2008). En este caso, los síntomas de ansiedad pueden dar lugar a lo que denominamos trastorno adaptativo con ansiedad, no cumpliendo los criterios de un trastorno de ansiedad.

Identificación del paciente

J.M. es una mujer de 19 años que es la mayor de 3 hermanos. Procede de un pequeño pueblo de provincia cercana a Madrid.

Actualmente vive en la capital porque está cursando primer año de estudios universitarios.

Análisis del motivo de consulta

La paciente acude a consulta debido a los altos niveles obtenidos en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002) realizado en las clases prácticas de la licenciatura. Esta intervención se lleva a cabo dos meses después, dentro del marco de las prácticas de un curso de posgrado de la Universidad Complutense de Madrid.

A pesar del paso del tiempo, desde la primera evaluación, los síntomas de ansiedad no han remitido. Refiere que se encuentra nerviosa, y que en general es debido a su carácter, pero el problema ha aumentado considerablemente desde que se ha trasladado a Madrid. A lo largo de la exploración se manifiesta muy colaboradora, pero nerviosa; destaca su gran interés y motivación por recibir atención psicológica para resolver sus dificultades con la ansiedad en el contexto académico (González, Donolo, y Rinaudo, 2009), así como en el social (Zubeidat, Salinas y Sierra, 2009).

Historia del problema

En cuanto al inicio del problema, la paciente afirma que desde siempre ha sido nerviosa y tímida, pero es en este curso "cuando peor se ha visto". J.M., hasta ahora, había vivido en su lugar de origen, un pequeño pueblo de Extremadura. Según señala, tiene un concepto

Dirección de contacto:
Antonio Cano Vindel.
Facultad de Psicología.
Universidad Complutense de Madrid.
28223 Madrid.
E-mail: canovindel@psi.ucm.es

bastante negativo de sí misma, se define como insegura y le cuesta tomar decisiones.

En octubre ingresó en la Universidad y cambió de residencia, porque se instaló a vivir en Madrid. A medida que se acercaba temporalmente su marcha a la capital, se mostraba cada vez más nerviosa ante el cambio tan brusco que iba a dar su vida, pues pasaría de vivir en su pueblo con su familia, a estar en Madrid conviviendo en un piso con unas compañeras; añadiendo, además, el cambio del Instituto a la Universidad.

Su rendimiento ha sido claramente inferior a la tónica general mantenida hasta ahora en el Instituto. En el primer cuatrimestre suspende todas las asignaturas del 1º curso de la licenciatura, siendo la primera vez que figuran suspensos en su expediente.

Evaluación

Se recabó información sobre el origen y mantenimiento de la conducta problema mediante entrevistas y autoinformes. La información obtenida a partir de un cuestionario autobiográfico indica que el estado de salud general de la paciente es normal, no habiendo sufrido problemas de salud significativos. Valora satisfactoriamente sus relaciones familiares y sociales, sí es quizás destacable que considera a su hermana como su mejor amiga. Además, las relaciones sociales en Madrid se reducen al ámbito académico (González, Donolo, y Rinaudo, 2009), siendo más restringidas que en su lugar de origen.

En el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002) las puntuaciones obtenidas por la paciente le sitúan dentro del rango Ansiedad Severa, con puntuación centil 80 en ansiedad total o medida del rasgo general. Respecto a su perfil de respuesta, cabe destacar la reactividad en los niveles cognitivo y fisiológico donde obtiene una puntuación centil de 85 y 80, respectivamente; frente al centil 60 alcanzado a nivel motor.

En lo que concierne a las áreas situacionales, la paciente manifiesta severos niveles de ansiedad interpersonal, fóbica y ante las situaciones cotidianas, obteniendo unos valores centiles de 90, 80 y 85, respectivamente. Alcanza una puntuación ligeramente menor en las situaciones de evaluación (centil 70). Según refiere, aunque antes no mostraba tanta ansiedad a los exámenes, en este momento las puntuaciones dadas ante esta situación reflejan elevados niveles de ansiedad (puntuación media 3.66 sobre 4). También destacan las puntuaciones altas en las situaciones interpersonales (“si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima“ y ”cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva”) del ISRA.

Los datos obtenidos de esta prueba referidos a las manifestaciones de la ansiedad, apoyan y coinciden con las respuestas del cuestionario biográfico y con las obtenidas en las entrevistas.

En la entrevista se observa la presencia de ansiedad al viajar en los medio de transporte público que utiliza (autobús), así como miedo a volar en avión, temor que no fue especificado en la demanda inicial. A lo largo del tratamiento no se dio prioridad al miedo a volar por decisión propia de la paciente. A pesar de la insistencia, no cambió de idea y no se abordó este objetivo, por deseo expreso de la paciente, que no lo veía útil en su caso.

También se observa la existencia de preocupación, anticipaciones y otras cogniciones ansiosas en

situaciones como hablar en clase, quedar con los compañeros, o ante los exámenes.

Análisis y descripción de las conductas problema

Las principales conductas problema son: (1) elevados niveles de ansiedad, especialmente a nivel cognitivo, ante cualquier situación de evaluación (principalmente los exámenes de la Facultad), o ante situaciones interpersonales, especialmente con sus compañeros; (2) anticipación de resultados muy negativos sobre su ejecución del examen, infravalorando sus propios recursos y su labor diaria (un ejemplo de estos pensamientos puede ser: “voy a suspender porque es un examen tipo test...”); (3) importante decremento del rendimiento académico desde su ingreso en la Universidad; (4) excesivas anticipaciones ansiógenas, relacionadas con su acento extremeño (al iniciar una conversación o hablar en público); (5) cuando viaja en medios de transporte presenta alta ansiedad, sobre todo elevada activación fisiológica, manifestada con síntomas tales como sudoración, inquietud, palpitaciones, sensación de ahogo, etc.; asimismo, refiere miedo excesivo a volar en avión, aunque argumenta que no necesita viajar en este tipo de transporte; y (6) presenta también frecuentes conductas de evitación manifestadas en relación a hablar en público y relaciones sociales, así como decremento en la probabilidad de poner en marcha sus habilidades sociales (principalmente para iniciar conversaciones, expresar críticas, o decir “no”).

La ansiedad que presenta la paciente, especialmente ante situaciones sociales y de evaluación, está asociada al cambio de ciudad de residencia (Avargues y Orellana, 2008; Delgado, 2008; Pereda, Actis y de Prada, 2008; Salaberría, de Corral, Sánchez, Larrea, 2008) y paso del Instituto a la Universidad, favoreciendo la aparición de cogniciones ansiosas ante determinadas situaciones de su vida diaria (dedica una buena parte del día a este tipo de pensamientos –sesgo atencional-; y además, se trata de pensamientos catastrofistas –sesgo interpretativo).

De acuerdo con el modelo cognitivo, como consecuencia de estos pensamientos disfuncionales y automáticos, la paciente experimenta un incremento en la activación fisiológica, aumentando a su vez la frecuencia y gravedad de las cogniciones erróneas anteriores. Dicha respuesta de ansiedad cobra gran importancia, instaurándose por tanto un ciclo donde la respuesta ansiosa se retroalimenta a sí misma.

Las situaciones estímulas relacionadas con el hecho de ser evaluada (examen o situaciones sociales), funcionan como estímulos discriminativos, incrementando la posibilidad de que se desencadene una valoración negativa de las consecuencias de la situación y de sus propios recursos para hacer frente a las demandas del medio, lo que desemboca en una interpretación de la situación como amenazante, con un fuerte sesgo interpretativo (Eysenck y Eysenck, 2007). Todo ello conduce a una alta activación fisiológica, que produce más malestar, lo que suele desembocar en una evitación.

Unido a un cierto déficit de habilidades sociales, tras las conductas de evitación, además de verse reforzada por el alivio de los síntomas de ansiedad, aparece un sentimiento de fracaso y por tanto un detrimento en autoeficacia percibida para manejar estas situaciones, que se puede ir generalizando hacia una menor autoestima. Esto estaría favoreciendo una autovaloración negativa sobre su capacidad para afrontar de

manera satisfactoria las situaciones sociales y de evaluación que podría seguir aumentando su ansiedad ante estas situaciones.

Tras integrar la información recabada durante la fase de evaluación, se comprueba que la paciente cumple los criterios descritos para el diagnóstico de Trastorno Adaptativo con Ansiedad, 309.24 en la DSM-IV-TR, y F43.28 en la CIE-10 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001; Organización Mundial de la Salud, 1992).

Establecimiento de los objetivos de tratamiento

Se estableció como objetivo principal reducir los niveles de ansiedad en sus tres sistemas de respuesta ante las situaciones ya mencionadas, principalmente situaciones de evaluación e interpersonales. Para ello, nos propusimos los siguientes objetivos específicos: (1) identificar y combatir los pensamientos anticipatorios referidos a los exámenes y otras situaciones ansiógenas, sustituyéndolos por otros más adaptativos; (2) lograr que J.M. valore de forma menos amenazante las situaciones sociales y de evaluación; (3) disminuir los sesgos atencional e interpretativo mediante autoobservación y modificación de los mismos; (4) disminuir las respuestas de activación fisiológica mediante técnicas de relajación; (5) eliminar sus respuestas de evitación (hablar en público, viajar en transporte público...); (6) favorecer la exposición gradual a las situaciones con unos niveles de ansiedad adecuados; (7) modificar los pensamientos erróneos sobre su acento extremeño; (8) incrementar y mejorar las habilidades sociales; (9) salir con sus compañeras de clase; y (10) enseñar y perfeccionar técnicas de estudio.

Selección y aplicación de las técnicas más adecuadas

Partiendo del análisis funcional de las conductas problema, así como los objetivos planteados, se elaboró el programa de tratamiento en el que se hizo especial énfasis en la técnica de reestructuración cognitiva (Dongil-Collado, 2008) sobre anticipaciones ansiosas mediante entrenamiento en observación de pensamientos y eliminación de sesgo atencional e interpretativo, así como modificación de valoraciones de amenaza por interpretaciones de reto o desafío (todo ello con el fin de alcanzar los objetivos específicos 1-3 y 7). Completando esta intervención cognitiva con el entrenamiento en técnicas de solución de problemas (D’Zurilla y Goldfried, 1971) (objetivo específico 8).

Además, el proceso de intervención se complementó con el empleo de otras técnicas pertinentes. Así, para el objetivo específico 4, se entrenó a la paciente en técnicas de desactivación fisiológica (entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson, respiración, e imaginación y sugestión de situaciones relajantes) y exposición (imaginaria y real) para favorecer el afrontamiento a determinadas situaciones que en principio le resultaban ansiógenas y evitaba (objetivos específicos 6 y 9).

Para finalizar, se realizó un entrenamiento en habilidades sociales específicas (objetivo específico 8) y técnicas de estudio (objetivo específico 10), a fin de implantar hábitos efectivos y adecuados para afrontar un examen con niveles de ansiedad adaptativos.

En definitiva, se elaboró un tratamiento a base de técnicas que permitieron dotar a la paciente de estrategias para percibir e interpretar adecuadamente las situaciones ansiógenas o estresantes y afrontarlas con

mayor seguridad y menor activación fisiológica.

Sesión	Actividades
1	Exploración del motivo de consulta. Establecimiento de relación terapéutica
2	Entrevista. Exploración de conductas problema. Información sobre ansiedad y comentarios sobre el ISRA. Entrenamiento en Respiración Abdominal.
3	Explicación de conductas problemas a la paciente. Reestructuración cognitiva (relacionada con su acento). Autorregistros. Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva Fase II.
4	Explicación de conductas problemas a la paciente. Reestructuración cognitiva (relacionada con su acento). Autorregistros. Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva Fase II.
5	Reestructuración cognitiva de situaciones interpersonales y de evaluación. Exploración sobre la conducta de miedo a volar. Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva Fase III
6	Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva Fase IV e Imaginación.
7	Autorregistros. Entrenamiento en la Técnica de Solución de Problemas (D’Zurilla y Goldfried, 1971). Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva e Imaginación
8	Técnica de Solución de Problemas y revisión de tareas para casa. Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva con Sugestiones
9	Entrenamiento en HHSS (asertividad)
10	Entrenamiento en HHSS (Dar y recibir críticas)
11	Técnicas y hábitos de estudio
12	Revisión de logro de objetivos. Repaso de técnicas aprendidas. Evaluación Postratamiento.

Tabla 1: Plan de Tratamiento

Las primeras sesiones (ver Tabla 1) fueron dedicadas a evaluación y ajuste de expectativas de la paciente respecto al tratamiento. Tras éstas se realizó la devolución de información, explicando las variables que influyen en el problema. Debido a los altos niveles de activación psicofisiológica de la paciente, ya desde la sesión 2 se comienza el entrenamiento en relajación mediante: (1) respiración abdominal; (2) relajación muscular progresiva (Jacobson, 1929), en la versión abreviada desarrollada por Wolpe en 1958; y (3) imaginación y sugestión (Calvo, Betancort y Díaz, 2009).

En la tercera sesión, además de completar la evaluación, se llevó a cabo una charla informativa con el fin de explicar a la paciente en qué consiste la respuesta de ansiedad, así como sus manifestaciones y consecuencias. Dicha información constituye el primer paso para la puesta en marcha de la técnica de reestructuración cognitiva, que se llevó a cabo mediante una combinación de los procedimientos propuestos por Ellis (1977) y por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), añadiendo aportaciones recientes en este campo (Leal-Carcedo y Cano-Vindel, 2008). A lo largo de todo el tratamiento se insistió en explicar la relación entre pensamiento, emoción y conducta, así como la existencia de sesgos cognitivos atencionales e interpretativos que desencadenan reacciones de ansiedad (Eysenck, y Derakshan, 1997; Eysenck y Eysenck, 2007).

Como parte importante de la reestructuración cognitiva, se realizaron autorregistros para que identificase los pensamientos y aprendiese a establecer la relación existente entre pensamientos y ansiedad. Asimismo, se explicó la forma en que nuestros esquemas cognitivos

influyen en nuestra forma de interpretar y analizar el mundo, mostrándonos resistentes a su posible modificación.

Con el afán de facilitar a la paciente la corrección de sesgos interpretativos, se procedió en múltiples ocasiones al análisis de los mismos, ofreciéndole interpretaciones alternativas más realistas y menos ansiógenas. De igual forma se le enseñó a elaborar pensamientos positivos que redujesen el malestar psicológico, así como

a contrastarlos con la realidad, favoreciendo con todo ello un estado emocional más adaptativo.

Con el fin de reducir el sesgo atencional, se midió la frecuencia y el porcentaje del tiempo que dedicaba a pensamientos ansiógenos, indicando la necesidad de restar importancia a los mismos y eliminar gran parte de la atención prestada (Gutiérrez Calvo y García González, 1999), cambiando el foco atencional (Ramos-Cejudo y Cano-Vindel, 2008).

	Pre		Post		Seguimiento 3 meses		Seguimiento 6 meses	
	PD	PC	PD	PC	PD	PC	PD	PC
Cognitivo	109	85	70	55	61	45	64	50
Fisiológico	57	80	51	75	37	60	30	50
Motor	46	60	41	55	39	50	33	40
Total	212	80	162	60	137	50	127	45
Evaluación	85	70	70	55	64	50	57	40
Interpersonal	37	90	22	70	15	55	9	30
Fóbica	53	80	44	70	43	70	48	75
Cotidiana	26	85	9	45	10	50	8	45

Tabla 2: Resultados de la evaluación antes del tratamiento, después y en los dos seguimientos

Además, se emplearon otras técnicas de corte cognitivo como el entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971), poniendo especial énfasis en ésta debido a los importantes déficits albergados en la toma de decisiones. Una vez explicada la técnica, se procedió a la ejecución de supuestos prácticos de su vida cotidiana.

El entrenamiento en habilidades sociales estuvo dirigido a aquellas situaciones que la paciente refería tener dificultades. Así, se llevó a cabo un entrenamiento centrado en expresar críticas, iniciar conversaciones y responder asertivamente. Tras la correspondiente explicación, se pedía a la paciente que relatase un ejemplo de situación real en la que encontrase dificultades, a fin de trabajarlo en consulta mediante ensayos de conducta (Caballo, 2002).

Con el propósito de que la paciente asistiese a los exámenes con niveles de ansiedad adaptativos, se la entrenó en relajación y en técnicas o hábitos de estudio. A todas estas técnicas se añadió la exposición programada (imaginaria y real) ante situaciones ansiógenas, como por ejemplo decir “no” a ciertas demandas, viajar en transporte público, salir con sus compañeras de clase, hablar en público en su clase, etc. Todas las exposiciones se implementaron a través de tareas para casa.

Todo ello fue desarrollado de acuerdo con el plan de tratamiento descrito en la Tabla 1, en el que se señalan los contenidos abordados en cada una de las 12 sesiones.

Resultados y evaluación de la eficacia del tratamiento:

Atendiendo a la valoración cuantitativa de los cambios obtenidos tras 12 sesiones de tratamiento, se comprobó que después del tratamiento existía un descenso importante en todos y cada uno de los niveles de ansiedad valorados por el I.S.R.A. en los tres sistemas de respuesta, cognitivo, fisiológico y motor (ver Tabla 2).

Puede observarse que fue más significativo el descenso de las puntuaciones a nivel cognitivo, donde disminuyó desde un centil 85 hasta un centil 55 (ver ilustración 1).

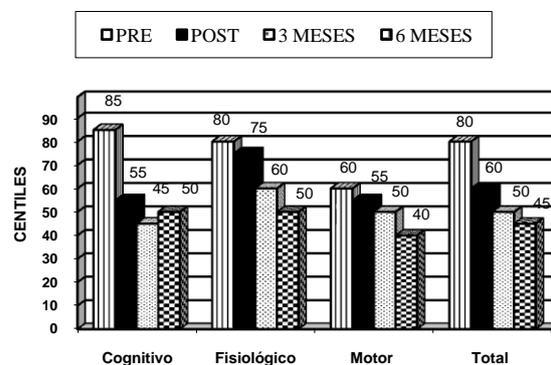


Ilustración 1: Puntuaciones I.S.R.A. (Sistemas de Respuesta)

En cuanto a las áreas situacionales, la ilustración 2 muestra cómo los niveles de ansiedad se redujeron en todos los casos, destacando el acusado descenso en el Factor IV (Ansiedad en la Vida Cotidiana), que descendió desde el centil 85 al centil 45; este factor recoge la situación “en mi trabajo o cuando estudio”. Así mismo, queremos destacar los decrementos en Ansiedad de Evaluación (de 70 a 55) y en Situaciones Interpersonales (desde 90 a 70), por ser los dos tipos de situaciones que inicialmente más afectaban a la paciente.

Por lo que se refiere a los datos de la entrevista, las conductas de evitación ante situaciones previamente amenazantes o ansiógenas disminuyeron notablemente. Tras el tratamiento, la paciente era capaz de viajar en cualquier medio de transporte (excepto en avión, que no se trabajó), conocer gente nueva y relacionarse socialmente sin preocupaciones relativas a su acento. La mejoría se generalizó incluso al ámbito académico, aprobando todas las asignaturas del segundo cuatrimestre del primer curso de Licenciatura (el tratamiento transcurrió entre febrero, fecha en que suspendió todas, y junio, convocatoria en la que consiguió aprobar todas).

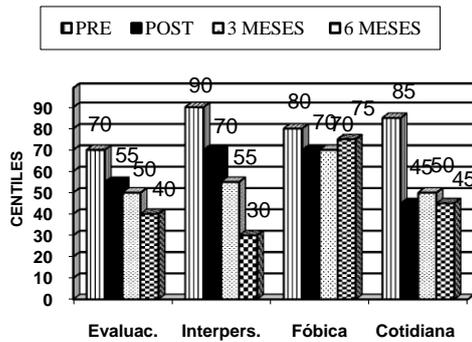


Ilustración 2: Puntuaciones I.S.R.A. (Áreas Situacionales)

Por todo ello, tras la décimo segunda sesión se decidió darle el alta, más aun teniendo en cuenta que se había alcanzado el final de curso y ella tenía que volver a casa.

	Pre - Post		Pre - Seguimiento 3 meses		Pre - Seguimiento 6 meses	
	Puntuación Directa	%	Puntuación Directa	%	Puntuación Directa	%
Cognitivo	39	35,8	48	44,0	45	41,3
Fisiológico	6	10,5	20	35,1	27	47,4
Motor	5	10,9	7	15,2	13	28,3
Total	50	23,6	75	35,4	85	40,1
Evaluación	15	17,6	21	24,7	28	32,9
Interpersonal	15	40,5	22	59,5	28	75,7
Fóbica	9	17,0	10	18,9	5	9,4
Cotidiana	17	65,4	16	61,5	18	69,2

Tabla 3: Ganancia terapéutica al finalizar el tratamiento y en los dos seguimientos.

Seguimiento

Se concertó una entrevista a los 3 meses posteriores al tratamiento donde se proporcionaron algunas pautas de mantenimiento, indicándole que continuara con la práctica de las estrategias adquiridas durante el tratamiento.

Se confirmó el mantenimiento de los resultados, mostrando además un nuevo decremento en los tres sistemas de respuesta. Hubo un nuevo descenso en F-I (Ansiedad de Evaluación) y en F-II (Ansiedad Interpersonal) de 5 y 15 centiles respectivamente. Sin embargo, presentó un nivel de ansiedad en F-III (Ansiedad Fóbica) igual al obtenido en el postratamiento, coincidiendo con la persistente preocupación por los aviones, y la ausencia de tratamiento para este problema. No obstante, dicha puntuación se mantenía más baja que en niveles pretratamiento.

Aprobó todas las asignaturas que tenía para septiembre (las que había suspendido en el 1º cuatrimestre, antes de iniciar el tratamiento). Se mostraba más relajada, manifestando menos ansiedad a la hora de conocer gente nueva; así durante el verano estuvo en un curso extraordinario en el que no conocía a nadie, pero consiguió relacionarse adecuadamente con sus compañeros.

Nuevamente, se realizó seguimiento a los 6 meses mediante entrevista y evaluación con el ISRA. Se observó un ligero aumento de ansiedad a nivel cognitivo, no obstante no nos pareció alarmante, ya que J.M. aún estaba en época de exámenes. A pesar de ello, a nivel fisiológico y motor, sí presentó un nuevo descenso. La

Pero hay que destacar que se dio el alta, sobre todo, porque se habían logrado los objetivos terapéuticos pactados.

Así, a modo de resumen, en el nivel general de ansiedad se comenzó con un centil 80 (ansiedad severa) y se terminó el tratamiento en 60 (ansiedad moderada). Esta ganancia terapéutica siguió creciendo en los dos seguimientos realizados, como veremos a continuación, pues en el primer seguimiento se obtuvo una puntuación centil de 50 y en el segundo de 45.

En porcentaje, la reducción de las puntuaciones directas que se alcanzó, entre la evaluación pretratamiento y el segundo seguimiento, en el nivel general de ansiedad fue del 40,1% (ver Tabla 3), alcanzando un valor final de 127 puntos, que corresponde a un centil 45 con los baremos de población general (un centil 5 con los de población clínica).

paciente manifestó que en los periodos de exámenes retomaba la práctica de las técnicas de respiración y relajación porque “se siente mejor y con la mente más despejada”.

En las áreas situacionales, presento un nuevo y ligero descenso en Ansiedad de Evaluación y Ansiedad en la Vida Cotidiana, alcanzando niveles de ansiedad normales. El dato más significativo es el gran decremento mostrado en F-II (Ansiedad Interpersonal), alcanzando niveles de ansiedad bajos (centil 30). Sin embargo, su Ansiedad Fóbica presentó un ligero incremento (desde el centil 70 al 75), factor en el que se incluye la situación de ansiedad a volar.

La paciente informó que tenía un nuevo grupo de amigas en su Facultad y ahora prefería los exámenes tipo test, que antes temía. Su rendimiento académico ha experimentado un importante ascenso, llegando a aprobar todas las asignaturas cuatrimestrales de los exámenes de segundo curso de Licenciatura en febrero. No obstante, presenta un suspenso en una asignatura optativa, si bien, la ansiedad no fue el problema.

DISCUSIÓN

Tanto el DSM-IV (APA, 2001) como la CIE-10 (OMS, 1992) determinan que el diagnóstico del trastorno adaptativo está enmarcado en la evaluación de ciertas variables: forma, contenido y gravedad de los síntomas, antecedentes y personalidad, y suceso o situación de la vida cotidiana. A pesar de los esfuerzos por especificar sus criterios, la práctica clínica pone de mani-

fiesto que el trastorno adaptativo siempre ha sido objeto de polémica por conservar, hasta nuestros días, una definición diagnóstica vaga y residual. Sin embargo, en este caso no ha habido dudas a la hora de asignar a la paciente esta categoría diagnóstica, dadas las circunstancias estresantes, la reacción emocional, la concatenación de hechos y la duración temporal.

Casey, Dowrick, y Wilkinson (2001) sostienen que dos aspectos ambiguos definen el diagnóstico de los trastornos adaptativos. Por un lado, destacan la diferenciación imprecisa de las manifestaciones de dicho trastorno y las reacciones esperadas ante la adaptación. Otra de las controversias hace referencia a la superposición del diagnóstico respecto a otros trastornos. Sin embargo, en nuestra opinión el caso aquí presentado aportaba datos muy precisos en los puntos que señalan estos autores.

En la literatura científica se insiste en que el tratamiento de los trastornos adaptativos se debe basar fundamentalmente en las medidas psicoterapéuticas que permiten una reducción de la valoración de amenaza así como de la intensidad de los estresores, potenciando el afrontamiento con el agente estresante que no pueda reducirse o eliminarse y estableciendo un sistema de apoyo para lograr la mayor adaptación posible (Hales y Yudofsky, 2000; Wood, 2008). En este caso tratado hemos seguido estas indicaciones y los resultados obtenidos han sido los esperados por estos autores.

En el presente caso hemos podido ver cómo, en el periodo inicial de no tratamiento no hubo cambios significativos en su malestar psicológico; sin embargo, tras doce sesiones de tratamiento, guiadas por un modelo teórico de tipo cognitivo (Eysenck y Eysenck, 2007) con apoyo empírico y unas técnicas basadas en la evidencia científica, la paciente ha ido adquiriendo progresivamente las habilidades precisas para poder manejar correctamente sus pensamientos, reducir sus sesgos cognitivos, disminuir sus respuestas de ansiedad y enfrentarse con éxito y con el menor nivel de malestar a las situaciones temidas. Se logró además la adquisición de habilidades de autocontrol de la activación fisiológica y se instauraron conductas de afrontamiento activo a todo tipo de situaciones anteriormente temidas (a excepción del miedo a volar en avión, porque J.M. no quiso tratarlo).

A la luz de los resultados obtenidos se constata la eficacia de este tratamiento cognitivo-conductual, tanto por las diferencias registradas previas y posteriores al tratamiento en los cuestionarios, como por los cambios conductuales observados en las entrevistas. En cuanto a las limitaciones que plantea el presente trabajo son las normales en este tipo de diseños A-B con seguimiento (Vidal-Fernández, Ramos-Cejudo y Cano-Vindel, 2008), que posee el nivel más bajo de evidencia considerado por la Fundación Cochrane. No se ha podido controlar el efecto de variables extrañas que pueden haber tenido influencia en el tratamiento (época de exámenes, paso del tiempo, etc.). No obstante los resultados concluidos con este caso único están en consonancia con los obtenidos en estudios más rigurosos sobre la eficacia de estas técnicas (Butler, Chapman, Forman, y Beck, 2006).

REFERENCIAS

Asociación Americana de Psiquiatría, APA (2001). *D.S.M.-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. Barcelona: Masson (1ª edición).

Avargues, M.L. y Orellana, M.C. (2008). Diez referencias destacadas acerca de la inmigración: abordaje desde la Psicología Clínica y de la Salud. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical & Health Psychology*, 4, 33-44.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.R., y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford

Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. y Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*; 26, 17-31.

Caballo, V. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

Calvo, F., Betancort, E. y Díaz, M.D. (2009). La técnica de relajación sugestiva breve automatizada: ampliación del estudio de su eficacia a una muestra de universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 15, 119-130.

Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, 179, 479-481.

Delgado, P. (2008). Emigración y psicopatología. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical & Health Psychology*, 4, 15-25.

Dongil-Collado, E. (2008). Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 14, 265-288

D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behaviour modification, *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126

Ellis, A. (1977). The basic clinic theory of rational emotive therapy, En A. Ellis y R. Grieger (eds.), *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. New York: Springer.

Eysenck, M.W. y Derakshan, N. (1997). Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 3, 121-134.

Eysenck, M. W., & Eysenck, W. (2007). La teoría de los Cuatro Factores y los Trastornos de Ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 13, 283-289.

González, A., Donolo, D. y Rinaudo, C. (2009). Emociones académicas en universitarios: su relación con las metas de logro. *Ansiedad y Estrés*, 15, 263-277.

Gutiérrez Calvo, M., y García González, M.D. (1999). Procesos cognitivos y ansiedad en situaciones de evaluación. *Ansiedad y Estrés*, 5, 229-245.

Hales, R.E. y Yudofsky, R.C. (2000). *Sinopsis de Psiquiatría Clínica*. Barcelona: Masson.

Jacobson, E. (1929). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Express.

Leal-Carcedo, L. y Cano-Vindel, A. (2008). Tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo desde las nuevas perspectivas cognitivas. Estudio de un caso. *Ansiedad y Estrés*, 14, 321-339.

Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Organización Mundial de la Salud, OMS (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

Pereda, C., Actis, W. y de Prada, M. A. (2008). Aspectos sociológicos de la inmigración en España. Impactos y desafíos. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical & Health Psychology*, 4,

27-32.

Ramos-Cejudo, J. y Cano-Vindel, A. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de Trastorno por Ansiedad Generalizada: El componente metacognitivo. *Ansiedad y Estrés, 14*, 305-319.

Salaberría, K., de Corral, P., Sánchez, A. y Larrrea, E. (2008). Características sociodemográficas, experiencias migratorias y salud mental en una unidad de apoyo psicológico a inmigrantes. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical & Health Psychology, 4*, 5-14.

Vidal-Fernández, J., Ramos-Cejudo, J. y Cano-Vindel, A. (2008). Perspectivas cognitivas en el tratamiento de la Fobia Social: estudio de un caso clínico. *Ansiedad y Estrés, 14*, 289-303.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. California: University Press.

Wood, C.M. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de Trastorno de Pánico con Agorafobia. *Ansiedad y Estrés, 14*, 231-251.

Yárnoz, S., Guerra, J., Comino, P., Plazaola, M., y Biurrun, J. (2008). Características demográficas, actitudes y dependencia en la adaptación al divorcio. *Ansiedad y Estrés, 14*, 43-53.

Zubeidat, I., Salinas, J.M. y Sierra, J.C. (2009). Implicación de competencias psicosociales, problemas de conducta y variables de personalidad en la predicción de la ansiedad social ante la interacción social en adolescentes: diferencias de sexo y edad. *Ansiedad y Estrés, 15*, 231-247.