



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO APLICADO A TRASTORNOS EMOCIONALES EN ADOLESCENTES: UN DISEÑO DE CASO ÚNICO

Alumno: Alba Domenech Fernández

Tutores: Luis Joaquín García López

Fecha: 16 de julio de 2019

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN.	3
1.1. Definición.....	3
1.2. Etiología.	6
1.3. Epidemiología.	7
1.4. Comorbilidad.....	8
1.5. Etiopatogenia.....	9
1.6. Curso.	11
1.7. Tratamientos psicológicos basados en la evidencia.	11
2. PRESENTACIÓN DEL CASO.	12
2.1. Historial del problema.	12
2.2. Análisis Funcional.....	14
2.2.1. Antecedentes: Variables ambientales, sociales y familiares, personales.....	14
2.2.2. Desencadenantes: variables remotas y variables inmediatas.....	15
2.3. Procedimiento de evaluación e instrumentos empleados	16
2.4. Diagnóstico clínico.....	19
3. DISEÑO DEL ESTUDIO.	20
4. INTERVENCIÓN.	20
4.1. Tratamiento adecuado.	20
4.2. Objetivos.	22
4.3. Elección de técnicas terapéuticas.	22
4.4. Aplicación del tratamiento.	23
5. EVALUACIÓN DE RESULTADOS.	29
6. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES	32
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

RESUMEN

El objetivo del presente estudio ha sido implantar un enfoque transdiagnóstico en la evaluación e intervención de trastornos emocionales y analizar sus efectos en una adolescente. La paciente cumplió con los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno depresivo persistente (TDP) y el trastorno de ansiedad social (TAS), según la clasificación del DSM-5 (APA, 2013). La intervención ha consistido en la aplicación y adaptación del Protocolo Unificado perteneciente a la TCC-T (Terapia Cognitivo Conductual - Transdiagnóstica) por Barlow et al. (2011) en 12 sesiones semanales. Los resultados obtenidos tras la intervención han mostrado una reducción significativa pre/post tratamiento tanto de los síntomas depresivos y ansiógenos, como de los factores perfeccionismo y emoción expresada como procesos transdiagnósticos de los trastornos de ansiedad y depresión. Los hallazgos obtenidos ponen de manifiesto que el PU tiene resultados efectivos a corto plazo. No obstante, en futuras investigaciones sería recomendable realizar un seguimiento a largo plazo sobre los cambios percibidos.

ABSTRACT

The purpose of this study has been to implement a transdiagnostic approach for the assessment and intervention of emotional disorders as well as to analyze its effects on an adolescent girl. The patient met the diagnostic criteria for generalized anxiety disorder (GAD), persistent depressive disorder (PDD) and social anxiety disorder (SAD), according to the classification in DSM-5 (APA, 2013). The intervention consisted in the appliance and adaptation to T-CBT (Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy) Unified Protocol by Barlow et al. (2011) throughout 12 weekly sessions. The results obtained from the intervention show a considerable pre and post treatment decrease in both depressive and anxiogenic symptoms as in perfectionism and emotion factors expressed as transdiagnostic processes of the anxiety and depression disorders. The findings provided by this study prove that the UP is effective in the shortterm. However, it would be convenient to conduct a follow-up of the perceived changes in the long term in future researches.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Definición.

Uno de los grandes problemas vigentes en la salud mental actual es la elevada comorbilidad existente entre los diferentes trastornos emocionales, lo que está dificultando e imposibilitando que la clasificación y conceptualización categórica de los trastornos sea suficiente para realizar un tratamiento de carácter global. Además, si bien es cierto que recientemente, y a través del DSM-5, se ha intentado introducir algunas aportaciones dimensionales (Feliú, 2014), éstas siguen siendo insuficientes para cubrir la problemática que existe entre la eficacia y efectividad de las terapias diseñadas específicamente sobre trastornos concretos, ya que a través de las mismas no se cubre la problemática de aquellas personas que presentan dicha comorbilidad común (Brown y Barlow, 2002; citados en Rosique, Sandín, Valiente, García-Escalera y Chorot, 2019). Por ello, se sigue resaltando la importancia de seguir persiguiendo una clasificación cada vez más dimensional frente a la nosología tradicional (Kotov et al., 2017). El DSM-5, sigue siendo nuestro sistema contemporáneo dominante para la clasificación de los trastornos psicológicos, sin embargo, la propuesta de nuevos enfoques psicológicos de clasificación para los trastornos emocionales sigue estando en auge y se está demostrando una alta comorbilidad entre los criterios transdiagnósticos propuestos y muchos de los trastornos descritos por el DSM-5 (Sandín, Valiente, Pineda, García-Escalera y Chorot, 2018). Recientemente, se está proponiendo el enfoque transdiagnóstico como una de las alternativas más consistentes para integrar los sistemas de clasificación categoriales vs dimensionales de los diferentes síntomas y diagnósticos comunes de la psicopatología, centrándose en la comprensión holística sobre la base de aquellos procesos etiopatogénicos que causan y/o mantienen determinados trastornos mentales o grupo de trastornos mentales (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

De acuerdo con la definición propuesta por Sauer-Zavala y Barlow (2014), y según un reciente artículo de revisión de la literatura actual (Bullis, Boettcher, Sauer-Zavala, Farchione y Barlow, 2019), un “trastorno emocional” se define como un trastorno psicológico caracterizado por presentar: a) la experiencia de emociones negativas frecuentes e intensas; b) reacciones aversivas a la experiencia emocional en sí misma e impulsadas por la falta de control de la persona y/o la evaluación negativa de la emoción; y c) intentos y esfuerzos para amortiguar, escapar o evitar dicha experiencia emocional,

ya sea de forma preventiva o como reacción al inicio de un estado emocional negativo (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis y Ellard, 2014). Este concepto ha sido reelaborado para los trastornos de ánimo y los trastornos de ansiedad (además de sus trastornos específicos), los cuales son considerados como los trastornos más prevalentes que existen en la psicopatología actual (Beesdo-Baum y Knappe, 2014; Rosique et al., 2019; Bullis et al., 2019). Según Barlow (2002), los trastornos emocionales se incluirían en toda la gama de trastornos depresivos y de ansiedad, o de cualquier trastorno propuesto por el DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) que se ajuste a las características de esta definición.

La experiencia de emociones negativas y frecuentes, como primer criterio para el diagnóstico de los trastornos emocionales, se conceptualiza como un rasgo de personalidad o estilo de temperamento que hace que la persona experimente emociones negativas con más frecuencia e intensidad. El componente *neuroticismo* ha sido altamente relacionado con este estilo temperamental y está estrechamente relacionado con otros componentes como el *afecto negativo* (Clark, 2005; Brown y Barlow, 2009), la *ansiedad rasgo* y la *inhibición del comportamiento* (Bullis et al., 2019). El *neuroticismo*, por tanto, es definido como la tendencia a experimentar emociones negativas de forma frecuente, sosteniendo una percepción generalizada sobre que el entorno es peligroso y amenazante, mostrando la creencia de no tener estrategias de afrontamiento frente a sucesos estresantes (Barlow, Ellard, Sauer-Zavala, Bullis y Carl, 2014); y es propiciado por factores genéticos, neurobiológicos y psicológicos (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis y Ellard, 2013).

Barlow et al, (2014) afirman que el *neuroticismo* como rasgo dimensional es sensible al tratamiento y a la intervención directa, incluso en la prevención de su desarrollo. Por otro lado, en comparación con el afecto positivo, que tiende a estar más influenciado por el medio ambiente, se ha demostrado que el *afecto negativo* es significativamente más hereditario y disposicional en su naturaleza (Menne-Lothmann et al., 2012; Zheng, Plomin, y von Stumm, 2016), y que está relacionado con determinas anormalidades funcionales y estructurales similares en áreas del cerebro, donde se asocia con niveles altos de afecto negativo (Bullis et al., 2019). Se ha argumentado que la interpretación o reacción de la persona frente a la experiencia emocional en lugar de la experiencia emocional en sí, como segundo criterio para el desarrollo de los trastornos emocionales y muy relacionada con el neuroticismo, es lo que contribuye al desarrollo y

mantenimiento de la patología; y está muy asociada con factores de incontrolabilidad o imprevisibilidad de la experiencia emocional. Las personas diagnosticadas de ansiedad o depresión, reaccionan con más aversión y aceptan menos la experiencia de emociones negativas que las personas sanas (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006; McLaughlin, Mennin, y Farach, 2007; Roemer, Salters, Raffa y Orsillo, 2005; Tull y Roemer, 2007).

Las personas con trastornos emocionales ponen en marcha determinadas estrategias cognitivas y de comportamiento para reducir el impacto que les genera dichas emociones negativas (derivadas de ataques de pánico, pensamientos intrusivos y preocupaciones sobre la evaluación social), aislándose y ocultando sus emociones a otras personas, sosteniendo una aptitud de hipervigilancia y focalización sobre aquella información negativa, mostrando además una intolerancia a la incertidumbre, sensibilidad a la ansiedad y evitación experiencial, lo que aumentan, empeoran y mantienen estas emociones negativas (Brown y Barlow, 2009; Barlow et al., 2013; Lahey, 2009). Bullis et al. (2019), afirman que la forma en que el individuo se relacione con sus emociones negativas es más importante que la frecuencia con la que ocurren. Estas conductas de carácter evitativo representan el tercer criterio para el desarrollo de los trastornos emocionales, y se asocian con un afecto positivo disminuido, un mayor afecto negativo, lo que impide una recuperación adaptativa sobre aquellos estímulos que provocan emociones. Por otro lado, la investigación realizada por Bentley, Cassiello-Robbins, Vittorio, Sauer-Zavala y Barlow (2015), apoya la relación existente entre los trastornos emocionales y las autolesiones no suicidas, tratándose de un criterio transdiagnóstico, y cuyo riesgo de aparición no difiere enormemente entre los diferentes tipos de trastornos emocionales. Las autolesiones, como respuesta desadaptativa, a menudo se utilizan como estrategias de evitación o de escape frente a emociones intensas para aliviar la angustia producida (Bentley, 2017).

En conclusión, este circuito de retroalimentación es el que representa el mecanismo funcional mediante el cual se mantiene el afecto negativo y la angustia emocional en los trastornos emocionales. Aunque estos trastornos se caractericen por dificultades en la regulación emocional, es la evaluación de esta intolerancia o falta de control sobre las emociones lo que influye en la intensidad y la frecuencia de las experiencias emocionales que se vayan a experimentar, y las conductas asociadas de escape o evitación, lo que en última instancia produce el desarrollo del trastorno emocional. Es importante señalar que

también en el ámbito infanto-juvenil existe estrecha relación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de depresión muy relacionados con la afectividad negativa. Los jóvenes diagnosticados de depresión y/o ansiedad presenten un estilo cognitivo influenciado por un sesgo negativo respecto al procesamiento de la información (Axelson y Birmaher, 2001).

1.2. Etiología.

Eysenck (1976) fue pionero en la descripción de aquellas dimensiones de personalidad transdiagnósticas relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de los TE que anteriormente se han mencionado, como lo son el *neuroticismo* o la *extraversión*, y cuyos conceptos son similares a los componentes psicológicos como el afecto negativo y el afecto positivo para describir los trastornos neuróticos (Sandín et al., 2012). Se ha demostrado que un alto nivel neuroticismo/emoción negativa y un bajo nivel de extraversión/afecto positivo se relaciona con la aparición o el desarrollo de la ansiedad tras unos años (Brown y Barlow, 2009).

Por otro lado, existe la reciente *teoría de la triple vulnerabilidad* desarrollada por Barlow, Allen y Choate (2004), en la cual se resaltan tres tipos de vulnerabilidades implicadas en el desarrollo de los TE. En primer lugar, la *vulnerabilidad biológica general*, de carácter hereditario y relacionada con los factores “neuroticismo”, “afecto negativo”, “inhibición conductual” o “aprensión ansiosa”. En segundo lugar, la *vulnerabilidad psicológica generalizada*, complementaria a la anterior y adquirida en edades tempranas, se relaciona con la sensación de incontrolabilidad desarrollada en aquellas situaciones que han resultado negativas para el individuo, y cuya base podría estar relacionada con el “afecto negativo” y sus estados de ansiedad y depresión. Dichas vulnerabilidades junto a situaciones o experiencias estresantes, daría lugar al trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y/o a los trastornos de depresión. En tercer lugar, y fundamental para la génesis de los trastornos de pánico (TP), fobia específica, o trastorno de ansiedad social (TAS), se encuentra la *vulnerabilidad psicológica específica*, referida a aquellas experiencias vitales que han sido asociadas a determinadas sensaciones somáticas, pensamientos intrusivos o evaluaciones de carácter social muy negativas para la persona, y que contribuyen a la aparición de trastornos psicológicos (Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2004).

1.3.Epidemiología.

Los estudios epidemiológicos recientes sobre los trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia han ido aumentando en las últimas décadas, lo que ha permitido una mayor información sobre sus causas y sobre la continuidad en etapas posteriores (Williams, Scott y Aarons, 2017). Costello, Egger y Angold (2005), defienden que los trastornos psicológicos en el ámbito infanto-juvenil está suponiendo un grave problema actual de salud pública, y que deberían impulsarse mayor número de políticas de investigación, de prevención y de tratamiento para los mismos, ya que representan la carga global de enfermedad mental, y suponen un deterioro y agravamiento de sus síntomas tanto en las etapas adolescentes como en edades posteriores (Soler, Alcántara, Fernández, Castro, y Pina, 2010; Navarro-Pardo, Moral, Falán y Beitia, 2012; Peiper et al., 2015). En contraposición, un estudio realizado entre el año 2006 y 2012, evidencia que el porcentaje de menores españoles con problemas físicos, comportamentales, emocionales, de socialización y de hiperactividad de la población española ha disminuido significativamente entre esos años (Basterra, 2016). No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) asegura que la prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia supone un 16% total de toda la población entre los 10 y 19 años, que comienzan a manifestarse alrededor de los 14 años sin haber sido detectados ni tratados previamente, y que el suicidio representa tercera causa de muerte en jóvenes de entre 15 a 29 años, siendo un 16,36% los jóvenes que fallecieron en España en el año 2013 (Navarro-Gómez, 2017).

Recientemente, un estudio a gran escala sobre detección de problemas de salud mental realizado con 28610 adolescentes (Deighton et al., 2019) estiman que uno de cada diez niños presentan problemas psicológicos y que están estrechamente relacionados con determinadas variables como la edad, el género, el origen étnico, la privación del sueño, la presión académica, y el uso excesivo de las redes sociales. Datos numéricos que van incrementándose. Así mismo, la conexión que existe entre los períodos de edad y/o el género junto al desarrollo de determinados trastornos psicológicos ha sido analizada por determinados autores. Un estudio sobre la prevalencia de problemas psicológicos en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, obtuvieron que el 32% de los problemas psicológicos era de tipo afectivo, el 54% eran problemas de ansiedad y el 29% eran quejas somáticas tanto en la infancia como en la adolescencia, mostrándose en mayor proporción en los niños que en las niñas, sobre todo en las dos primeras alteraciones (Soler,

Alcántara, Fernández, Castro y Pina, 2010). Comenzando ya la etapa adolescente, entre los 12 a 15 años se produce un aumento en los síntomas ansiógenos relacionados con el autoconcepto y la autoestima en las relaciones interpersonales, ya que el ajuste psicosocial va teniendo un mayor peso. A partir de los 16 años surgen problemas derivados por los cambios físicos, hormonales, y psicológicos propios de la pubertad, juntándose con una de las etapas académicas de mayor exigencia; y también surge la preocupación por la imagen corporal propiciándose los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). En relación al género, existe una mayor incidencia en chicos de aquellos trastornos externalizantes como el TDHA (84%) y los trastornos de conducta (74,3%), y una mayor incidencia en chicas de aquellos trastornos internalizantes, como TCA (78,9%) del estado de ánimo (64,3%), de ansiedad (51,1%) y sobre el control de impulsos (61,7%) (Aláez et al., 2000; Bragado et al., 1995; Fuentes, García, Gracias y Lila, 2011; García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés, 2008; Lozano y García-Cueto, 2000; Olivares-Rodríguez et al., 2003; Pedreira, Perpiñá y Borra, 2010; Rieffe, Villanueva, Adrián y Górriz, 2009; Rodríguez-Sacristán y Zaplana, 1992; Taboada, Ezpeleta y De la Osa, 1998; Vázquez y Pérez, 1995; citados en Navarro, Moral, Galán y Beitia, 2012).

En relación con la ansiedad, una revisión sobre los trastornos mentales en niños y adolescentes realizada por Merikangas, Nakamura y Kessler (2009), a partir de encuestas comunitarias procedentes por todo el mundo, afirman que una cuarta parte de los jóvenes (aunque se hayan empleado características metodológicas diferentes) experimentan un trastorno psicológico durante ese último año y un tercera parte lo experimentan a lo largo de sus vidas, siendo los trastornos de ansiedad lo más frecuentes, seguidos de los trastornos de conducta, de los trastornos del estado de ánimo y por último, los trastornos por uso de sustancias en la adolescencia tardía. Actualmente, varios autores afirman que los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en niños y adolescentes (Canals, Voltas, Hernández-Martínez, Cosi y Arija, 2019) y adultos (Beesdo-Baum y Knappe, 2014).

1.4. Comorbilidad.

Como antes se ha mencionado, existe una alta comorbilidad entre los TE, ya que la gran mayoría de las personas diagnosticadas por un trastorno de ansiedad, suelen presentar algún tipo de trastorno de carácter ansioso/depresivo durante el mismo período de tiempo (Canals et al., 2019). Según Brown y Barlow (2002), un episodio depresivo mayor,

distimia, TAG o TEPT como trastorno principal, eleva las tasas de comorbilidad con otros trastornos de carácter emocional.

Un estudio sobre la comorbilidad de los trastornos basados en los perfiles de externalización (problemas conductuales) y de internalización (problemas emocionales) (Essau y de la Torre-Luque, 2019), informan sobre una mayor comorbilidad entre los trastornos del comportamiento, depresión mayor y trastorno por uso de sustancias con el perfil de externalización más en chicos que en chicas; y una mayor comorbilidad entre los trastornos de ansiedad (fobia social y fobia específica), depresión mayor y el trastorno explosivo intermitente (TEI) con el perfil de internalización más en chicas que en chicos, considerándose este último trastorno como un trastorno del estado de ánimo, con dificultades en términos de afecto por su regulación, intensidad y capacidad; también muy comórbido con el trastorno por uso de sustancias (Coccaro, Fridberg, Fanning, Grant, King y Lee, 2016).

Más específicamente, Ranta, La Greca, García-López y Marttunen (2015) afirman que el trastorno de ansiedad social (TAS) es altamente prevalente en adolescentes, siendo su tasa de comorbilidad del 33% con el resto de trastornos psicológicos y suponiendo graves consecuencias para este grupo de población. Por otro lado, García-López, Bonilla y Muela-Martínez (2016), informan sobre la tendencia que tiene el TAS de agruparse junto al TAG y la fobia específica por su alto nivel de comorbilidad. Además, se descarta el episodio depresivo mayor (EDM) cuando los adolescentes cumplen con los criterios para el TAG, y otros trastornos de ansiedad como el TEPT, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) o el Trastorno de Pánico (TP), muy comórbidos al TAS. Ibáñez, Carrasco, Fernández, García y García (2009), afirman que el EDM guarda una alta comorbilidad con los trastornos de conducta, existiendo una alta probabilidad de presentar una de las dos patologías cuando ya se ha diagnosticado de una de ellas.

1.5. Etiopatogenia.

Los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de TE en niños y jóvenes presentan una etiología multicausal. Entre las causas más comunes se encuentran la psicopatología de los padres, el historial médico o los factores genéticos (Uchida et al., 2018), el nivel sociodemográfico, el fracaso escolar, la inteligencia emocional, las situaciones de maltrato y/o el abandono, el acoso escolar, el bullying y, de especial mención en este

trabajo, los conflictos parentales y el divorcio en el ámbito familiar (Bragado, Bersabé, y Carrasco, 1999). Essau y de la Torre-Luque (2019), afirman que en numerosos estudios se ha encontrado una estrecha relación entre los adolescentes con problemas emocionales y familias caracterizadas altos niveles de conflicto, comunicación deficiente entre los miembros familiares y por la falta de apoyo y el rechazo por parte de los padres. También se ha observado una comorbilidad entre los trastornos de conducta y trastornos emocionales en aquellos adolescentes que viven con sus padre no-biológicos, por lo que se deduce que el entorno familiar afecta enormemente para el desarrollo de los trastornos emocionales en jóvenes (Lau y Kwok, 2000).

Tras una situación de divorcio o separación de los padres se produce un proceso psicológico que repercute de forma drástica tanto en los cónyuges como en los hijos. Las respuestas de los niños que se observan frente a esta nueva situación son muy diferentes, siendo influenciadas por la edad y el sexo del menor, su desarrollo evolutivo, su personalidad y su carácter; y también por la capacidad de afrontamiento al estrés sobre aquellos cambios que puedan producirse en la economía de la familia, o sobre las nuevas relaciones interpersonales que los padres puedan establecer con otras personas (Vallejo-Orellana, Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco, 2004). Amato (2000), señala que la edad no influye necesariamente sobre una mejor o peor adaptación del menor frente a la nueva situación, aunque si existen diferencias en las reacciones entre niños muy pequeños y adolescentes, dependiendo de su capacidad cognitiva. No obstante, los síntomas depresivos que se observan son significativos en todas las edades tanto en el momento de la ruptura como en períodos posteriores (Garin, 1992). La adolescencia se señala como una de las etapas más vulnerables frente al divorcio de los padres, pese a que en esta edad puedan comprender mejor la problemática familiar y cuenten con una mayor red social de apoyo. Los sentimientos de abandono y vacío, y de rabia están muy presentes, y eso les hace especialmente vulnerables porque tienen que hacer frente a la nueva situación encontrándose aún en una etapa de desarrollo donde el clima familiar es fundamental para alcanzar su independencia y autonomía, y es necesario contar con la seguridad, el apoyo y la confianza que necesitan de sus familiares (Clapp, 2000).

Los TE desarrollados en el ámbito infanto-juvenil tras la ruptura de la unidad familiar no se remiten tras el paso del tiempo, sino que siguen afectándoles con una mayor o menor intensidad durante sus vidas (Amato y Keith, 1991; Turkat, 2002). El ajuste posterior del menor frente a la situación de divorcio de los padres va a depender de tres factores principalmente: la pérdida de uno de los padres, los conflictos continuados entre ambos

progenitores, y el no cumplimiento de las funciones paternas (Buchanan, Maccoby y Dornbusch, 1992; citado en Vallejo-Orellana et al., 2004). Sin embargo, Piña y Salcido (2012), en un estudio desarrollado con 118 adolescentes, descubrieron que independientemente del número de integrantes constituidos dentro del sistema familiar (familias monoparentales/uniparentales, familias extensas, familias polígamas o familias reconstruidas) o su configuración (situación de soltería, divorcio, fallecimiento o abandono del/de la padre/madre, adopción de los hijos o incorporación de miembros procedentes de otra familia o matrimonios), el clima social familiar es fundamental para el desarrollo del menor, siendo el clima positivo el más adecuado para un buen desarrollo psicosocial, ya que afecta a su estabilidad emocional y a las relaciones interpersonales mantenidas.

1.6. Curso.

Según la evidencia empírica encontrada, los síntomas de los TE suelen persistir a lo largo del tiempo, siendo los síntomas de ansiedad en la infancia un factor de riesgo importante para desarrollar otros trastornos psicológicos en edades posteriores del desarrollo (Orgilés, Méndez, Espada, Carballo y Piqueras, 2012). En un estudio longitudinal llevado a cabo por Yonkers, Bruce, Dyck y Keller (2003), se realizó un seguimiento más continuado sobre el curso de estos trastornos y evidenció una cronicidad en el curso clínico de estos trastornos con una tasa de recaídas equivalentes entre hombres y mujeres, y una mayor probabilidad de mejoría sólo durante los dos primeros años tras el diagnóstico. Muchos de ellos aparecen durante la etapa adolescente, donde además de sufrir ansiedad o depresión, experimentan una excesiva frustración, enfado o irritabilidad, provocando cambios repentinos en el estado de ánimo, lo que contribuye a la aparición de mayor número de quejas somáticas como dolor de cabeza, dolor de estómago y náuseas (Rieffe, Villanueva Badenes, Serrano, Emilio y Górriz Plumed, 2009). Esto supone una gran interferencia para el funcionamiento normal del adolescente, afectando al rendimiento escolar y la asistencia (Lozano-González y García-Cueto, 2000), a la relación con su familia y a las relaciones interpersonales (Llorca, Malonda, y Samper, 2016).

1.7. Tratamientos psicológicos basados en la evidencia.

En este punto se pretenden recoger aquellos tratamientos psicológicos con mayor respaldo científico en el tratamiento de los TE. De esta forma, algunas de las publicaciones científicas destacan la terapia cognitivo conductual, la terapia interpersonal, la terapia psicodinámica y la terapia farmacológica como posibles

tratamientos a valorar teniendo en cuenta características como la edad o los factores sociofamiliares de los niños y adolescentes con TE (Royo, 2002). Como exponen Quero et al. (2012), otro de los tratamientos que ha constituido una novedad en el campo científico para los trastornos emocionales, por su eficiencia en cuanto a costes-beneficios, ha sido la Terapia de Realidad Virtual, que permite trabajar diferentes cuestiones en ambientes seguros y con un alto grado de control.

No obstante, entre los tratamientos más eficaces según Rosique et al. (2019), se encuentra el Protocolo Unificado (PU) para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales que presenta la Terapia Cognitivo Conductual Transdiagnóstica (TCC-T), ya que incide sobre los aspectos comunes que existen entre los diversos trastornos emocionales en vez de en síntomas concretos y específicos de cada trastorno (García-Escalera et al., 2018), como aborda la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), entendiendo inusual que los trastornos emocionales aparezcan aislados teniendo en cuenta las altas tasas de comorbilidad que presentan (Sandín al., 2012). De hecho, recientemente se han llevado a cabo diversos estudios sobre la PU con diferentes formatos que prueban su eficacia: terapia individual (Barlow et al., 2017a; García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales y Sandín, 2016) y terapia grupal (Osma, Castellano, Crespo y García-Palacios, 2015; Grill, Castañeiras y Fasciglione, 2017).

2. PRESENTACIÓN DEL CASO.

2.1. Historial del problema.

A.G. es una joven de nacionalidad española que tiene 16 años y actualmente se encuentra viviendo con su madre, quien tiene la custodia de ella y de su hermana pequeña. Está cursando 4º de ESO en un Instituto de Educación Secundaria y sus calificaciones oscilan entre el bien y el notable. Sus dos padres están separados desde que ella tenía 6 años, y actualmente mantiene una relación distante con el padre a quien tiene que visitar cada dos semanas. El motivo de divorcio fue la aparición de una nueva pareja del padre tras una situación de infidelidad prolongada. Acudió al psicólogo por primera vez cuando cursaba 1º de primaria, y tras la ruptura conyugal porque presentaba síntomas depresivos, pero tanto la madre como ella refieren que esta experiencia no le ayudó mucho en su momento. Según la paciente, sus dos padres no mantienen buena comunicación y son frecuentes las disputas y enfrentamientos entre ambos, sobre todo en temas relacionados con la

organización de las visitas y la custodia que mantienen. Desde 1º ESO informa haberse encontrado preocupada por las relaciones interpersonales y la evaluación social, lo cual le está impidiendo comunicarse con sus compañeros y amistades como a ella le gustaría, y mantener relaciones interpersonales satisfactorias. De hecho, la paciente relata que se siente incapaz de exponerse en contextos sociales y establecer nuevas relaciones de amistad. Las relaciones verticales de adulto – menor (interacciones con personas de autoridad) actualmente le están generando bastante malestar, sintiéndose impotente frente a la comunicación con sus mayores y sobre todo, para defender sus derechos personales. Su forma cotidiana de actuación en estas circunstancias es guardar silencio. Comenta no querer explicar lo que le pasa a sus padres, porque no entiende muy bien lo que siente y mucho menos a su padre, con quien no desea mejorar su relación. También refiere tener preocupaciones excesivas sobre sus amistades, la familia y el instituto, relacionadas con el abandono, el rechazo y el fracaso; y que es incapaz de controlar actualmente. Hace menos de 6 meses presentó conductas autolesivas no suicidas. La paciente refiere que sentía muchas emociones negativas a consecuencia de verse en la obligación de visitar a su padre y tener que estar con su pareja actual y con los hijos de ésta (segunda relación tras la separación conyugal y que el padre mantiene desde hace cuatro años); y tras haber tenido determinados conflictos con su grupo de amigos, quienes le dieron de lado en esos momentos. Informa que sintió la necesidad de hacerse daño (cortes en la piel) a consecuencia del malestar tan grande que sentía debido a que se sentía muy abandonada por todas las personas importantes de su vida. Refiere que tras tomar la decisión de informar a su madre sobre las autolesiones, la comunicación mejoró entre ambos padres, siendo la madre quien informa al padre y notando a su padre más receptivo y atento con ella en esos momentos. Actualmente es incapaz de comunicarles cómo se siente a su familia y a sus amigos más cercanos. Tiene miedo de volver a autolesionarse y siente mucha vergüenza, y culpa al respecto. Otro de sus miedos es que se vuelva a sentir rechazada por sus amistades y sentirse sola. Según ella el divorcio de sus padres no le afecta actualmente, sin embargo, le sigue doliendo el daño que sufrió su madre durante los primeros años tras la ruptura.

2.2. Análisis Funcional.

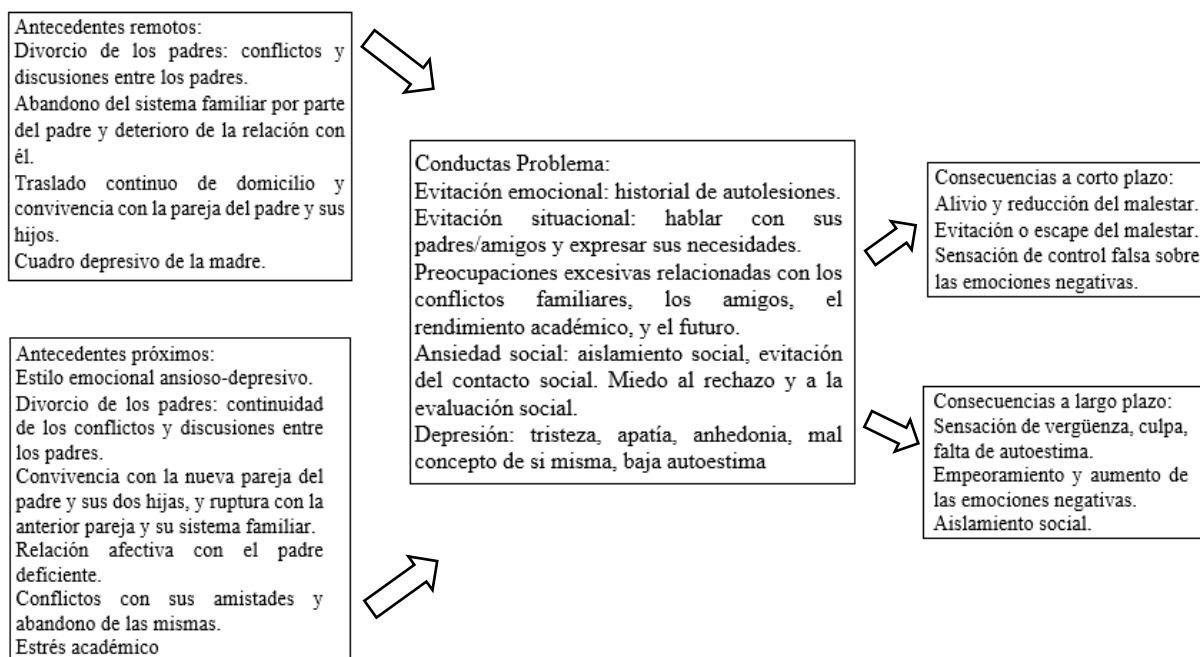


Figura 1. Análisis Funcional del caso

2.2.1. Antecedentes: Variables ambientales, sociales y familiares, personales.

En referencia a su contexto más próximo, A.G refiere que las interacciones en el ámbito familiar han sido siempre conflictivas entre sus dos padres tras la situación de infidelidad y divorcio. Señala que la relación con su padre ha sido y sigue siendo distante, donde ella se siente abandonada y desatendida por él y esto le produce mucha rabia. Cuando era más pequeña la situación del divorcio le afectó enormemente teniendo que acudir al psicólogo pocos meses después tras la ruptura. Desde el primer momento tuvo que vivir con su padre y su nueva pareja durante algunas temporadas, y veía a su madre muy afectada por la separación. Sin embargo, expresa que acabó acostumbrándose a la pareja de su padre, teniendo buena relación con ella y con sus dos hijos. Hace tan sólo cuatro años, su padre volvió a cambiar de pareja, y tanto su hermana como ella se vieron en la obligación de volver a convivir y compartir casa con la nueva relación de su padre y con sus dos hijas respectivas, sin poder negarse o negociar otras alternativas. En cuanto a la relación con su madre, indica que desde muy pequeña la vio bastante afectada por el abandono de su padre, lo que le hizo estar muy deprimida y coger bastante peso. Expresa que esto le hizo sentir la gran responsabilidad de cuidarla y protegerla. Por otro lado, la relación con su hermana la califica de forma positiva, e indica que los conflictos existentes entre ambas

han sido nulos desde que son pequeñas. También comenta que su abuela paterna nunca ha superado la ruptura de sus dos padres, y que nunca ha dejado de pedirle a ella y a su hermana que hagan algo al respecto para que sus dos padres vuelvan, responsabilizándolas del conflicto parental.

Con respecto a ella misma, refiere no haber sabido nunca identificar muy bien cómo se siente o cuáles han sido sus necesidades. Guarda la sensación de darse cuenta de las cosas tras haberlas vivido pero no antes de hacerlo, hecho que le genera bastante inseguridad sobre sus propias creencias, y criterio personal.

En las relaciones sociales también ha sentido dificultades desde que empezó la educación secundaria. Refiere ser una persona muy tímida en clase y le cuesta bastante exponer sus opiniones o hablar de temas personales por miedo a que la rechacen o se enfaden con ella. Normalmente evita el conflicto, no expresa cómo se siente, y ella misma admite que se calla y se reprime sus necesidades, opiniones y sentimientos hacia otras personas. Desde hace un par de años empezó a mantener relaciones sentimentales con otras personas, y refiere haber tenido dos parejas hasta el momento, hecho que ha ocultado a ambos padres por temor a la negación o a la crítica de estos. Ella menciona que en estas dos relaciones se sintió poco valorada, y que acabaron mal, haciéndole contactar de nuevo con el abandono. Desde entonces siente baja autoestima y guarda mal concepto sobre ella misma. Siente que sus propias amistades la juzgan por haber mantenido relaciones con más de una persona, y que esto le provoca sentimientos de vergüenza, culpa, y desconfianza hacia otros.

2.2.2. Desencadenantes: variables remotas y variables inmediatas.

Algunas de las variables que actualmente le está afectando y generando mayor nivel de estrés es verse en la obligación de convivir con su padre y su nueva pareja, con la que mantiene una mala relación. Otra de las situaciones es no saber cómo gestionar una relación sentimental con un compañero suyo por temor al rechazo y a la evaluación social de los demás compañeros. Con respecto al ámbito académico se siente bastante insegura por estar viviendo la transición entre la ESO y el Bachiller, anticipándose ya al cambio de modalidad y a la posible pérdida de amistades de clase. Actualmente, convive con un nivel alto de exigencia sobre sí misma y perfeccionismo sobre las relaciones interpersonales. Esto le produce síntomas de tristeza, apatía, anhedonia y visión negativa sobre sí misma y sobre su propia vida.

En resumen, la ausencia de su padre a nivel afectivo, el no poder contar con su madre para determinados problemas personales, y el no saber cómo manejarse con sus relaciones sociales, son tres de los factores que están actualmente afectando a A.G y que en los últimos meses está desencadenado en ella emociones negativas muy intensas y desagradables. En su historia ya aparece estrategias claras de evitación o escape, como lo han sido el uso de sustancias tóxicas (hace un año), conductas autolesivas (hace menos de seis meses), retraimiento y aislamiento social, lo que está indicando una capacidad de regulación emocional desadaptativa, provocándole mayor intensificación en las emociones negativas y mayor malestar consigo misma.

2.3.Procedimiento de evaluación e instrumentos empleados

Una semana antes y una semana después de la fase de intervención, se realizó una sesión de evaluación diagnóstica de una hora y 30 minutos de duración en la que se evaluó tanto a la madre como a la paciente a través de una entrevista clínica y diferentes escalas de evaluación, siendo cumplimentadas tanto en la fase pre como en la fase post tratamiento.

Las herramientas utilizadas tanto en la fase pre como la fase post del tratamiento fueron:

- Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad, versiones niño y padres: *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM -5: Child and Parent Versions*: ADIS-5-C/P (Albano y Silverman, en prensa), es una entrevista que evalúa los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 17 años. Los criterios utilizados para la evaluación de trastornos se han extraído de la 5ª edición del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2014). Además de los trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad por separación y trastorno de ansiedad social) también evalúan trastornos afectivos, el TDAH, trastornos esquizofrénicos, trastornos alimentarios, trastornos somatomorfos y abuso de sustancias. En esta versión se incluyen también preguntas relacionadas con el ámbito escolar y con las relaciones interpersonales entre iguales, incluyendo un apartado de redes sociales y la frecuencia sobre su uso. Para padres también incluye otras categorías diagnósticas como son los trastornos de conducta, el trastorno negativista desafiante, y otros trastornos relacionados con trastornos del desarrollo y el aprendizaje. Esta

entrevista se administra para comprobar sobre todo la presencia o no de trastornos psicológicos, utilizándose una escala Likert de 8 puntos, en la que para confirmar el diagnóstico se debe puntuar como mínimo 4 en la interferencia de malestar de los trastornos evaluados. También permite reflejar los trastornos principales o/ secundarios en función de la edad de inicio y la interferencia o gravedad que les produce en su vida diaria. Esta nueva versión entrevista ha mostrado una buena fiabilidad en la mayoría de los trastornos incluidos como en sus versiones anteriores (Brown y Barlow, 2014).

- Inventario de Ansiedad y Fobia Social, versión Breve: *Social Phobia and Anxiety Inventory, Brief form* (SPAI-B; García-López, Hidal, Beidel y Olivares-Rodríguez, 2008) es una escala que pretende evaluar los aspectos conductuales, psicofisiológicos y cognitivos de la ansiedad social. Esta escala se desarrolla a partir del Inventario de fobia y ansiedad social de Beidel, Turner, Stanley y Dancu (1989). Está constituido por 16 ítems en escala tipo Likert de 5 puntos (1= nunca y 5= siempre). La puntuación final se extrae a partir de restar a 16 la suma de las respuestas de cada ítem. El punto de corte es 24. En su estudio, García-López, Sáez-Castillo, Beidel y LaGreca (2015), afirman que la consistencia interna del SPAI-B es 0'95.
- Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A; LaGreca y López, 1998). Esta escala ha sido validada como un instrumento válido y fiable en poblaciones de habla hispana (Olivares, Ruiz, Hidalgo y García-López, 1999; Olivares, Ruiz, Hidalgo, García-López, Hernández y Piqueras, 2005). El SAS-A está conformado por 22 ítems, de los cuales 4 no se tienen en cuenta para valorar la puntuación por considerarse ‘distractores’. Estos ítems se responden en formato tipo Likert de 5 puntos (1= nunca y 5= siempre). La puntuación final se obtiene sumando los ítems exceptuando los distractores. Altas puntuaciones darían a entender una alta ansiedad social. La confiabilidad de esta escala es de $\alpha = 0.87$, lo que demuestra una alta consistencia interna (López, Cruz y Aragón, 2013).
- Escala Multidimensional de perfeccionismo: *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS; Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990; Frost y Marten, 1990). Este cuestionario se compone de 35 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones (0= nada de acuerdo y 4= totalmente de acuerdo). Se divide en 6 subescalas que corresponden a las dimensiones del perfeccionismo que describen los autores: expectativas paternas (EP), críticas paternas (CP), exigencias

personales (EP), preocupación por los errores (PE), dudas sobre las acciones (DA) y organización (O). La confiabilidad interna de esta escala oscila entre 0.71 y 0.92 (Gavino, Nogueira, Pérez-Costillas y Godoy, 2017), lo que demuestra alta consistencia interna (Parker y Adkins, 1995).

- Escala de ansiedad en adolescentes: *The Youth Anxiety Measure for DSM-5*, YAM-5 (Muris et al., 2017). Este cuestionario se divide en dos partes: una primera parte que consta de 28 ítems y está dirigida a valorar posibles trastornos de ansiedad, y una segunda parte que consta de 22 ítems dirigidos a valorar fobias. El formato de respuesta es de tipo Likert de 4 opciones (0=nunca y 3= siempre). Los puntos de corte son diversos para cada uno de los trastornos. Una puntuación igual o superior a 20 indica la posibilidad de que exista un Trastorno de Ansiedad.
- Cuestionario de depresión infantil: *Children's Depression Inventory*, CDI (Kovacs, 1992). Este cuestionario se agrupa en 27 ítems con tres opciones de respuesta que se ponderan en una escala de 0 a 2. Se divide en cinco subescalas: Estado de ánimo deprimido, Problemas interpersonales, Sentimientos de incapacidad, Anhedonia y Baja autoestima. El punto de corte es 19, y se basa en la puntuación total (PT) (Del Barrio, Capilla, Olmedo y Colodrón, 2002).
- Escala de emoción expresada y escala de criticismo percibido: *Brief Dyadic Scale of Expressed Emotion* (BDSEE; Medina-Pradas, Navarro, López, Grau y Obiols, 2011) y *Perceived Criticism Scale*, PCS (Miklowitz, Wisniewski, Miyahara, Otto y Sachs, 2005). La BDSEE se encuentra formada por tres subescalas y tiene un total de 14 ítems. Los ítems mantienen un formato de respuesta tipo Likert de 10 puntos (1= nunca, 10= siempre). El hecho de puntuar en una de las escalas califica a la persona con alta emoción expresada. La PCS administrada consiste en una escala de 4 ítems de formato de respuesta tipo Likert de 10 puntos (1= nada, 10= mucho).
- Entrevista para evaluar la emoción expresada en adolescentes que muestran ansiedad social: *Entrevista Estructurada para la Evaluación de la Emoción Expresada en Trastorno de Ansiedad Social* (E5- FS- P/H; Espinosa-Fernández, Muela y García-López, 2016). Se trata de una escala conformado por 11 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1= nunca y 5= siempre). Cada ítem posee ocho modalidades de respuesta que se corresponden con las dimensiones de la Emoción Expresada. La confiabilidad es de $\alpha = 0.93$, lo que demuestra una alta consistencia interna.

2.4. Diagnóstico clínico.

Tras la sesión de evaluación inicial se concluyó que la paciente presentaba un cuadro de comorbilidad psicopatológica: trastorno de ansiedad social (TAS) como trastorno principal con una edad de inicio (11 años), y como trastornos secundarios el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (12 años) y el trastorno depresivo persistente (TDP) (15 años). Los diagnósticos se establecieron de acuerdo a los criterios del DSM-5 (APA, 2013) y siguiendo la entrevista diagnóstica ADIS-5-C/P.

En cuanto a los síntomas psicopatológicos, se destacaron labilidad emocional, estado de ánimo depresivo, baja autoestima, disminución del interés por las actividades que anteriormente le gustaban, fatiga, tendencia al aislamiento, evitación social, sentimientos negativos, inseguridades e incapacidad para tomar decisiones. En relación a las preocupaciones, se destacaron aquellas relacionadas con la familia, con lo social e interpersonal, con el futuro y la incertidumbre, con el instituto y las calificaciones académicas, con el perfeccionismo y no cometer errores, con cosas sin importancia referidas a conversaciones ya pasadas o cosas que ya ocurrieron, y con enfrentarse a situaciones desconocidas y que son nuevas para ella. Respecto a la ansiedad social, se destacan dificultades tanto a nivel de interacción como a nivel de actuación, como hablar en público o hacer intervenciones en clase, ser evaluada por sus conocimientos, actuaciones deportivas, unirse y/o mantener conversaciones, contestar/realizar llamadas telefónicas, hablar con personas desconocidas/adultos, decir que no a algo que no quiere hacer o quedar con alguien que le gusta.

A.G se describió a sí misma como una persona que hacía todo lo posible para evitar las emociones desagradables. Su forma de evitarlas o aliviarlas era limitando las interacciones sociales, evitando la comunicación con su padre y sus abuelos paternos, y utilizando estrategias cognitivas como la rumiación sobre aquellas situaciones sociales fracasadas, y sobre cosas que podrían salirle mal en el futuro, suprimiendo también los recuerdos no deseados. Cuando se ha sentido muy deprimida ha fantaseado con el suicidio como una posible salida que le aliviaba momentáneamente su tristeza y desesperanza, y también se ha hecho autolesiones cortándose los brazos y las piernas con una cuchilla. Estas estrategias de afrontamiento evitativo ha fomentado el mantenimiento de la baja autoestima y las creencias negativas sobre ella misma, sobre todo al verse sin recursos para afrontar las situaciones y emociones desagradables.

La interacción de todos estos factores ha desembocado en la paciente una personalidad con rasgos neuróticos, con tendencia a la emocionalidad negativa, intolerancia a la incertidumbre, evitación de situaciones sociales y desconfianza hacia los otros.

3. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se trata de un diseño de caso único (N=1) en el que se emplea una evaluación pre y post tratamiento para medir los efectos o los cambios producidos por la aplicación del tratamiento. La paciente es el propio control donde se va a medir los cambios/efectos producido por el tratamiento y por los objetivos terapéuticos establecidos.

4. INTERVENCIÓN.

4.1.Tratamiento adecuado.

El tratamiento seleccionado para la intervención ha sido la aplicación y la adaptación del Protocolo Unificado (PU) de la Terapia Cognitivo Conductual – Transdiagnóstica (TCC-T, Barlow, Allen y Choate, 2016), centrada en tres componentes terapéuticos fundamentales: (a) modificar las reevaluaciones cognitivas de la emociones; (b) prevenir la evitación emocional; y (c) facilitar tendencias de acción que no se asocien con las emociones desreguladas.

El PU de la TCC-T (Ehrenreich-May et al., 2018) se basa en el enfoque transdiagnóstico para adolescentes de edades comprendidas entre los 13 a 18 años diagnosticados de ansiedad o depresión. El tratamiento consiste en ocho núcleos principales donde se sugieren un número de sesiones para cada uno:

Tabla 1. Protocolo Unificado perteneciente a la TCC-Transdiagnóstica del manual del terapeuta (Barlow et al., 2011a) y manual de trabajo (Barlow et al., 2011b).

Módulos	Contenido de los módulos
Módulo 1	Construyendo y manteniendo la motivación (1/2 sesiones).
Módulo 2	Conocer sus emociones y comportamientos (2-3 sesiones).

Módulo 3	Introducción a los experimentos conductuales centrados en las emociones (1-2 sesiones)
Módulo 4	Conciencia de sensaciones físicas (1-2 sesiones).
Módulo 5	Flexibilidad en el pensamiento (2-3 sesiones).
Módulo 6	Conciencia de experiencias emocionales (1-2 sesiones)
Módulo 7	Exposición a la situación emocional (más de 2 sesiones).
Módulo 8	Revisar los logros y mirar hacia el futuro (1 sesión).

Descripción de los módulos:

El PU diseñado para adultos, niños y adolescentes se basa en los principios cognitivo-conductuales tradicionales, aunque hace hincapié en la regulación emocional, ya que el primer objetivo del tratamiento es ayudar a los pacientes a aprender a experimentar emociones que les resulte negativas y desagradables, y a responder a dichas emociones de forma más adaptativa, lo que conlleva una reducción en su intensidad e incidencia, y una mejora en el funcionamiento (Barlow et al., 2011). No se trata de la eliminación de las emociones incómodas sino de experimentarlas con un nivel de incomodidad inferior, y empleando estrategias que no sean evitativas para manejar los sentimientos (Ehrenreich-May et al., 2018; Barlow et al., 2018).

La UP (Barlow et al., 2015) está conformada por ocho módulos de tratamiento basados en los principios teóricos de la TCC con apoyo empírico y existente para los trastornos de ansiedad, los trastornos de depresión y los trastornos relacionados. Aunque normalmente se administran en este orden, desde el módulo 1 al módulo 8, cada uno de ellos puede realizarse de forma independiente y repetirse en función de las necesidades individuales de los pacientes. Los módulos que van del 2 al 7 son el cuerpo del tratamiento, y abordan directamente la evitación de las emociones y las reacciones aversivas consecuentes.

El Módulo 1 consiste en la mejora de la motivación de la paciente y el establecimiento de la relación terapéutica. El Módulo 2 comprende la psicoeducación de las emociones, sus

funciones y una introducción a los tres componentes (pensamientos, sensaciones físicas y comportamientos). Se trabaja también los antecedentes y las consecuencias de los comportamientos emocionales. El Módulo 3 se enfoca en la inducción del estado de ánimo para observar, sin juzgar, las experiencias emocionales en el momento presente. En el Módulo 4, se practica la identificación de patrones de evaluación negativos sobre la experimentación de emociones, y se generan interpretaciones alternativas sobre las mismas para promover la flexibilidad cognitiva. El módulo 5 consiste en identificar y comenzar a reemplazar la evitación emocional y los comportamientos impulsados por las emociones con respuestas más adaptativos. Los módulos 6 y 7, son para integrar y experimentar los ejercicios de exposición emocional. El módulo 8 comprende una revisión sobre los conceptos de tratamiento y la prevención de recaídas.

4.2.Objetivos.

El objetivo principal fue lograr una mejoría en el bienestar de la paciente, así como en los diversos trastornos emocionales, síntomas depresivos-ansiosos, y producir cambios en las conductas de la paciente muy relacionadas con la evitación emocional, que en su caso han sido la evitación de contextos sociales, la no expresión de opiniones y sentimientos hacia otras personas, las preocupaciones como mecanismo de evitación de la ansiedad, el contacto con emociones desagradables derivadas del fracaso, el rechazo, el abandono y la intolerancia a la incertidumbre.

4.3.Elección de técnicas terapéuticas.

En lugar de dirigirse sólo a uno de los diagnósticos psicopatológicos de A.G, se ha escogido este enfoque basado en la emoción para abordar aquellos factores transdiagnósticos subyacentes, haciendo especial hincapié en las dificultades derivadas de la ansiedad social. Las técnicas terapéuticas empleadas durante el desarrollo del programa de intervención se han escogido en función de las necesidades específicas de la paciente, y han sido: (1) psicoeducación emocional; (2) exposición emocional a través de aquellas experiencias situacionales, sensaciones internas y/o somáticas; (3) reestructuración cognitiva sobre las distorsiones cognitivas relacionadas con la exposición social y emocional; (4) entrenamiento en asertividad y HHSS; y (5) la silla vacía. Este tratamiento se ha realizado en un contexto de inducción de la expresión emocional, favoreciendo su exposición a la misma a través de situaciones internas, somáticas, y ejercicios de inducción a determinados estados de ánimo.

4.4.Aplicación del tratamiento.

La intervención se realizó en la Universidad de Jaén, Campus Las Lagunillas, en el seminario 021 del edificio C5, gracias a la autorización del tutor del TFM. El tratamiento consistió en la aplicación del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (Barlow et al., 2011) basándose en una intervención centrada en componentes emocionales típicos de la ansiedad y la depresión, especialmente para la ansiedad social. Tanto para la fase de evaluación como para la fase de intervención, los padres y la paciente tuvieron que firmar una hoja de consentimiento informado sobre los objetivos propuestos para el desarrollo del estudio. Para ello se llevó a cabo 12 sesiones de tratamiento individual, de carácter semanal y con una duración de 90 minutos por sesión. La intervención se extendió durante un total de 3 meses y medio.

Tabla 2. Contenido principal de las sesiones:

Sesión 1	Establecimiento de la relación terapéutica: construyendo la motivación. Se comenzó la primera sesión facilitándole a la paciente un espacio de confianza y seguridad para expresar todas las dificultades encontradas en su vida diaria y pasada, y que actualmente le estaban afectando. Se dio prioridad al acompañamiento y a la escucha activa sobre cada uno de los procesos que guardaban relación con su malestar emocional actual. Tras esto, se realizó un ejercicio sobre aquellos aspectos que quería cambiar o mejorar de su vida, llevándole a la exploración de aquellas barreras encontradas para su realización, como por ejemplo, enfrentarse a las ideas dolorosas tales como: “mis amigas no quieren realmente ser mis amigas”, “no le importo a mi padre”, “soy muy torpe y no sirvo para hablar con la gente”, “no soy capaz de decirle que quiero tener una relación de pareja con él”
Sesión 2	Establecimiento de la relación terapéutica: construyendo la motivación. La segunda sesión fue continuación de lo que se hizo en la primera sesión con la paciente. Se siguieron abordando aquellas problemáticas resultantes

	sobre su contexto y sobre ella misma, y que eran objeto de cambio para mejorar su bienestar. El desarrollo de estas dos sesiones fueron muy importantes para el establecimiento de la relación terapéutica, ya que la paciente se permitió por primera vez liberarse de todos aquellos pensamientos que sus emociones le inducían, y se produjo una gran explosión de emociones intensas: rabia, llanto, tristeza, frustración... Esto le produjo un gran alivio inicial, y motivación para seguir con la terapia.
Sesión 3	Psicoeducación sobre las emociones y sus funciones. En la tercera sesión se hizo hincapié sobre las emociones relacionadas con la ansiedad y la tristeza, las cuales estuvieron muy relacionadas en su momento con las autolesiones. Se realizó una introducción sobre las emociones, su naturaleza, su curso, su funcionalidad, y las conductas que eran inducidas por las mismas y las estrategias de evitación implementadas. También se introdujo una explicación sobre la ansiedad, y su circuito de retroalimentación donde se utilizaban las conductas de evitación o de mantenimiento. Se le facilitó un autorregistro sobre los antecedentes, las respuestas (pensamientos, sensaciones físicas, conductas) y las consecuencias tanto a corto como a largo plazo, que se le pidió rellenar cada semana. Esto le sirvió para tomar conciencia sobre sus emociones y la relación que había establecido con ellas. La paciente aplicó este esquema sobre todo para analizar las situaciones de ansiedad social y las emociones negativas que solía experimentar diariamente, pese a sus esfuerzos de evitación.
Sesión 4	Psicoeducación sobre el ciclo de evitación, realizar acciones opuestas y experimentos conductuales. Esta sesión se encadenó con la anterior, pero centrándose sobre todo en aquellas conductas de evitación que solía realizar para cada una de las situaciones o experiencias emocionales, y analizando la forma en que este

	tipo de respuestas eran más perjudiciales para su bienestar. Una de las experiencias que más le sobrepasó fue cuando se dio la situación de que su profesora emitiera un juicio erróneo sobre su conducta. La paciente trató de no confrontar a su maestra evitando su respuesta, por temor a no saber hacerlo, a sentir miedo, vergüenza, y una serie de interpretaciones que ella hizo en función de cómo se estaba sintiendo. Esto le produjo un mayor malestar a largo plazo, porque contactó con todas aquellas situaciones en las que se había reprimido anteriormente y esto le hizo sentir peor consigo misma. Se trabajó con ella la idea sobre intentar suprimir pensamientos o emociones, dándose cuenta de que esto mismo hacía que incrementasen. “No pienses en un elefante rosa,...”. Se trabajó conjuntamente en la reflexión sobre aquellas alternativas de respuesta posibles, proponiendo conductas opuestas de breve intensidad para tratar de hacerlas fuera de sesión y durante el transcurso de la semana.
Sesión 5	Distorsiones cognitivas y pensamientos irracionales. En la quinta sesión se trabajó con la flexibilidad cognitiva, relacionando las interpretaciones o pensamientos automáticos basados en las emociones que experimentaba, y trabajando con las distorsiones cognitivas tales como “No soy digna de ser amada”, “Nadie me quiere”, “Nunca sé que decir cuando me preguntan”, “Soy una inútil”. Este ejercicio le ayudó a comprender cómo los pensamientos negativos “Me van a rechazar” le producían un empeoramiento en su malestar contribuyendo a respuestas desadaptativas como el aislamiento social y la represión de opiniones. Se hizo hincapié en las catastrofizaciones y sobregeneralizaciones del pensamiento, donde también se puso en cuestionamiento la veracidad de sus interpretaciones: “Y si fuera cierto esto que piensas, ¿qué ocurriría contigo?”. Se le enseñó a detectar sus propias creencias irracionales y distorsiones cognitivas sobre sus emociones y sobre aquellas situaciones de carácter social.

Sesión 6/7	Enseñanza de estrategias de resolución de problemas. En la quinta sesión se trabajó la propuesta de diferentes estrategias de afrontamiento a aquellas situaciones problema que ella percibía desagradables: convivencia con la novia de su padre y sus abuelos paternos, deterioro de la relación con su padre, ocultación de información hacia su madre, atracción hacia un compañero de clase, conflicto con una amiga del instituto. Durante las siguientes semanas se propuso diferentes alternativas de conducta. Para ello se hizo una adición al tratamiento: el entrenamiento en HHSS y asertividad para el desarrollo de competencias de comunicación eficaz abordando también los axiomas de la comunicación violenta. A partir de la reflexión que se hizo sobre los contenidos, se propusieron determinadas habilidades puntuales para trabajar fuera de la sesión terapéutica, como era enfrentar aquellas situaciones de defensa de sus propios derechos frente a sus padres, y frente a otras figuras de autoridad; exposición y actuación en público, etc. Por otro lado, se realizó el entrenamiento en realizar y rechazar peticiones, saber decir que no, realizar y recibir críticas, conocer sus propios derechos asertivos, y aprender a expresar su malestar de forma asertiva. Los ejercicios se basaron en el manual de EHS de Caballo (2007), donde se realizaron ensayos conductuales, de moldeamiento y modelamiento, y tareas para casa. Durante el transcurso de estas dos semanas la paciente informó sobre haber empezado una relación de pareja con el chico que le gustaba, lo que sirvió para trabajar todas aquellas situaciones derivadas de la nueva experiencia vital, tratando de poner en práctica todo lo que se estaba aprendiendo.
Sesión 8	Enseñanza de la conciencia en el momento presente y la conciencia “sin juzgar”. Se invitó a la paciente a experimentar de forma consciente y sin prejuicios las emociones experimentadas en cada actividad, y sostenerse de cualquier comportamiento evitativo o motivado por la emoción. La idea fundamental

	era conseguir que fuese observadora de sus propias emociones, facilitando la consciencia emocional propia. Se hizo especial hincapié en el momento presente, en cómo se tomaba conciencia sobre lo que se pensara, y en tratar de no emitir juicios, sin reaccionar a estas y sin engancharse en las mismas. Para ello se realizó un ejercicio breve de mindfulness que se le envió para casa en un audio a la paciente. Con ello se hizo un entrenamiento en “atención plena” que facilitara la consciencia centrada en el momento presente.
Sesión 9	Psicoeducación sobre las sensaciones corporales, su relación con las emociones intensas y su inocuidad. Exposición a las sensaciones corporales. Esta sesión no se llegó a realizar en su totalidad debido a que no se vio conveniente que la paciente participara en los ejercicios relacionados con el cuerpo, ya que era diagnosticada de síncope tusígeno. Por ello, la exposición fue sobre todo sobre la experiencia emocional interoceptiva y situacional, y para ello se le pidió que dirigiera el foco sobre aquellas sensaciones emocionales tratando de poner en práctica todas las habilidades aprendidas en el proceso terapéutico, como era el reconocimiento de emociones, la reevaluación cognitiva, el no uso de habilidades de evitación, el centrarse en el “aquí y ahora” y no juzgar. Previamente se realizó una jerarquía de situaciones de evitación emocional, donde se escribió el grado de malestar y de evitación frente a cada situación. Las situaciones propuestas fueron situaciones que podía llevar a cabo, y para las cuales debía analizar la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos antes de la tarea, durante y después, el nivel de ansiedad percibido, y anotar si hubo cualquier conducta de evitación.
Sesión 10	Psicoeducación sobre las exposiciones situacionales a la emoción. Uno de los temas más difícil de gestionar a nivel emocional para la paciente fue la relación con su padre. Se le ofreció realizar una sesión junto a sus

	padres para poder tener un espacio seguro de expresión, idea que le produjo bastante temor por lo que finalmente no accedió a la propuesta. En su defecto, se le propuso realizar la técnica de la silla vacía para poder expresar aquellos asuntos pendientes que mantenía hacia su padre. Durante la expresión de los mismos se trató de identificar las emociones que sentía, las interpretaciones que realizaba de las mismas, y la identificación de posibles conductas de evitación sobre ellas.
Sesión 11	Psicoeducación sobre relaciones de pareja: qué son los celos, cómo gestionarlos. A petición de la paciente, se diseñó una sesión para abordar aquellas emociones negativas que fueron surgiendo durante su relación de pareja. Entre otras cosas, uno de los temas de mayor peso fueron los celos en la relación de pareja. Se realizó una sesión psicoeducativa sobre esta emoción, su funcionalidad, y la forma saludable de gestionarla para la relación. Se habló sobre las propias inseguridades de una misma, sobre los miedos futuros y aquellas preocupaciones que se detonaban a consecuencia de la sensación de incertidumbre sobre el futuro en la que se encontraba. Se trabajó también la tolerancia a la incertidumbre, el no control sobre la pareja, el vivir el momento actual, y cómo actuar en caso de que tu pareja sintiese celos en la relación.
Sesión 12	Reevaluación de los problemas principales, y establecer planes post-intervención. Finalmente se realizó una sesión de cierre donde se pudo observar los objetivos alcanzados y aquellos que quedaban por conseguir. Para ello se realizó una dinámica donde la paciente tenía que sentarse en tres sillas diferentes. Cada silla representaba un momento determinado del proceso terapéutico: la primera silla sirvió para expresar cómo se sentía y qué conductas solía emplear al principio de la terapia; la segunda silla sirvió para hablar sobre los avances que había dado consigo misma, sobre cómo se sentía en el momento presente y qué conductas adaptativas había implantado en su

	vida; y la tercera silla ofreció una perspectiva futura sobre aquellos aspectos que aún debían mejorarse o aquellas situaciones que aún le quedaba por enfrentar, tanto a nivel emocional como a nivel situacional.
--	---

Observaciones durante el tratamiento: para cada una de las sesiones realizadas, se ofreció a la paciente un espacio de expresión previo sobre las experiencias vividas a lo largo de las semanas y se hizo especial hincapié en la identificación y expresión emocional, debido a la evitación emocional y a la dificultad para reconocer y expresar que presentaba A.G al principio de la intervención. La paciente informó sobre que no hubo ninguna reincidencia en cuanto a las autolesiones que previamente presentó antes de la fase de evaluación y de la fase de tratamiento. Refirió no haber sentido las ganas ni la necesidad de volver a infligirse lesiones no suicidas.

5. EVALUACIÓN DE RESULTADOS.

A continuación se presentan los datos obtenidos en la entrevista ADIS-5 y en las diferentes escalas tanto en la fase previa de la intervención como en la fase posterior a la intervención.

Tabla 3. Resultados y puntuaciones obtenidas por la entrevista clínica y las escalas administradas a la paciente en la fase de evaluación inicial y en la fase posterior al tratamiento.

Medidas	Rango de puntuaciones	Pre tratamiento	Post tratamiento
ADIS-5			
CSR	0-8	7	0
TAS	0-8	7	1
TAG	0-8	6	0
TDP	0-8	7	0
SPAI-B	0-64	52	13
SAS-A	18-90	82	25

MPS

PT	0-175	95	42
EP	0-25	16	17
CP	0-20	15	13
EP	0-35	30	12
PE	0-45	32	15
DA	0-20	16	12
O	0-30	6	10

YAM-5

TAG	0-8	8	2
TP	0-6	1	1
Separación	0-8	0	0
FS	0-6	6	2
Mutismo selectivo	0-6	0	0
PT	0-34	28	8
CDI	0-54	34	2

BDSEE + PCS**BDSEE**

Padre	8-80	41	40
Madre	8-80	58	25

PCS

Padre	4-40	28	21
Madre	4-40	34	12

E5-FS-H

Padre	0-32	10	10
Madre	0-32	11	2

Tabla 4. Resultados y puntuaciones obtenidas en la entrevista clínica y las escalas administradas a la madre de la paciente en la fase de evaluación inicial y en la fase de posterior al tratamiento.

Medidas	Rango de puntuaciones	Pre tratamiento	Post tratamiento
ADIS-5			
CSR (gravedad)	0-8	7	0
TAS	0-8	6	0
TAG	0-8	7	0
TDP	0-8	7	0
SPAI-B-Padres	0-64	57	21
SAS-A-Padres	18-90	53	28
E5-FS-P	0-32	13	6

Interpretación de los resultados:

Tabla 3: Al aplicar la entrevista ADIS-5 en las sesiones de evaluación post tratamiento se constató que A.G ya no cumplía con ninguno de los criterios diagnósticos de los trastornos que presentaba al principio de la intervención, no superando los puntos de corte para cada una de las escalas. De la misma forma, los síntomas de ansiedad y depresión evaluados por la CDI y YAM-5; y más específicamente para la ansiedad social evaluada por la SAS-A y la SPAI-B mostraron una disminución en sus síntomas. En concreto, los resultados obtenidos en el post tratamiento por las escalas CDI y YAM-5 se redujeron en aproximadamente de 20 a 30 puntos. Por otro lado, las puntuaciones obtenidas por la escala de perfeccionismo (MPS) disminuyeron de 95 en el pre a 42 en el post tratamiento. En cuanto a la emoción expresada y el criticismo percibido (BDSEE + PCS), las puntuaciones disminuyeron significativamente exceptuando las emitidas para el padre. También en la E5-FS-H se observó una disminución de la puntuación en relación a la madre. De hecho, desde la cuarta sesión la madre informó sobre que A.G había cambiado su actitud hacia ella, y que la relación en casa había mejorado. No obstante, las puntuaciones dirigidas hacia el padre no sufrieron una gran variación, y tampoco A.G notificó sobre alguna mejoría en su relación con él.

Tabla 4: Al administrar la entrevista ADIS-5 a la madre de A.G en las sesiones de evaluación post tratamiento se comprobó que tampoco cumplía con los criterios diagnósticos que se presentaron en la fase de evaluación. Los síntomas de ansiedad social evaluados por la SPAI-B y la SAS-A para padres se redujeron significativamente. De forma paralela, se redujo la emoción expresada evaluada por la E5-FS para padres, obteniéndose 7 puntos menos.

6. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

En el presente trabajo se ha expuesto los efectos de la aplicación del Protocolo Unificado en un caso único que presentaba una comorbilidad elevada de los trastornos emocionales del espectro ansioso-depresivo tales como el trastorno de ansiedad social, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo recurrente. En línea de lo que se esperaba, los resultados obtenidos en la fase de post tratamiento han indicado una reducción significativa de los síntomas ansiógenos y depresivos, lo que hizo que la paciente ya no cumpliera con ningún criterio diagnóstico para los trastornos presentados en la fase de evaluación pre tratamiento. Además, se observó reducciones en las diversas variables transdiagnósticas como perfeccionismo, emoción expresada y criticismo percibido, a excepción de las puntuaciones obtenidas para el padre. En general, el objetivo principal propuesto para la paciente fue mejorar su bienestar y calidad de vida, algo que se consiguió y que se pudo observar en sus relaciones interpersonales y afectivas, así como sobre sus preocupaciones.

En relación a las técnicas psicoterapéuticas empleadas, la paciente expresó que tras las sesiones iniciales empezó a sentirse mejor con respecto a las sensaciones físicas producidas por la evitación emocional, y que esto le ayudó para enfrentarse a sus preocupaciones y a otras situaciones donde presentaban dificultades a la hora de gestionar. No obstante, se observaron grandes resistencias por parte de la paciente a realizar cambios en la relación con su padre, siendo la evitación emocional muy elevada y mostrando aún emociones negativas a consecuencia de la alienación parental mostrada hacia su padre.

Los resultados obtenidos son coincidentes con los de otros estudios (Barlow et al., 2017; Bentley, 2017; Grill et al., 2017; Rosique et al., 2019) donde existe estudios relacionados con aplicación del PU en una mujer que presentaba autolesiones no suicidas y una elevada

comorbilidad en los trastornos psicopatológicos. Sin embargo, este tratamiento ha sido específicamente adaptado para el caso en cuestión con el que se estaba trabajando.

Para la consideración de los resultados obtenidos en este estudio se tiene que tener en cuenta las limitaciones encontradas durante su desarrollo. En primer lugar, no se han empleado escalas de evaluación específicas para medir los constructos transdiagnósticos relacionados con los trastornos emocionales, tales como el afecto positivo, la sensibilidad a la ansiedad o la evitación interoceptiva. Esto impide que se pueda relacionar la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión encontrados en los resultados con la disminución de dichos procesos transdiagnósticos relacionados. Otro factor a considerar es el hecho de no haberse realizado un seguimiento de evaluación tras el período de tratamiento debido a las limitaciones temporales de entrega del TFM. Además, otras de las limitaciones encontradas es no haber podido incluir en las sesiones de intervención la participación de la familia debido a la problemática interna derivada de los conflictos parentales continuados y que han estado afectando enormemente en la mejora de la paciente en relación con su padre y la comunicación con él.

Sería recomendable que futuras investigaciones tuvieran en cuenta la replicabilidad de este protocolo de tratamiento sobre grupos clínicos más numerosos y controlados, con el objetivo de poder generalizar estos resultados a otras poblaciones, de forma que se pueda seguir midiendo la eficacia y los efectos del tratamiento en casos de elevada comorbilidad, así como la relación que guardan con los diferentes procesos y factores transdiagnósticos implicados en los trastornos de ansiedad y depresión. Para completar el tratamiento individualizado sería aconsejable plantear una intervención familiar con sus progenitores con el objetivo de trabajar directamente con sus relaciones intrafamiliares, ya que tiene un peso importante en la etiología de los trastornos emocionales, como afirman Vallejo-Orellana et al. (2004) y como se han evidenciado en este estudio.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albano, A. M., & Silverman, W. K. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV: Clinician manual (child and parent versions)*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Albano, A. M., & Silverman, W. K. (2015). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-5 (parent version)*. New York: Oxford University Press.
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of marriage and family*, 62(4), 1269-1287.
- Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parental divorce and adult well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 43-58.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5º ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and anxiety*, 14(2), 67-78.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior therapy*, 35(2), 205-230.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders—republished article. *Behavior therapy*, 47(6), 838-853.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, C. P., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011b). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.

- Barlow, D. h., Ellard, K. K., Fairholme, C., Farchione, T. J., boisseau, C., Allen, L., & Ehrenreich-may, J. (2011a). *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2014). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-496.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... Ametaj, A. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta y manual del paciente* [The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook and Therapist guide]. Madrid: Alianza Editorial.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., ... Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide* (Second Edition). New York, USA: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365.
- Basterra, V. (2016). Percentage of psychoemotional problems in Spanish children and adolescents. Differences between 2006 and 2012. *Medicina Clínica (English Edition)*, 147(9), 393-396.
- Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2014). Epidemiology and natural course. *The Wiley handbook of anxiety disorders*, 26-46.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Stanley, M. A., & Dancu, C. V. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: concurrent and external validity. *Behavior Therapy*, 20(3), 417-427.

- Bentley, K. H. (2017). Applying the Unified Protocol Transdiagnostic Treatment to Nonsuicidal Self-Injury and Co-Occurring Emotional Disorders: A Case Illustration. *Journal of clinical psychology*, 73(5), 547-558
- Bentley, K. H., Cassiello-Robbins, C. F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37, 72-88.
- Bragado, C., Bersabé, R., & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Brown T., & Barlow, D. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. En D. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 292-327). New York: Guilford Press.
- Brown, T., & Barlow, D. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256–271.
- Brown, T., & Barlow, D. (2014). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5L): Lifetime Version*. Oxford: University Press.
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), 12278.
- Caballo, V. (2007). *Manual para la evaluación y el tratamiento de las Habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI Editores, S. A
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251-1263.
- Canals, J., Voltas, N., Hernandez-Martinez, C., Cosi, S., & Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in

- Spanish early adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 28(1), 131-143.
- Clapp, G. (2000). *Divorce & new beginnings: A complete guide to recovery, solo parenting, co-parenting, and stepfamilies* (pp. 307-343). New York: Wiley.
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 505–521.
- Coccaro, E. F., Fridberg, D. J., Fanning, J. R., Grant, J. E., King, A. C., & Lee, R. (2016). Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger, and impulsivity. *Journal of psychiatric research*, 81, 127-132.
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.
- Deighton, J., Lereya, S. T., Casey, P., Patalay, P., Humphrey, N., & Wolpert, M. (2019). Prevalence of mental health problems in schools: poverty and other risk factors among 28 000 adolescents in England. *The British Journal of Psychiatry*, 1-3.
- Del Barrio, V., Capilla, M. L. R., Olmedo, M., & Colodrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española [First adaptation of the CDI-S for Spanish population]. *Acción Psicológica*, 1(3), 263-272.
- Espinosa-Fernández, L., Muela, J. A., & García-López, L. J. (2016). Avances en el campo de estudio del Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes. El papel de la Emoción Expresada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 99-104.
- Essau, C. A., & de la Torre-Luque, A. (2019). Comorbidity profile of mental disorders among adolescents: A latent class analysis. *Psychiatry Research*, 278, 228–234. doi:10.1016/j.psychres.2019.06.007

- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). Psychoticism as a dimension of personality. London: Hodder and Stoughton.
- Feliú, M. T. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 62-69.
- Frost, R. O., & Marten, P. A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14(6), 559-572.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14(5), 449-468.
- Garaigordobil, M. (2013). *Cyberbullying: Screening de acoso entre iguales*. Madrid: TEA.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147-175.
- García-López, L. J., Bonilla, N., & Muela-Martinez, J. A. (2016). Considering comorbidity in adolescents with social anxiety disorder. *Psychiatry investigation*, 13(5), 574-476.
- García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. y Olivares-Rodríguez, J. (2008). Brief Form of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI-B) for Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 24(3), 150-156. DOI: 10.1027/1015-5759.24.3.150
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz-Castela, M. D. M., & Inglés, C. J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*, 16(3), 501-533.
- Garcia-Lopez, L. J., Sáez-Castillo, A. J., Beidel, D., & La Greca, A. M. (2015). Brief measures to screen for social anxiety in adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 36(8), 562-568.

- Garin, P. B. (1992). Un análisis exploratorio de los posibles efectos del divorcio en los hijos. *Psicothema*, 4(2), 491-511.
- Gavino, A., Nogueira, R., Pérez-Costillas, L., & Godoy, A. (2017). Psychometric Properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in Spanish Children and Adolescents. *Assessment*, 26(3), 445-464. doi:10.1177/1073191117740204
- Grill, S. S., Castañeiras, C., & Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 171-181.
- Ibáñez, Á. F., Carrasco, Á., Fernández, M. J., García, A., & García, B. (2009). Comorbilidad entre trastornos de conducta y depresión mayor en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(1), 1-16.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... Eaton, N. R. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454-477.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI Manual*. New York: Multi-Health Systems.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of abnormal child psychology*, 26(2), 83-94.
- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64, 241-256.
- Lau, S., & Kwok, L. K. (2000). Relationship of family environment to adolescents' depression and self-concept. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 28(1), 41-50.
- Llorca, A., Malonda, E., & Samper, P. (2016). The role of emotions in depression and aggression. *Medicina oral, patología y cirugía bucal*, 21(5), 559-564.

- López, L. M. J., Cruz, A. V., & Aragón, R. S. (2013). Escala de Ansiedad Social para Adolescentes: confiabilidad y validez en una muestra mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 72-84.
- Lozano-González, L., & García Cueto, E. (2000). El rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales. *Psicothema*, 12, 340-343.
- McLaughlin, K. A., Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1735-1752.
- Medina-Pradas, C., Navarro, J. B., López, S. R., Grau, A., & Obiols, J. E. (2011). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry research*, 190(2-3), 291-296.
- Menne-Lothmann, C., Jacobs, N., Derom, C., Thiery, E., van Os, J., & Wichers, M. (2012). Genetic and environmental causes of individual differences in daily life positive affect and reward experience and its overlap with stress-sensitivity. *Behavior genetics*, 42(5), 778-786.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(1), 7-20.
- Miklowitz, D. J., Wisniewski, S. R., Miyahara, S., Otto, M. W., & Sachs, G. S. (2005). Perceived criticism from family members as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 136(2-3), 101-111. doi:10.1016/j.psychres.2005.04.005
- Muris, P., Simon, E., Lijphart, H., Bos, A., Hale, W., & Schmeitz, K. (2017). The youth anxiety measure for DSM-5 (YAM-5): development and first psychometric evidence of a new scale for assessing anxiety disorders symptoms of children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(1), 1-17.
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25-31.

- Navarro-Pardo, E., Moral, J. C. M., Galán, A. S., & Beitia, M. D. S. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.
- O.M.S. (2018). Organización Mundial de la Salud. *Salud mental del adolescente*. Recuperado el, 24 de junio de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M., & García-López, L. J. (1999). Un análisis de la estructura factorial de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en población española. *I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud*. Granada.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M., García-López, L., Hernández, M., Rosa, A. & Piqueras, J. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 85-97.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). Anxiety disorder symptoms in children and adolescents: Differences by age and gender in a community sample. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115-120.
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., & García-Palacios, A. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a spanish public mental health setting. *Behavioral Psychology*, 23(3), 447-466.
- Parker, W. D., & Adkins, K. K. (1995). A psychometric examination of the multidimensional perfectionism scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17(4), 323–334. doi:10.1007/bf02229054
- Peiper, N., Clayton, R., Wilson, R., Illback, R., O'Brien, E., Kerber, R., ... Hornung, C. (2015). Empirically derived subtypes of serious emotional disturbance in a large adolescent sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(6), 983-994.

- Piña, C. R. R., & Salcido, M. R. E. (2012). La percepción del clima familiar en adolescentes miembros de diferentes tipos de familias. *Psicología y Ciencia Social/Psychology and Social Science*, 10(1), 64-71.
- Piqueras, J. A., Espinosa-Fernández, L., García-López, L. J., & Beidel, D. C. (2012). Validación del "Inventario de ansiedad y fobia social-forma breve"(SPAI-B) en jóvenes adultos españoles. *Psicología conductual*, 20(3), 505.
- Quero, S., Botella, C., Guillén, V., Moles, M., Nebot, S., García-Palacios, A., & Baños, R. (2012). La realidad virtual para el tratamiento de los trastornos emocionales: una revisión. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 8(1), 7-27.
- Ranta, K., La Greca, A. M., Garcia-Lopez, L. J., & Marttunen, M. (2016). *Social anxiety and phobia in adolescents*. Switzerland: Springer International.
- Rieffe, C., Villanueva Badenes, L., Serrano, A., Emilio, J., & Górriz Plumed, A. B. (2009). Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes. *Psicothema*, 21(3), 459-464.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 71-88.
- Rosique, M. T., Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2019). The Unified Protocol. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 79-91.
- Royo, J. (2002). Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 97-103.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. Doi: 10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Germán, M. A. S., & Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(1), 19-33.

- Sandín, B., Valiente, R. M., Pineda, D., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2018). Escala de Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD): Datos preliminares sobre su estructura factorial y sus propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 163-167.
- Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2014). The case for borderline personality disorder as an emotional disorder: Implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(2), 118-138.
- Silverman, W. K., Albano, A. M., Siebelink, B. M., & Treffers, P. D. A. (2001). *ADIS-C: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-child Version*. Swets Test Publ.
- Soler, C. L., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M., & Pina, J. A. L. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26(2), 325-334.
- Tull, M. T., & Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior therapy*, 38(4), 378-391.
- Turkat, I. D. (2002). Shared parenting dysfunction. *American Journal of Family Therapy*, 30(5), 385-393.
- Uchida, M., Fitzgerald, M., Woodworth, H., Carrellas, N., Kelberman, C., & Biederman, J. (2018). Subsyndromal Manifestations of Depression in Children Predict the Development of Major Depression. *The Journal of pediatrics*, 201, 252-258.
- Vallejo-Orellana, R., Sánchez-Barranco, F., & Sánchez-Barranco, P. (2004). Separación o divorcio: trastornos psicológicos en los padres y los hijos. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, (92), 91-110.
- Williams, N. J., Scott, L., & Aarons, G. A. (2017). Prevalence of serious emotional disturbance among US children: a meta-analysis. *Psychiatric Services*, 69(1), 32-40.

- Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness—course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and anxiety*, 17(3), 173-179.
- Zheng, Y., Plomin, R., & von Stumm, S. (2016). Heritability of intraindividual mean and variability of positive and negative affect: Genetic analysis of daily affect ratings over a month. *Psychological Science*, 27(12), 1611-1619.