



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

clin-salud@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
España

Basile, Simona; Carrasco, Miguel Ángel; Martorell, José Luis
Preocupaciones excesivas en la adolescencia: descripción, evaluación y tratamiento de
un caso de ansiedad generalizada
Clínica y Salud, vol. 26, núm. 3, 2015, pp. 121-129
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180642877001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Preocupaciones excesivas en la adolescencia: descripción, evaluación y tratamiento de un caso de ansiedad generalizada



Simona Basile*, Miguel Ángel Carrasco y José Luis Martorell

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de junio de 2015

Aceptado el 4 de septiembre de 2015

On-line el 17 de octubre de 2015

Palabras clave:

Ansiedad generalizada

Estudio de caso

Adolescente

Evaluación clínica

Intervención psicológica

RESUMEN

Este trabajo presenta la descripción, evaluación y tratamiento de un estudio de caso sobre un trastorno de ansiedad generalizada. Se trata de un adolescente de 16 años aquejado de un elevado malestar emocional debido a numerosas preocupaciones. Se realiza una evaluación con diferentes instrumentos y fuentes informantes que permiten el diagnóstico y la delimitación de las variables más relevantes. Tras la evaluación realizada se implementa un proceso de intervención multicomponente que integra diferentes técnicas y estrategias de carácter cognitivo, emocional, conductual e interpersonal. Los resultados reflejan cambios sustanciales en la sintomatología que sugieren la adecuación y eficacia de la intervención realizada. Se discute el papel de la preocupación en la ansiedad generalizada, las dificultades y limitaciones de la intervención así como las actuaciones futuras que permitan afianzar los logros alcanzados.

© 2015 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Overconcerns in adolescence: Description, assessment, and treatment of a generalized anxiety case

ABSTRACT

This paper shows the description, evaluation, and treatment of a study case with a generalized anxiety disorder. The case is a 16-year-old boy who suffers from a high emotional distress due to several worries. An assessment with different instruments that allows diagnosis and delimitation of the most important variables is performed. After this process of evaluation a multicomponent intervention, which integrates different techniques and strategies of cognitive, emotional, behavioural, and interpersonal character, is implemented. The results reflect substantial changes in symptoms that suggest the adequacy and effectiveness of the intervention. The role of worries as a component of the generalized anxiety disorder, difficulties, and limitations of the intervention and future actions to consolidate the achievements are discussed.

© 2015 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Generalized anxiety

Study case

Adolescent

Clinical assessment

Psychological intervention

Los problemas de ansiedad son una de las alteraciones más prevalentes en la población general y específicamente en la población infantil y adolescente (American Psychological Association-APA, 2013; Bragado et al., 1995; Ezpeleta et al., 2007; Sandín, 1997;

Sneider, 2014). Aunque se trate de una respuesta con posibles funciones adaptativas (i.e., alertarnos de un peligro, activar mecanismos de afrontamiento o mejorar el rendimiento, entre otras) cuando se torna excesiva puede llegar a ser una enorme fuente de malestar que interfiere gravemente el funcionamiento cotidiano de una persona.

La ansiedad puede adquirir numerosas formas en respuesta a diferentes potenciales estresores (Sandín, 1997; Sneider, 2014): separación de las figuras de referencia, evaluación y contacto social, objetos o situaciones específicas percibidas como amenazantes o

* Autor para correspondencia. Servicio de Psicología Aplicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). C/ Juan del Rosal, 10. 28040 Madrid.

Correo electrónico: simona.basile@gmail.com (S. Basile).

peligrosas, pensamientos o imágenes involuntarias o enfermedades médicas. Todas estas formas tienen un denominador común, caracterizado por una reacción emocional de activación simpática (i.e., taquicardia, sudoración, etc.), aprensión, anticipación catástrofica, nerviosismo y preocupación. En adolescentes, aunque con posibles diferencias fenomenológicas, ya pueden identificarse la totalidad de las alteraciones de ansiedad que se conocen en los adultos (APA, 2002, 2013). Una de estas alteraciones es la denominada ansiedad generalizada. Se trata de una ansiedad y preocupación excesivas, que se extienden a diferentes actividades y sucesos de la vida cotidiana y que se manifiestan con síntomas adicionales de cansancio, falta de concentración, irritabilidad, tensión o problemas de sueño. Su prevalencia entre adolescentes está en torno al 3–4% y, aunque puede iniciarse a cualquier edad, su inicio suele estar entre los 20 y 30 años y su curso tiende a ser crónico. La preocupación aprensiva, intensa, frecuente y de difícil control, es su núcleo central, cuyo contenido entre la población adolescente gira en relación con el rendimiento escolar o la aceptación de los compañeros, principalmente.

Su origen tiene una base multicausal que incluye, entre otras, variables temperamentales, psicobiológicas, alteraciones del procesamiento emocional (i.e., sesgos atencionales, percepción incorrecta de amenazas), dificultades de apego, historia de sucesos traumáticos, psicopatología de los padres o problemas de regulación emocional (Sneider, 2014; Valdés y Rodríguez-Testal, 2011). En relación con esta última, las personas con dificultades en el manejo efectivo de sus respuestas emocionales a los acontecimientos cotidianos experimentan periodos más graves y duraderos de malestar que pueden conducirlos a alteraciones de ansiedad y depresión (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Mennin, Holoway, Fresco, Moore y Heimberg, 2007).

El presente artículo recoge la descripción, evaluación y tratamiento de un adolescente con niveles de preocupación excesiva que llega a interferir su actividad cotidiana y generar un elevado grado de malestar e infelicidad.

Descripción, análisis e intervención del caso

Antecedentes personales y familiares: historia clínica

Raúl tiene 16 años y vive en el domicilio familiar con su hermana de 21 y sus padres. Las relaciones familiares son especialmente importantes con su madre, con quien mantiene una vinculación muy estrecha y dependiente, que él describe como *muy cercana y de gran confianza* pero que dificulta tanto su independencia emocional como su autonomía en las actividades cotidianas y escolares. Con su padre mantiene una relación cordial pero distante y con su hermana una relación conflictiva. A su padre lo describe como un hombre *gruñón, muy estricto pero sensible* y siente cierto rechazo por él. Con su hermana mantiene continuas discusiones y se queja de no poder mantener con ella una relación “normal”. Tiene buenas relaciones con sus amigos, con los que comparte aficiones y salidas, aunque muestra cierta tendencia al aislamiento cuando algo le preocupa y le afecta. Ante estas situaciones prefiere permanecer en casa y no ver a nadie.

Actualmente estudia bachillerato y su rendimiento escolar es variable aunque, debido a sus actuales dificultades, ha disminuido sustancialmente, habiendo sacado varios suspensos en las últimas evaluaciones. No se refieren problemas médicos ni psicológicos previos ni ha recibido tratamiento psicológico ni psiquiátrico. Su inteligencia general es normal y su desarrollo evolutivo y escolar ha sido adecuado. Relata episodios de posible acoso escolar hace aproximadamente 4 años, que motivaron un cambio de colegio. Recuerda con gran malestar dichos episodios y muestra un elevado temor a que pudieran repetirse. No se identifican antecedentes

psicopatológicos ni enfermedad médica en ninguno de sus familiares de primer o segundo grado.

Motivo de consulta: demandas y problemas actuales

Animado por su madre, Raúl solicita ayuda psicológica, debido al descenso de su rendimiento académico y al malestar que experimenta. En el momento que acude a consulta dice estar obsesionado con una chica que no consigue apartar de su cabeza y le impide concentrarse en otras tareas. La chica tiene novio y no está interesada por él. Dice que está todo el día pensando en ella, imagina que ella le está viendo y escuchando y tiene miedo a que a ella no le guste lo que él dice o hace. Esto le impide ser él mismo, le genera sentimientos de vergüenza y preocupación de hacer el ridículo frente a ella o los demás, lo cual a su vez le inhibe hasta el punto de aislarse en casa. En consecuencia, se siente nervioso y triste y ha llegado a experimentar elevados niveles de activación (i.e., taquicardia, sudoración, impulsos de salir corriendo) que no sabe muy bien describir y que han sido objeto de gran preocupación en la familia. Al menos en dos ocasiones ha experimentado accesos intensos de malestar con respuestas de ansiedad que han ocasionado escapadas del hogar y crisis de llanto desesperados. Estas reacciones intensas son congruentes con la inestabilidad emocional y los cambios de humor que Raúl muestra con frecuencia.

Evaluación y contrastación inicial

Procedimiento

El primer contacto con el Servicio de Psicología Aplicada lo realiza la madre de Raúl, quien pide cita al Servicio y a la que posteriormente la terapeuta del caso hace una breve entrevista telefónica. Al tratarse de un menor, se decide realizar la primera parte de la primera sesión con la madre presente pero con la aprobación de Raúl. La evaluación inicial se realizó en un total de 4 sesiones de una hora aproximada de duración. Todas las sesiones se llevaron a cabo en un espacio que garantizaba la privacidad, con unas condiciones de luz, ruido y comodidad adecuadas. En la primera sesión se presentó el marco de trabajo y se explicó la conveniencia de realizar una evaluación inicial para explorar el motivo de consulta y delimitar los problemas existentes que permitieran planificar una intervención individualizada. En esta primera sesión se procedió a la cumplimentación de la documentación correspondiente, relativa al consentimiento informado, a la evaluación y el tratamiento. Tras esta primera sesión, las 3 sesiones restantes de evaluación se realizaron con Raúl a solas. Finalizada la evaluación y, siempre con la aprobación de Raúl, se realizó una sesión de devolución conjunta madre-hijo. Además de esta evaluación inicial, a lo largo de la intervención se recogieron datos del curso y evolución de la misma. Al final del tratamiento, aproximadamente 18 meses después de la evaluación inicial, se administraron a modo de postest algunas de las medidas inicialmente cumplimentadas tal y como se detallará en el apartado de resultados. Los instrumentos cumplimentados y la secuencia de administración se indican en el siguiente epígrafe.

Fuentes informantes y comportamiento durante la evaluación

La información se obtuvo a través de dos fuentes de información: el propio Raúl y su madre. Ambos cumplimentaron diferentes instrumentos y aportaron la información solicitada.

Tanto el comportamiento de Raúl como el de su madre durante la evaluación fue en todo momento atento y colaborador, cumplimentando las pruebas con interés y cuidado.

El comportamiento de Raúl durante la evaluación fue adecuado en relación con las áreas de apariencia y conciencia de

malestar, conducta motora e intencional, memoria, percepción, pensamiento, lenguaje, conciencia y afectividad. En relación a esta última muestra cierto nivel de ansiedad, vergüenza y preocupación por la evaluación.

Instrumentos de evaluación

a) Instrumentos cumplimentados por la madre

Entrevista inicial para padres (elaboración propia). De la entrevista inicial se recogió la información referida en los epígrafes correspondientes a los antecedentes personales y familiares así como al motivo de consulta.

Listado de síntomas CBCL (Achenbach y Rescorla, 2001. Traducción y baremación española por la Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament, Universitat Autònoma de Barcelona). Las puntuaciones directas (PD) obtenidas en los diferentes factores fueron: agresividad (PD=8), depresión (PD=15), obsesivo-compulsivo (PD=2), delincuencia (PD=4), ansiedad-somático (PD=2), delincuencia no socializada (PD=0), hiperactividad (PD=4) y retraimiento social (PD=6). De todas las dimensiones evaluadas, solo resultó significativa la sintomatología depresiva.

b) Instrumentos cumplimentados por Raúl

Entrevista diagnóstica (adaptada de Vázquez y Muñoz, 2004). Se utilizan las preguntas sondeo dirigidas a la evaluación de los diferentes criterios diagnósticos DSM-IV. De los diferentes criterios explorados se identifican dificultades relacionadas con las siguientes áreas y alteraciones psicológicas: *autoconcepto y autoestima* (i.e., “no me gusto, aburro a la gente”, autodevaluación), *depresión mayor y distimia* (i.e., llora a menudo, sentimientos de soledad, escasas actividades gratificantes), *ansiedad generalizada* (preocupaciones recurrentes relacionadas con la chica que le gusta, rumiaciones centradas en revivir momentos pasados en el instituto relacionados con la chica que le gusta y los demás compañeros), *ataques de pánico* (i.e., niveles intensos de ansiedad y síntomas neurovegetativos que no llegan a adquirir la cualidad de ataque de pánico), *fobia social* (i.e., malestar relacionado con el miedo a lo que piensan los demás sobre su forma de actuar y de hablar, que hace que viva con miedo el tener que ir al instituto o juntarse con gente que no conoce), *obsesiones* (i.e., presencia de pensamientos intrusivos no absurdos que no logra quitar de su cabeza y de rumiaciones), *trastornos del sueño* (i.e., duerme poco pero no hay quejas sobre la calidad del sueño, se queja de sensación de haber descansado mal).

En la entrevista da muestras de elevadas expectativas y motivación en relación con el tratamiento. Expresa como logros para dar por terminada una terapia los siguientes: “quiero volver del instituto diciéndome que hoy he sido yo mismo”, “que vaya bien en casa, sin discusiones que podamos cenar teniendo una conversación y no mirando la TV en silencio, que podamos hacer cosas juntos, que haya un buen ambiente en el instituto, que me lleve bien con mis amigos, que tenga buenas relaciones fuera del instituto”, “quiero encontrar una pareja”.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1994. Adaptación española de Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos). Las puntuaciones directas (PD) y centiles (PC), respectivamente para los dos factores de ansiedad, fueron, para ansiedad estado: PD=44, PC=99 y para ansiedad rasgo: PD=35, PC=90. Estas puntuaciones indican elevados niveles de ansiedad relativa tanto a sus reacciones puntuales y transitorias como a su tendencia habitual de respuesta.

Inventario de Depresión de Beck, BDI (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979. Adaptación española Sanz y Vázquez, 1998). La puntuación directa resultante fue PD=8, indicativa de niveles moderado-bajos de sintomatología depresiva.

Inventario clínico para adolescentes, MACI (Millon, 2011). La exploración de los patrones de personalidad, áreas de preocupación y síntomas clínicos a través del inventario MACI indicaron ausencia de rasgos de personalidad patológicos, con un perfil que respondía a niveles bajos en los rasgos de histriónico, egocéntrico, rebelde y rudo y niveles medios en los rasgos introvertido, inhibido, pesimista, sumiso, conformista, opositorista y autopunitivo. Se puso de manifiesto un área de preocupación en la escala “incomodidad con respeto al sexo” con puntuaciones elevadas (tasa base, TB=80) y un área con niveles medio-altos en la escala “abusos en la infancia” (TB=68) y un potencial síndrome clínico relacionado con la escala “sentimientos de ansiedad” (TB=83). El perfil mostrado se correspondía con un nivel de alteración alto (Z=72) y de fiabilidad cuestionable (W=1), aunque con niveles de transparencia y deseabilidad social aceptables.

Autorregistros. Se utilizaron registros *ad hoc* y un cuaderno de anotaciones, en el que se solicitaba a Raúl que recogiera mediante narraciones y anotaciones aquellas situaciones en las que se sentía mal. Se le indicaba que recogiera una descripción de la situación, sus pensamientos y emociones relacionadas con la situación y el momento que relataba. Estos registros se utilizaron a lo largo de toda la intervención y fueron un material de trabajo fundamental tanto para la evaluación como para la intervención sobre determinados contenidos.

Delimitación de problemas y diagnóstico

El principal problema de Raúl, congruente con su motivo de consulta, es una elevada ansiedad, especialmente en su dimensión cognitiva que se caracteriza por un claro componente rumiador e intrusivo. Además, en el momento de la petición de ayuda el foco de esta preocupación está en relación con su interés sobre una chica que le atrae, lo que hace que adquiera un carácter social e interpersonal, con elevados síntomas de vergüenza, miedo a ser evaluado por los demás o a hacer el ridículo. Este foco de preocupación evolucionará a lo largo de la intervención hacia otros contenidos diferentes (i.e., progreso escolar, su satisfacción en la vida, las relaciones con sus amigos, intentar ser el mismo), los cuales hacen descartar la sospecha inicial de un posible trastorno de ansiedad social.

Su ansiedad se acompaña de sintomatología disfórica, problemas de autoestima, aislamiento, rigidez, problemas de regulación emocional y percepción de baja competencia social. Este malestar emocional genera dificultades de concentración que le llevan a un receso en su rendimiento escolar.

Un análisis posterior de los resultados de la evaluación y de los diferentes síntomas en relación con los trastornos hipotetizados nos permitió delimitar como diagnóstico acorde a los criterios DSM-5 (APA, 2013) y mejor ajustado a su fenomenología el correspondiente a ansiedad generalizada, 302.02 (F41.1). Raúl mostraba una ansiedad excesiva y aprensiva en relación con gustar o no a la chica que le atraía, mantener sus amigos, ser capaz de mostrarse como era, mantener un clima familiar adecuado o aprobar el curso. Estas preocupaciones escapaban a su control y se asociaban a inquietud, nerviosismo, cansancio, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tristeza y tensión muscular. Todo ello se prolongaba más de seis meses y dificultaba su rendimiento escolar, la realización de actividades en casa y la relación con sus compañeros, con los que se negaba salir. Algunas de sus preocupaciones tenían un claro componente social, pero más que estar asociado al miedo a ser evaluado se centraban en la naturaleza de las relaciones (agradar, mantener una buena relación, ser querido y aceptado). Además, su ansiedad persistía en contextos diferentes (i.e., relaciones familiares, rendimiento escolar) en los que este componente social relativo al miedo a ser evaluado no estaba presente.

Intervención

Objetivos

Una vez analizada toda la información recogida a lo largo del proceso de evaluación y delimitados los problemas específicos de Raúl, se establecieron los siguientes objetivos: 1) establecer una adecuada alianza terapéutica en un espacio de seguridad y confianza, 2) disminuir sus niveles de ansiedad y malestar emocional especialmente en su componente cognitivo de rumiación y su componente de miedo a la evaluación social, 3) aumentar sus estrategias de manejo emocional y estrategias de regulación (conocimiento y expresión de sus emociones, control de pensamiento, eliminación de las conductas de evitación, reevaluación positiva), 4) incrementar su autoestima, calibrar su nivel de autoexigencia y aumentar su autoeficacia percibida promoviendo procesos de identidad positiva, 5) reestructurar pensamientos negativos y sesgos cognitivos, 6) mejorar su competencia social mediante la mejora de habilidades sociales en contextos de interacción interpersonal, especialmente en su contacto con chicas y 7) incrementar su autonomía e independencia respecto a la figura materna y aceptación de la misma.

Estrategias y técnicas de intervención

A lo largo de la intervención se utilizaron numerosas estrategias y técnicas de intervención tal y como se recoge en la tabla 1. Las técnicas incluyeron estrategias de comunicación terapéutica (i.e., escucha, empatía, encuadre, sondeo, señalamiento, confrontación, instrucciones, información, reforzamiento, validación), psicoeducación, entrenamiento en técnicas de autocontrol (i.e., autorregistro, relajación, respiración, autoinstrucciones), reestructuración cognitiva sobre creencias y sesgos cognitivos (i.e., maximización, anticipación catastrófica), técnicas conductuales (i.e., exposición a las preocupaciones/saciación, reforzamiento positivo de conductas adecuadas), entrenamiento en habilidades sociales (i.e., ensayos de conducta en situaciones sociales, encuentros con chicas, intercambios conversacionales), planificación y manejo del tiempo (i.e., técnicas de estudio, vacaciones), técnicas narrativas, esculturas y silla vacía, entre otras. Las técnicas se aplicaron de acuerdo con los objetivos planteados y las necesidades terapéuticas de Raúl.

En la tabla 1 se incluye un resumen de las sesiones de trabajo con los correspondientes objetivos específicos trabajados en cada una de ellas y las estrategias y técnicas de intervención utilizadas. Es importante destacar que las estrategias de intervención utilizadas contienen elementos transversales y comunes que actúan de forma sinérgica en la consecución de los diferentes objetivos y en la mejora global de Raúl a lo largo de toda la intervención; por tanto, el lector debe entender el proceso de evaluación e intervención en su conjunto.

Desarrollo de la intervención

El proceso terapéutico, actualmente en fase de seguimiento, se ha extendido a lo largo de 16 meses con un total de 51 sesiones de aproximadamente 60 minutos y con periodicidad semanal. Del total de estas sesiones, 4 se dedicaron a evaluación, 44 a intervención y 2 a seguimiento. Las sesiones de intervención fueron interrumpidas sólo por los periodos vacacionales escolares. El nivel de compromiso, motivación y participación de Raúl siempre ha sido muy alto. Su madre tuvo una elevada implicación en la intervención y, a petición propia, mantenía contacto constante con la terapeuta. De estos contactos era informado Raúl, de quien se obtuvo consentimiento previo.

Respecto a la secuencia y desarrollo del proceso de intervención, después de la evaluación inicial y de concretar los objetivos a

corto y largo plazo, la intervención se inicia con el objetivo prioritario de controlar y reducir los niveles de ansiedad. Con este objetivo se decidió crear un “cuaderno de terapia” en el cual escribir entre sesión y sesión sus pensamientos (i.e., preocupaciones) y emociones. Además del autorregistro, se realizó un entrenamiento en técnicas de autoinstrucciones, relajación y respiración diafragmática. Debido a las dificultades de Raúl para controlar sus preocupaciones, se le entrenó en estrategias de control de los pensamientos rumiadores mediante la fijación pactada de distintos tiempos para preocuparse, a los que debía posponer los pensamientos intrusivos, además de la tarea de escuchar tres veces al día el contenido exacto de sus preocupaciones previamente redactadas y grabadas. De esta manera se combinaba la exposición y la saciación como procesos facilitadores de afrontamiento directo, habituación, extinción y modificación de expectativas negativas. Estas estrategias tuvieron un efecto rápido, que el joven apreció y utilizó con buenos resultados. Simultáneamente, y dadas sus dificultades de concentración que incidían directamente sobre sus resultados escolares, se aplicaron técnicas de estudio (i.e., eliminar distractores, establecer tiempos de estudio y pausas, organizar los temas de estudio). Progresivamente a lo largo de la terapia se utilizaron técnicas de entrenamiento en habilidades sociales mediante “ensayo de roles” en situaciones simuladas de conversación con chicas e interacciones con amigos. En estas situaciones se hacía especial hincapié en el componente de evaluación negativa anticipada y en sus emociones de vergüenza y miedo al ridículo. Estos ensayos se aprovecharon para reforzar las buenas habilidades comunicativas que Raúl demostraba tener, especialmente con los adultos. La identificación, conciencia y reestructuración de pensamientos negativos, junto con la expresión emocional, se trabajó con diferentes técnicas, tales como la técnica de las esculturas (pasada, presente, futura, temida y deseada), técnicas narrativas y la silla vacía. Esta técnica última se utilizó sobre dos temáticas específicas que preocupaban a Raúl: (a) la relación con su padre y la percepción negativa que tiene sobre aquél (padre bueno vs. padre malo) y (b) sus cualidades y estado emocional futuro (“el que soy” vs. “el que quisiera ser”). La comunicación terapéutica ha sido esencial a lo largo de todo el proceso con estrategias de interacción verbal de escucha, empatía, confrontación de sus sesgos y cogniciones negativas, sondeo, validación de su malestar emocional, reforzamiento de pensamientos alternativos y actitudes positivas, señalamientos de incongruencias, contradicciones, emociones específicas y reevaluaciones y reinterpretaciones sobre contenidos relativos a sus preocupaciones. Con todo ello se potenció una percepción más positiva de sí mismo y de sus problemas, un afrontamiento alternativo de sus dificultades (i.e., afrontamiento directo, reevaluación positiva) y además se ayudó al joven a ser el actor principal de su propia vida, como responsable de sus acciones y decisiones. Con estos mismos propósitos se intentaba normalizar y validar sus dificultades encuadrándolas dentro del proceso de construcción de su propia identidad, proceso característico de la etapa de la adolescente en la que se encuentra Raúl.

Es necesario destacar dos elementos esenciales que vertebran todo el proceso de cambio y que funcionan como hilo conductor del mismo: la alianza terapéutica y la buena disposición al cambio de Raúl. Estos elementos fueron cuidados con especial interés mediante la constante revisión y el consenso de objetivos, la renovación del compromiso por el cambio o el respeto a su negativa a tratar ciertos temas hasta que Raúl lo decidía.

Finalmente, como puede observarse en la tabla 1, algunas sesiones se dedicaron a explorar contenidos o acontecimientos específicos que Raúl planteaba en sesiones y que no estaban previstos dentro de los objetivos del tratamiento. Específicamente cabe resaltar tres momentos: 1) de las sesiones 14 a la 17 fue necesario intervenir de manera focalizada en una inesperada crisis de pánico que Raúl experimentó en el instituto y que provocó, además de

Tabla 1
Estrategias y objetivos terapéuticos en cada una de las sesiones de intervención

Sesiones	Objetivos	Estrategias y técnicas aplicadas
De 1 a 4	Evaluación inicial y devolución y 1	- Administración de instrumentos; estrategias de entrevista y comunicación terapéutica (e.g., escucha activa, empatía. . .)
De 5 a 10	1, 2, 3 y 4	- Negociación de objetivos - Establecimiento consensuado de un plan de trabajo. - Cuaderno de terapia (autorregistros) - Técnicas de estudio - Posponer preocupación/tiempo para preocuparse - Técnicas de relajación-respiración-autoinstrucciones
11 y 12	2, 3 y 4	- Parada de pensamiento - Posponer preocupación - Relajación-respiración-autoinstrucciones
13	3 y 5	- Exposición/Saciación/habitación: grabar rumiaciones y oírlas reiteradamente. - Narración y reestructuración cognitiva: reformular historia personal: identificar acontecimientos vitales relevantes; conciencia y relativización del dolor pasado.
14	2 (Incidente: crisis de ansiedad en el instituto)	- Comunicación terapéutica - Reestructuración cognitiva
De 15 a 17	2, 3, 4, 5 y 6 (Se valora la posibilidad de medicación)	- Silla vacía: Raúl bueno versus Raúl malo - Role-playing
18 y 19	4 y 6	- Entrenamiento habilidades sociales para conversar - Role-playing de situaciones problemáticas vividas - Habilidades para ligar - Listado de aspectos que me gustan/no me gustan - Silla vacía: Raúl versus figura paterna - Expresar necesidades/deseos - Listar 10 aspectos positivos/10 negativos de él. - Planificar actividades/tareas cotidianas autónomas. - Concienciar sobre su responsabilidad y autonomía. - Planificar el verano - Evaluación del verano y su estado actual - Reevaluar objetivos concretos - Planificar nuevo curso
De 20 a 23	3, 4 y 7 (Periodo vacacional de verano)	- Técnicas de estudio - Posponer preocupación - Técnicas de relajación-respiración-autoinstrucciones - Planificación actividades autónomas
De 24 a 26	1 y 3	- Entrevista - Comunicación terapéutica - Psicoeducación
De 27 a 29	1, 2, 3 y 7 (se consolidan avances y logros)	- Esculturas: pasado-presente-futuro - Reforzamiento de los logros positivos alcanzados - Relajación-respiración-autoinstrucciones
30	Explorar imagen corporal Explorar prejuicios y orientación sexual	- Comunicación terapéutica - Psicoeducación
De 31 a 35	2, 3, 4	- Esculturas: pasado-presente-futuro - Reforzamiento de los logros positivos alcanzados - Relajación-respiración-autoinstrucciones
36	(Se aborda el consumo de drogas)	- Comunicación terapéutica - Psicoeducación
37 y 38	7	- Comunicación terapéutica - Expresar necesidades/deseos - Planificación de Navidades - Planificación del curso - Reforzamiento positivo
39 y 40	1 y 2 (se consolidan avances y logros)	- Reforzamiento positivo - Comunicación terapéutica: confrontación - Revisión de objetivos
De 41 a 43	-Recaída (disminución de motivación incremento del malestar) -Se plantea posibilidad de interrumpir la terapia	
44	1 (motivación para el cambio)	- Revisión y Formulación de objetivos - Encuadre terapia - Planificación
De 45 a 49	2, 3 y 5	- Técnicas de estudio - Refuerzo positivo - Confrontación - Reestructuración cognitiva - Comunicación terapéutica
50 y 51	Seguimiento (se consolidan avances y logros)	

un intenso malestar, una gran expectación entre sus compañeros y profesores; en estos momentos de la intervención, debido a la alarma que esta reacción generó, el joven solicitó tratamiento farmacológico y el psiquiatra le recetó un ansiolítico para ingerir solo ante reacciones de ansiedad aguda, que Raúl no llegaría a tomar dado el carácter puntual y casi anecdótico de la crisis de ansiedad mencionada; en la terapia se explicó la naturaleza de la reacción vivida y se instruyó sobre su manejo y afrontamiento mediante las técnicas ya entrenadas en las sesiones de intervención; 2) en la sesión 36 surge la conveniencia de explorar la actitud y los pensamientos del joven con respecto al consumo de drogas: su consumo resultó esporádico y no significativo y la sesión fue aprovechada

para transmitir información sobre los riesgos del consumo y abuso mediante psicoeducación; 3) en la sesión 30 se abordó la temática de su orientación y preferencia sexual: al igual que en el caso anterior, se procedió mediante psicoeducación a responder a las cuestiones planteadas y a informar sobre las posibles opciones sexuales.

Resultados y seguimiento

Tras la intervención descrita, y con la finalidad de explorar la evolución de Raúl y su estado psicológico, se volvieron a administrar algunos de los instrumentos iniciales a modo de medidas

Tabla 2

Medidas pretest y posttest en las principales variables de cambio

Medidas	Pretest	Posttest
CBCL		
Depresión	PD = 15	PD = 6
Retraimiento	PD = 6	PD = 2
STAI		
Ansiedad estado	PD = 44, PC = 99	PD = 14, PC = 30
Ansiedad rasgo	PD = 35, PC = 90	PD = 8, PC = 5
BDI	PD = 8	PD = 5
MACI		
Patrones personalidad		
Pesimista	PD = 26, TB = 60	PD = 2, TB = 28
Sumiso	PD = 52, TB = 68	PD = 43, TB = 62
Histriónico	PD = 26, TB = 23	PD = 39, TB = 71
Egocéntrico	PD = 20, TB = 21	PD = 30, TB = 61
Conformista	PD = 42, TB = 48	PD = 53, TB = 103
Áreas preocupación		
Difusión de la identidad	PD = 23, TB = 63	PD = 10, TB = 30
Desvalorización	PD = 23, TB = 49	PD = 7, TB = 23
Incomodidad sexo	PD = 35, TB = 80	PD = 28, TB = 58
Insensibilidad social	PD = 20, TB = 30	PD = 23, TB = 42
Discordancia familiar	PD = 14, TB = 38	PD = 9, TB = 26
Abusos en la infancia	PD = 13, TB = 68	PD = 0, TB = 9
Síndromes clínicos		
Abuso de sustancias	PD = 4, TB = 14	PD = 10, TB = 38
Ansiedad	PD = 42, TB = 83	PD = 36, TB = 71
Afecto depresivo	PD = 21, TB = 54	PD = 8, TB = 28
Tendencia suicidio	PD = 9, TB = 48	PD = 0, TB = 6
Nivel de alteración global	PD = 7, TB = 72	PD = 2, TB = 44

Nota. PD = puntuación directa; PC = puntuación centil; TB = tasa base. Aparecen en negrita las puntuaciones baremadas significativas. CBCL = listado de conductas de Achenbach; STAI = Inventario de Ansiedad-Rasgo; BDI = Inventario de Depresión de Beck; MACI = Inventario de Personalidad de Millon.

posttest. Los instrumentos administrados con las puntuaciones correspondientes se recogen en la tabla 2. Todas las dimensiones incluidas en las tablas son aquellas que mostraron un cambio entre pretest y posttest. Aparecen en negrita aquellas que alcanzaron niveles de significación de acuerdo a los baremos de procedencia.

De manera significativa las escalas indican una disminución en la sintomatología depresiva y en los niveles de ansiedad, así como un incremento en su patrón de conformismo (tal vez reflejo de su mayor aceptación con respecto a su situación actual) y una disminución en el área de preocupación respecto al sexo. Se observa también una disminución del retraimiento social (según su madre), una tendencia al incremento en patrones de personalidad pesimista y sumiso y un incremento en actitudes histriónicas y egocéntricas. En relación a las áreas de preocupación, todas han experimentado un descenso, excepto sus niveles de insensibilidad social, que se han visto incrementados. En relación a los síndromes clínicos, todos los niveles han descendido (especialmente su inclinación al suicidio), a excepción de su inclinación al abuso de sustancias. Es importante destacar que, a pesar de los cambios experimentados, ninguna de estas dimensiones alcanza niveles significativos, por lo que deben ser consideradas como una tendencia de cambio.

Con el propósito de valorar los niveles de estrategias de regulación cognitivo-emocionales una vez concluida la intervención, se administró el Cuestionario de Regulación Cognitiva-emocional, CERQ-S (Garnefski, Kraaij y Spinhoven, 2001), adaptado a población española por Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, Amor y Holgado-Tello, 2011). Los resultados indicaban que Raúl mostraba niveles adaptativos de estrategias de regulación emocional equiparables a la media poblacional (autoculpa, aceptación, focalización positiva, planificación, reevaluación positiva, culpar a los otros), destacando por sus niveles más bajos en las estrategias de rumiación (PD = 9), puesta en perspectiva (PD = 8) y catastrofismo (PD = 4), lo que remite al uso de estrategias adaptativas de regulación,

incluidas la rumiación y la anticipación catastrófica, que son parte esencial de su trastorno de ansiedad generalizada.

Más allá de las mejoras y cambios en las puntuaciones posttest, la observación clínica permitía constatar numerosas mejoras. Raúl verbaliza con frecuencia encontrarse mejor, debido a la reducción de sus pensamientos intrusivos, a la menor intensidad de los mismos y al mayor control que percibe sobre su aparición y desaparición. Las quejas de falta de concentración han disminuido y su capacidad de planificación y organización en el ámbito de estudio han mejorado. En la actualidad Raúl se muestra más autónomo en la toma de sus decisiones, más independiente con respecto a su madre y una actitud más conciliadora con su hermana, con la que ha conseguido reducir los conflictos y disfrutar del tiempo que comparten. Se valora de forma más positiva y realista, aunque permanece cierta sensibilidad al juicio y evaluación de los demás, lo que ocasionalmente le lleva a desvalorizarse. Sus habilidades sociales han mejorado notablemente, aunque permanecen ciertas dificultades para relacionarse con sus compañeros, sobre todo en el Instituto. Aún tiende a aislarse para evitar enfrentarse a situaciones potencialmente conflictivas o ante las que prevea malestar. No obstante, expresa, reconoce y demanda sus necesidades con sus amigos y la importancia de éstos para disfrutar y tener vida social. Está inmerso en diferentes actividades de ocio y se relaciona frecuentemente con sus amigos, con los que dice disfrutar y ganar seguridad para hablar o expresar lo que quiere o piensa.

En el momento actual la terapia ha entrado en fase de seguimiento, con una frecuencia quincenal, en la que se constatan y refuerzan los resultados logrados.

Discusión y conclusiones

La valoración global de la intervención ha sido positiva, como indican los resultados alcanzados y la consecución razonable de los objetivos propuestos, en la medida que su malestar ha disminuido considerablemente y ha dejado de interferir en su funcionamiento y ajuste psicológico, escolar y social.

El análisis de la intervención realizada nos lleva a destacar su carácter comprensivo e integrador (Martorell, 2014). A lo largo del tratamiento se han empleado estrategias y técnicas de intervención propias de diferentes orientaciones teóricas, combinándolas e integrándolas en atención a las dificultades específicas del paciente: su dimensión cognitiva (e.g., miedo a la evaluación, manejo de la preocupación), emocional (i.e., manejo de la ansiedad), conductual (i.e., afrontamiento directo) e interpersonal (i.e., mejora en las habilidades interpersonales). Todo ello ha estado enmarcado en la comprensión y promoción positiva de los procesos característicos de la adolescencia: procesos de identidad asentados sobre la valoración de sí mismo y la delimitación del autoconcepto. Además, la intervención sin duda se ha visto beneficiada por la buena alianza terapéutica y por la elevada disposición de Raúl al cambio. De la intervención realizada es importante destacar el papel que ha jugado el control de la preocupación y su manejo en la mejora del malestar, especialmente tratándose de un caso de ansiedad generalizada. Algunos autores (Barlow, 2002; Borkovec, 1994; Craske, 1999) han entendido la preocupación como un mecanismo aliviador de la ansiedad a corto plazo, al tiempo que contribuye a su mantenimiento futuro. Considerando este mecanismo, la promoción de estrategias de regulación alternativas así como el abordaje directo de la preocupación y la modificación de sus mecanismos mantenedores debe ser un componente clave en el diseño de cualquier intervención dirigida a este tipo de casos.

Finalmente conviene recordar que el presente caso está en fase de seguimiento, lo que no permite sacar conclusiones sobre la eficacia de la intervención hasta no contrastar la permanencia de las mejoras y los logros alcanzados hasta la fecha. Conocido el curso

crónico de los trastornos de ansiedad generalizada (APA, 2013), es necesario elevar la cautela en la valoración de los resultados y programar un adecuado seguimiento en el que las recaídas se contemplen como elemento esencial del mismo y del futuro abordaje del problema. Un elemento a considerar con respecto al futuro inmediato es la relación de dependencia con su madre. Si bien la madre de Raúl es una fuente de apoyo fundamental, sus actitudes continuas de sobreprotección reafirman la autopercepción de debilidad e inseguridad de Raúl, le proporcionan beneficios secundarios de comodidad y apoyo e impiden la adecuada promoción hacia su madurez. Las consignas de cambio sugeridas por la terapia para modificar esta actitud materna no tuvieron éxito, por lo que parece necesaria una intervención futura más focalizada sobre este aspecto.

Extended Summary

Case Description, Analysis, and Intervention

Raúl is 16 years old; he lives with his parents and his sister who is 21. The relationship with his mother is especially good, maintaining a really tight bond with her; however, he shows a high maternal dependence that makes it difficult both his emotional independence and his autonomy. He also maintains a cordial but distant relationship with his father and a mixed and difficult relationship with his sister.

He holds good relationships with his friends, even though he shows certain tendency to isolation whenever something worries or affects him.

He is studying at high school currently and his performance has decreased substantially over the last months. No previous medical or psychological problems were referred. His general intelligence is normal, evolutionary and scholar development has been adequate. He relates episodes of possible bullying that occurred 4 years ago, what motivated his change to another school; he remembers those episodes with great discomfort.

He asks for psychological help, encouraged by his mother, due to the decline in his academic performance and the unrest that he is experiencing. He claims to be obsessed with a girl, thinks about her constantly, he imagines her watching and listening to him and confess to be afraid of her not liking what he says or does. This prevents him from being himself and concentrating in other tasks and generates feelings of shame and concern of ridicule in front of her and others, which in turn inhibits him to the point of being isolated at home. In consequence, he feels nervous and sad and has experienced high levels of activation with anxiety responses, which led to runaways and crisis of desperate cry. These intense reactions are consistent with emotional instability and mood swings which Raúl shows frequently.

Initial evaluation and Comparison

Procedure

The first contact with the Servicio de Psicología Aplicada (UNED) is made by his mother on the phone with the therapist. Initial evaluation was performed in a total of 4 one-hour sessions. During the first session, the framework is presented to Raúl and his mother and we proceed to the completion of the documentation relating the informed consent to the evaluation and treatment. The remaining evaluation sessions were done only with Raúl. Once the evaluation was finished, and always with Raúl's approval, a mother-child feedback joint session was conducted. Moreover, specific additional tools to complete the evaluation were given to both the patient and his mother.

Raúl's attitude, as well as his mother's, during the evaluation was attentive and collaborative at all times. Certain levels of anxiety, shame, and concern were observed in the patient through the evaluation process.

Measures

a) Instruments completed by the mother

Initial interview for parents (own elaboration).

Lists of symptoms CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001. Spanish translation and tabulation by la Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament, Universitat Autònoma de Barcelona).

b) Instruments completed by Raúl

Interview for diagnose (Adapted from Vázquez & Muñoz, 2004).

Questionnaire of State-Trait Anxiety, STAI (Spielberg, Gorsuch, & Luschene, 1994. Spanish adaptation by Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos).

Beck Depression Inventory, BDI (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979. Spanish adaptation by Sanz & Vázquez, 1998).

Millon Adolescent Clinical Inventory, MACI (Millon, 2011).

Self-records

Problems Delimitation and Diagnose

Raúl's main problem, which is consistent with the reason of consultation, is a high anxiety, especially in its cognitive dimension that is characterized by a clear intrusive and ruminative component. Furthermore, in the moment of asking for help, the limelight of this concern acquires a social and interpersonal character, added to this, high shame symptoms, and the fear of being evaluated by others or ridicule. This focus on concerns will evolve along the intervention towards different contents related to school progress, his life satisfaction, relationships with his friends, trying to be himself, which discard the initial assumption of a possible social anxiety disorder.

His anxiety is accompanied by dysphoric symptomatology, self-esteem problems, isolation, rigidity, emotional regulation problems, and the perception of a low social competence, generating difficulties in concentration, which leads to a break from their school performance.

A diagnosis corresponding to general anxiety 302.02 (F41.1) according to the DSM-5 criteria (APA, 2013) was issued.

Intervention

The following goals were established: 1) setting an adequate therapeutic alliance in a space of trust and confidence; 2) reducing his anxiety levels and his emotional discomfort, specially the cognitive component of rumination and the fear component of social evaluation; 3) increasing his social managing strategies and his regulation strategies: improving knowledge and expression of his own emotions, control of thinking, removal of avoidance behaviors, positive reevaluation; 4) increasing his self-esteem, gauging his level of self-demanding and enhancing his perceived self-efficacy by promoting positive identity processes; 5) restructuring negative thoughts and cognitive biases; 6) improving his social competence by enhancing his social abilities in contexts of interpersonal interaction, especially when he is in contact with girls; 7) increasing his autonomy and independence regarding his mother and acceptance of his father.

Intervention Techniques and Strategies

Along the intervention, we used therapeutic communication strategies (i.e., self-record, relaxation, self-instructions), cognitive

redeveloping of beliefs and cognitive biases, behavior techniques (i.e., exposition to concerns/satiation), social skills training (i.e., role-playing and behavior rehearsals in social situations), time planning and management (i.e., study techniques), narrative techniques, sculptures, and empty chair, among others.

It is important to highlight that the intervention strategies that were used contain transversal and common elements which act synergistically to achieve the different objectives and the overall improvement of Raúl along the entire intervention; therefore, the reader should consider the process of evaluation and intervention as a whole.

Development of the Intervention

The therapeutic process lasted 16 months, with a total of 51 weekly sessions, approximately 60 minutes each. From the total number of sessions, 4 were dedicated to the evaluation, 44 to intervention, and 2 to follow-up. The level of commitment, motivation and participation of Raúl was always very high. His mother had also a high commitment with the intervention and, on her own request and with Raúl's consent, she held constant contact with the therapist.

The therapeutic alliance and Raúl's readiness to change are the real backbone of the whole process of change. The therapeutic relationship was a good one, creating a climate of complicity and confidence between the therapist and the patient, facilitating at the same time it fed back Raúl's good motivation and readiness to change. These elements were attended with special interest by the constant revision and consensus of goals, the renewal of commitment to change or the respect for his refusal to treat certain issues until he decided to.

Results and Follow-up

After the intervention described and with the purpose of exploring Raúl's evolution and his psychological state, some of the initial instruments were again dispensed as posttest measures. The scales show a significant decrease in depressive symptomatology and anxiety levels, as well as an increment of his pattern of conformism (perhaps reflecting his greater acceptance of his current situation) and a drop of social withdrawal (informed by his mother), a tendency to an increase in his patterns of pessimistic and submissive personality, and an increase in theatrical and egocentric attitudes. Clinical observation allowed noticing numerous improvements: Raúl says frequently that he feels better, due to the reduction of his intrusive thoughts and the lower frequency and higher control he feels over their appearance and disappearance. His ability to concentrate, plan, and organize in the field of study have improved consistently. Raúl appears to be more autonomous concerning decision making and more independent from his mother. He values himself in a more positive and realistic way, although some sensitivity to the judgment and evaluation of others still remains, which occasionally leads to devaluation. His social skills have improved, though certain difficulties still exist in interacting with his peers, especially in his high school. He still tends to isolate himself in order to avoid facing potentially conflictive situations or those in which he forecasts discomfort.

At present, therapy has entered a follow-up phase that occurs fortnightly. The aim of these sessions is to enhance achievements, strengthen the skills and strategies acquired, and prevent possible relapses.

Discussion and Conclusions

The analysis of the intervention leads us to highlight its comprehensive and inclusive character in the most practical meaning of

this term, in which diverse and varied intervention strategies have combined in attention to several personal spotlights: his cognitive (i.e., fear of evaluation, concern management), emotional (i.e., anxiety management), behavioral (i.e., direct coping), and interpersonal (i.e., improvement in interpersonal skills) dimensions. All this has been framed in the understanding and positive promotion of characteristic processes of teenage: identity processes seated on self-evaluation and the delimitation of self-concept. Furthermore, the intervention was undoubtedly benefited from the good therapeutic alliance and the patient's readiness to change. It is crucial to stand out the role that control of concern has played and his improvement of handling discomfort, especially when dealing with a case of generalized anxiety. Some authors (Barlow, 2002; Borkovec, 1994; Craske, 1999) have understood concern as a soothing mechanism of anxiety in the short term while it contributes to its future maintenance, this is, the anticipatory and reiterated thought prevents its definitive extinction. Also, rumination has been conceptualized as a cognitive strategy of emotional regulation associated with psychopathology (Aldao et al., 2010; Rood, Roelofs, Bögels, Nolen-Hoeksema, & Schouten, 2009) and which could increase in a maladaptive way in the absence of alternative regulatory strategies (e.g. revaluation, planning, problem resolution, acceptance, etc.). Considering these mechanisms, the promotion of alternative regulation strategies as well as direct approach of concern and the modification of its maintaining mechanisms should be a key component in the design of any intervention aimed at this type of case.

Finally, to conclude about the efficacy of the intervention, the permanence of improvements and achievements made to date should be contrasted. Knowing the chronic course of generalized anxiety disorders (APA, 2013), it is necessary to raise the caution when assessing the results and programming an adequate follow-up in which relapses are to be seen as an essential element of the future approach to the problem. In this context, Raúl's vulnerability characteristics should be addressed, as well as potential stressful events he may face in the near future and some of the outstanding issues should be attended too, such as Raúl's relationship with his father or the dependent relationship with his mother.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Paula Martorell de la Calzada la traducción del Extended Summary.

Referencias

- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association - APA. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* ((5th Ed.)). Washington, DC: APA.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (traducción española, Bilbao: Desclée de Brower, 1983).

- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. En G. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 5–33). New York: Wiley.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L., Bersabé, M. R., Loriga, A. y Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6, 67–82.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorder: psychological approaches to theory and treatment*. Boulder, CO: Estview Press.
- Domínguez-Sánchez, F. J., Lasa-Aristu, A., Amor, P. J. y Holgado-Tello, F. P. (2011). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Assessment*, 20, 253–261. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191110397274>
- Ezpeleta, L., Guillamón, N., Granero, R., de la Osa, N., Domènech, J. M. y Moya, I. (2007). Prevalence of mental disorders in children and adolescents from a Spanish slum. *Social Science & Medicine*, 64, 842–849. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.10.031>
- Garnefski, N., Kraaij, V. y Spinhoven, Ph. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Martorell, J. L. (2014). *Psicoterapias. Escuelas y Conceptos Básicos* (2ª ed). Madrid: Pirámide.
- Mennin, D. S., Holoway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T. y Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38, 284–302.
- Millon, T. (2011). *Inventario clínico para adolescentes de Millon, MACI*. Madrid: Pearson.
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., Nolen-Hoeksema, S. y Schouten, E. (2009). The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: a meta-analytic review. *Clinical Psychological Review*, 29, 607–616. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.001>
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303–318.
- Sneider, B. H. (2014). *Child Psychopathology. From infancy to adolescence*. New York: Cambridge University Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, L. y Lushene, R. E. (1994). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI*. Madrid: Tea-Ediciones.
- Valdés, M. y Rodríguez-Testal, J. F. (2011). Trastornos de ansiedad. En J. F. Rodríguez-Testal y M. Mesa (Eds.), *Manual de psicopatología clínica* (pp. 35–76). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C. y Muñoz, M. (2004). *Entrevista diagnóstica en salud mental*. Madrid: Síntesis.