

# **La utilización de la realidad virtual y estrategias de psicología positiva en el tratamiento de los trastornos adaptativos**

[Andreu-Mateu, Sabrina; Botella, Cristina; Quero, Soledad; Guillen, Veronica; Banos, Rosa](#)

*Behavioral Psychology/Psicología Conductual (May 1, 2012), p. 323-348*

Introducción

Todas las personas nos enfrentamos a diversas situaciones o eventos estresantes a lo

largo de nuestras vidas. En la mayoría de las ocasiones, las afrontamos de una forma mas o menos adecuada. Sin embargo, en algunos momentos la situación puede desbordarnos y no conseguimos poner en marcha una respuesta satisfactoria. Esto puede dar lugar a un estado de malestar subjetivo importante que puede interferir notablemente en la actividad social y laboral de la persona. Esta reacción desadaptada, mas intensa y prolongada de lo esperable, es la base de los denominados "trastornos adaptativos" (TA) de los que sabemos poco y para los que no contamos actualmente con tratamientos validados que ofrecer a los que los padecen.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002) y la CIE-10 (OMS, 1992), los TA representan un estado de malestar psicológico y emocional que aparece en respuesta a una o varias situaciones estresantes. Dicha reacción interfiere en el funcionamiento de la persona debiendo presentarse entre uno y tres meses tras la aparición de la situación estresante y resolverse dentro de los seis meses siguientes. Los acontecimientos estresantes y las manifestaciones clínicas pueden ser muy variados (p. ej., situaciones de separación, enfermedad, dificultades económicas o emigración). Sin embargo, los criterios y especificaciones existentes son ambiguos. Por ejemplo, el TA es el único trastorno mental del Eje I que no cuenta ni con una lista de síntomas, ni con criterios operacionales (Strain et al., 1998); tampoco existen directrices para distinguir entre una reacción adaptativa normal frente a un evento/situación estresante y cuando se debe considerar que dicha reacción es desajustada y constituye un TA; ni se indica que tipo de acontecimientos habría que considerar como estímulos estresantes; además, el estatus subordinado del TA en cuanto a las posibilidades de aplicación del diagnóstico conlleva el riesgo de que este pueda estar subestimado y no se identifique ni se trate adecuadamente. Esta situación quizás puede explicar la falta de interés que la literatura científica ha mostrado históricamente por el tema y el escaso conocimiento existente en estos momentos sobre este trastorno. Paradójicamente, el diagnóstico de TA cuenta con una importante popularidad entre los clínicos (Despland, Monod y Ferrero, 1995) y parece constituir un importante problema de salud pública (van der Klink, Blonk, Schene y van Dijk, 2003).

En cuanto al tratamiento, en la literatura solo se han encontrado algunos trabajos aislados que, además, han utilizado diferentes enfoques terapéuticos para tratar distintos tipos de pacientes. Por ejemplo, Barraza (2004) utilizó una adaptación de la terapia cognitiva de Beck para llevar a cabo el tratamiento de una paciente con recidiva de cáncer de mama. Jovic y Leposavic (2005) utilizaron el entrenamiento autógeno para tratar 31 adolescentes que sufrían de TA. En otro estudio González-Jaimes y Turnbull-Plaza (2003) utilizaron la terapia del espejo (que, según estos autores, incorpora técnicas psicocorporales, técnicas cognitivas, técnicas neurolingüísticas y técnicas integrativas) en el tratamiento de pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio agudo. Dicha terapia fue comparada con otros dos tratamientos (psicoterapia Gestalt y consejo médico) y un grupo control sin tratamiento. Por su parte, van der Klink et al. (2003) llevaron a cabo una intervención basada en el componente de actividades graduadas en pacientes con bajas por enfermedad y lo compararon con el tratamiento habitual hospitalario basado en la escucha empática y en instrucciones sobre como hacer frente al estrés. Sin embargo, ninguno de estos trabajos presenta un tratamiento diseñado específicamente para los TA, sino que utilizan terapias diseñadas originalmente para tratar otros problemas. Por otra parte, el estudio de González-Jaimes y Turnbull-Plaza (2003) no utiliza grupos de control adecuados. En cuanto al programa propuesto por van der Klink et al. (2003), solo logra disminuir la duración de las bajas laborales en mayor

proporción en el grupo de actividades graduadas frente al grupo que recibió el tratamiento habitual; no obstante, no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la disminución de los síntomas. En resumen, como señala en su trabajo de revisión Casey (2009), la mayoría de los trabajos existentes sobre el tema presentan importantes problemas metodológicos.

Esta ausencia de datos que apoyen de forma fiable una determinada estrategia de tratamiento ha llevado a que diversos autores se hayan concentrado en exponer, al menos, cuales deberían ser los objetivos fundamentales a seguir en cualquier tipo de terapia que se aplique en el tratamiento de los TA. Este es el caso de Andrews (1995), quien recomienda trabajar en el manejo de las respuestas ante la situación estresante y en la adaptación del paciente a la misma. Por su parte, Benton y Lynch (2006) señalan que el tratamiento de los casos de TA debe dirigirse a reducir el agente estresante o a mejorar las habilidades de afrontamiento (cuando dicho agente no puede ser minimizado o eliminado) y debe ayudar a generar un estado emocional y unos sistemas de apoyo que aumenten la capacidad de adaptación y afrontamiento. Citan, además, los objetivos que, según Strain (1995), debería tener el abordaje terapéutico de estos casos: analizar el agente estresante que está afectando al paciente y determinar si este puede ser eliminado o minimizado; clarificar e interpretar el significado que tiene para el paciente; reformular dicho significado; clarificar las preocupaciones y conflictos que el paciente experimenta; identificar los medios para reducir el agente estresante; maximizar las habilidades de afrontamiento del paciente y ayudar a los pacientes a ganar perspectiva con relación a la situación estresante (establecer relaciones, asistir a grupos de apoyo) y a gestionarse a sí mismos y al estímulo estresante. Por otro lado, Strain y Diefenbacher (2008) añaden a las recomendaciones propuestas por Benton y Lynch (2006) que en el caso de que existan conductas autolesivas el terapeuta debe ayudar al paciente a poner en palabras sus emociones, en vez de hacerlo a través de acciones destructivas, y trabajar con él para que consiga una adaptación más óptima y un mayor dominio de la situación estresante. Finalmente, en un reciente trabajo de revisión, Casey (2009) resume los tres grandes componentes en los que deberían basarse las intervenciones psicológicas de los TA: 1) posibilitar la reducción o la eliminación del acontecimiento estresante, 2) aportar medidas que faciliten la adaptación cuando el acontecimiento estresante no puede ser eliminado y (3) cambiar la respuesta al acontecimiento estresante intentando reducir los síntomas, propiciando cambios comportamentales y emocionales mediante la exploración del significado que el acontecimiento estresante tiene para la persona.

Teniendo en cuenta esta situación, consideramos que es importante profundizar en el conocimiento de los TA e intentar ofrecer un protocolo de tratamiento, adecuadamente validado, que pueda garantizar un tratamiento eficaz a los diferentes casos de TA que pueden encontrarse en la clínica. Concretamente, hemos desarrollado un protocolo de tratamiento que recoge estas recomendaciones y está basado en procedimientos de orientación cognitivo-comportamental. Además, se apoya en dos elementos novedosos: la realidad virtual (RV) y la inclusión de estrategias de psicología positiva (Botella, Banos y Guillen, 2008). Este protocolo cuenta con algunos datos preliminares acerca de su utilidad (Banos et al., 2008).

En cuanto a la RV, esta ha sido utilizada con éxito en el ámbito de la psicología clínica en el tratamiento de distintos trastornos (Botella, García-Palacios, Quero, Baños y Breton, 2006; Carlin, Hoffman y Weghorst, 1997; Hoffman, Patterson y Carrougher,

2000; Powers y Emmelkamp, 2008; Rothbaum et al., 1995; Strickland, 1997) y puede decirse que es una valiosa herramienta que ayuda a llevar a cabo la terapia, ofreciendo un ambiente protegido en el que la persona puede afrontar sus problemas de forma gradual y controlada. Por lo que se refiere a las nuevas estrategias de psicología positiva, cabe señalar que estas añaden a los conocimientos "tradicionales", centrados en el sufrimiento humano, una perspectiva que supone la consideración de los aspectos positivos y/o fortalezas de la persona (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005). En el caso concreto de los TA, pueden resultar especialmente útiles ya que, además de promover la superación del acontecimiento estresante, pueden ayudar a que la persona aprenda de lo sucedido fomentando, de esta manera, su desarrollo y crecimiento personal.

Los objetivos concretos del presente estudio son, por una parte, la presentación paso a paso de nuestro protocolo de tratamiento para los TA y, por otra, intentar profundizar en el conocimiento sobre los TA a través del estudio de dos casos que comparten el mismo estímulo estresante cuya característica principal es su permanencia indefinida en la vida de las participantes.

## Método

### Participantes

Las participantes que formaron parte del presente estudio fueron dos mujeres de 35 y 42 años que acudieron al Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I. La primera participante (P1) convivía con su pareja y la segunda (P2) era soltera y vivía independiente. Ninguna tenía hijos. La P1 tenía el título de bachiller y la P2 un doctorado universitario. El acontecimiento estresante era, en los dos casos, la enfermedad mental (esquizofrenia) que presentaban sus respectivos hermanos menores. El tiempo de diagnóstico de la esquizofrenia era de 7 y 17 años, respectivamente. Ninguna de las dos estaba tomando medicación con relación al problema.

### Participante 1 (P1)

La historia de la P1 muestra una infancia difícil marcada por el alcoholismo del padre, las constantes "broncas" entre sus progenitores, la falta de afecto y el rol de protectora que ella adoptó desde bien joven con su madre y sus cuatro hermanos menores. A los 18 años, tras un enfrentamiento con el padre por haber agredido a la madre, la P1 se marchó a la casa de un familiar y le dijo a su madre que no regresaría mientras el padre estuviese en casa. Poco después, la madre se separó. Se inició entonces un periodo de relativa calma durante el cual la paciente se independizó y empezó a convivir con su pareja en una localidad muy cercana a la de su familia. Dicha calma volvió a perturbarse cuando su hermano menor fue diagnosticado de esquizofrenia siete años antes de que la P1 acudiera a consulta. A partir de ese momento, la paciente empezó a preocuparse cada vez más por su hermano y por cómo afectaba la enfermedad a toda la familia. Sentía que no podía desconectar de los pensamientos intrusos que le dificultaban concentrarse y se encontraba abatida y ansiosa, especialmente, cuando su hermano presentaba alguna

crisis, se negaba a tomarse la medicación o tenía que acudir con él a una cita con la psiquiatra. Su estado fue empeorando progresivamente y afectando a diferentes áreas de su vida. Finalmente, acabo sintiéndose desbordada y pidiendo ayuda cuando, dos semanas antes de acudir a consulta, su hermano tuvo una nueva crisis y le conto que una voz en su cabeza le decía que tenía que matar a su madre.

La sintomatología que la P1 presentaba a nivel fisiológico consistía en una gran sensación de tensión muscular acompañada de cefaleas, llanto, sensación de inquietud e irritabilidad. A nivel motor existían conductas de evitación tanto de situaciones (ir a la psiquiatra o a visitar a su hermano) como de recuerdos y pensamientos relacionados con la enfermedad. Realizaba conductas de comprobación para disminuir la ansiedad, como llamar frecuentemente a su madre para cerciorarse de que estaba bien o preguntarle si el hermano se estaba tomando la medicación. Además, había disminuido notablemente su participación en actividades que habían sido placenteras para ella, como hacer deporte o quedar con amistades. Por ultimo, a nivel cognitivo y afectivo existía una gran tendencia a magnificar lo negativo y catastrofizar, autoexigencias desmedidas (p. ej., "siempre debería hacer algo mas de lo que hago", "debería haber hecho algo para evitar la enfermedad de mi hermano"), la creencia de que la única forma de afrontar las dificultades es sufriendo, dificultad para aceptar lo sucedido junto a una sensación de desorientación y de no saber como afrontar la situación, sentimientos de soledad, tristeza y miedo intensos ante el problema, así como gran dificultad para comunicar sus sentimientos y necesidades a los demás.

La evaluación mostro que la P1 cumplía los criterios diagnósticos de un TA crónico mixto, con ansiedad y estado de animo depresivo. Se descarto, mediante el diagnostico diferencial, la existencia de una depresión mayor o de un trastorno de estrés postraumático (TEPT). Respecto a la sintomatología depresiva, la disminución del interés, el estado de animo depresivo, la perdida de energía, los sentimientos de culpabilidad y la dificultad para concentrarse presentaban niveles moderados y no aparecían todos los días. Además, no se observaban alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, ni pensamientos recurrentes de muerte. Respecto al TEPT, no hubo amenaza para la integridad física y tampoco reacciono ante la enfermedad de su hermano con temor, desesperanza u horror intensos. Además, la sintomatología no alcanzaba el mínimo exigido por el DSM-IV-TR para los tres grupos de síntomas que conforman este diagnostico (reexperimentación, evitación y aumento de la activación).

## Participante 2 (P2)

La historia de la P2 estaba marcada por la pertenencia a una familia religiosa católica, aparentemente mas preocupada por dar una buena imagen de cara al exterior que por el bienestar de sus miembros. En su infancia, vivió una importante crisis económica familiar y, posteriormente, fue enviada a vivir con sus abuelos durante varios años. Se describe a si misma como una niña muy responsable que siempre intentaba portarse bien y no molestar. Posteriormente, experimento dos situaciones de rechazo dentro del núcleo familiar. La primera relacionada con una hermana que se vio envuelta en un escandalo con un hombre casado y que conllevo, por una parte, el rechazo de la madre hacia esta hermana y, por otro, su propia vivencia de "ser señalada" por parte de la gente del pueblo. Como consecuencia, comenta que se volvió muy introvertida, aumento de peso y adopto una actitud de protección hacia su hermana. Posteriormente, ella misma

volvió a experimentar una experiencia de rechazo por parte de otra de sus hermanas en la universidad pues esta le decía que estaba gorda. Se concentro entonces en los estudios, empezó a exigirse mucho a si misma y también adelgazo mucho. Finalmente, su graduación coincidió con el inicio de la enfermedad de su hermano y, aunque poco después se traslado a otra ciudad por motivos de trabajo, continuo manteniendo la actitud de hacerse cargo de todo lo relacionado con su hermano menor y la enfermedad.

Cuando la P2 acudió a consulta su hermano llevaba diagnosticado de esquizofrenia 17 anos. Inicialmente, la familia negó que algo estuviera sucediendo. Pero, los comportamientos extraños se agravaron notablemente y decidieron visitar a un especialista. En el viaje al hospital su hermano tuvo un brote psicótico grave y ataco dentro del coche a la P2 y a su padre. El episodio concluyo con la llegada de la policía y con el ingreso hospitalario del hermano que fue puesto en tratamiento y que ha presentado, a lo largo del tiempo, varias crisis mas con carácter destructivo y violento. Como consecuencia, la P2 refirió haber ido desarrollando muchos miedos y la creencia de que no podía llevar una vida normal. Tres semanas antes de que la P2 acudiera pidiendo ayuda a nuestro servicio el hermano había sufrido una nueva crisis.

La sintomatología a nivel fisiológico que la P2 presentaba consistía en una gran tensión muscular, una intensa sensación de fatiga unida a una gran hiperactividad, problemas de sueño y sensaciones de inquietud y nervios. A nivel conductual existía sintomatología evitativa que se relacionaba, por una parte, con diversos aspectos de la enfermedad de su hermano (p. ej., evitaba hablar de la enfermedad, no iba a visitar a enfermos, intentaba evitar ir a las visitas hospitalarias con el hermano) y, por otra, con otras esferas de su vida (p. ej., presentaba un importante aislamiento social y evitaba estímulos que pudieran recordarle la enfermedad del hermano, como películas o música que relacionaba con enfermedades, muerte o ausencia de un ser querido). A nivel cognitivo y afectivo presentaba pensamientos intrusos relacionados con la enfermedad y las consecuencias catastróficas que la misma tenía para la vida de su hermano y para la suya propia (p. ej., "no es justo lo que le ha pasado", "la gente me rechaza por tener un familiar con una enfermedad mental", "seguro que piensan que yo también estoy loca"), un gran sentimiento de culpa relacionado tanto con la enfermedad como con los problemas que había en su familia y que intentaba compensar haciéndose cargo de todo (p. ej., controlar las visitas medicas, controlar al hermano, ayudar económicamente a los padres, evitar que los padres se pelearan ...), una elevada tendencia al perfeccionismo y una autoestima baja. Con relación al problema se sentía desbordada y en cuanto a sus relaciones personales decía no ser capaz de establecer limites. Emocionalmente se sentía muy angustiada, frustrada y triste y, en general, manifestaba estar muy estresada.

La evaluación realizada revelo que la P2 cumplía los criterios para un TA crónico subtipo mixto, con ansiedad y estado de animo depresivo. En cuanto al diagnostico diferencial, este se realizo también con relación a la depresión mayor y el TEPT. Respecto a la depresión, los niveles de tristeza y culpabilidad eran elevados pero no aparecían cada día y se asociaban, fundamentalmente, a los momentos de tensión con los padres y con el hermano. Existían dificultades importantes con el sueño pero la disminución del interés, la perdida de energía y las dificultades para concentrarse eran moderadas. No presentaba agitación o enlentecimiento psicomotor ni pensamientos de muerte. Por otra parte, respecto al TEPT, tampoco se cumplían los criterios mínimos exigidos para realizar este diagnostico. Pues, si bien existían recuerdos intrusos, estos no eran persistentes, no existía sensación de revivir una experiencia en concreto y el

malestar y/o evitación se relacionaban con la enfermedad del hermano en general sin circunscribirse a ningún episodio concreto.

## Instrumentos

1. "Entrevista diagnóstica para los trastornos adaptativos" (Labpsitec, 2008). Consiste en una entrevista semiestructurada desarrollada por nuestro grupo para la evaluación de los TA teniendo en cuenta los datos aportados por la literatura y los criterios diagnósticos tanto de la CIE-10 como del DSM-IV-TR y la entrevista SCID-IV (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999). Incluye, además, un listado de síntomas que permite evaluar la presencia y gravedad de 28 síntomas relacionados con los TA en una escala de 0 (nada) a 8 (muy grave).
2. "Entrevista biográfica" (Labpsitec, 1993). Este instrumento se utiliza de forma rutinaria en el Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I y permite explorar distintas áreas de la vida del paciente: la familia, el ámbito laboral, la vida social, la sexualidad, la pareja/hijos y la salud.
3. "Escala de malestar emocional, evitación y creencia" (adaptación del "Autoinforme breve para pacientes fóbicos"; Brief Standard Self-Rating for Phobic Patients, Marks y Mathews, 1979). Esta escala evalúa los objetivos de tratamiento establecidos entre paciente y terapeuta. El instrumento permite delimitar las principales situaciones/conductas que provocan malestar, los pensamientos o imágenes intrusos, las emociones negativas predominantes y los pensamientos irracionales que el paciente asocia con el acontecimiento estresante vivido. El paciente valora en una escala de 0 (nada) a 10 (totalmente) el grado de evitación y malestar de las conductas, pensamientos/imágenes y sentimientos, así como el grado de creencia en los pensamientos irracionales para el paciente.
4. "Inventario de crecimiento postraumático" (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI; Tedeschi y Calhoun, 1996). Consta de 21 ítems que evalúan los posibles cambios positivos que pueden experimentar las personas tras haber sufrido un acontecimiento traumático o adverso en una escala de 0 (sin cambio) a 5 (cambio muy grande). Puntuaciones elevadas en este inventario indican un mayor grado de crecimiento postraumático percibido.
5. "Inventario de depresión de Beck-II" (Beck Depression Inventory-II, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Instrumento constituido por 21 grupos de afirmaciones que recogen diferentes aspectos relacionados con la depresión durante las dos últimas semanas. La escala de respuesta oscila de 0 a 3. Permite establecer cuatro rangos cuantitativos de depresión: de 0 a 9 (ausente o mínima); de 10 a 18 (entre leve y moderada); de 19 a 29 (entre moderada y grave); y de 30 a 63 (grave). Se utilizó la adaptación española realizada por Sanz, Perdígón y Vázquez (2003).
6. "Escala de afecto positivo y negativo" (Positive and Negative Affect Scales, PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988). Se trata de un cuestionario de 20 ítems que evalúa las dimensiones positiva (p. ej., interesado, ilusionado, satisfecho) y negativa (p. ej., angustiado, culpable, agresivo) del afecto en el momento en que la persona lo está cumplimentando. Las opciones de respuesta son cinco (de 1= nada o muy ligeramente a

5= mucho). En este estudio se utilizó la adaptación española de Sundín et al. (1999).

7. "Escala de inadaptación" (Adaptada de Echeburua, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Por medio de este instrumento la persona valora en una escala de 0 (no interfiere) a 8 (interfiere gravemente) en que medida su problema interfiere en su funcionamiento en diferentes áreas de su vida cotidiana (trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar), así como de forma global. En este trabajo solo se incluye la valoración global. Una pregunta adicional permite al participante valorar el grado de malestar que el problema le está causando.

8. "Escala de interferencia/gravedad valorada por el terapeuta" (adaptada de la "Escala de valoración clínica" de la "Entrevista estructurada para los trastornos de ansiedad", a lo largo de la vida, según el DSM-IV"; Clinician's rating; Anxiety Disorders Interviews Schedule for DSM-IV: Lifetime Version [ADIS-IV], Di Nardo, Brown y Barlow, 1994). En esta escala el terapeuta realiza una valoración global de la gravedad del paciente utilizando una escala de 0 (ninguna) a 8 (muy perturbadora/incapacitante).

9. "Inventario de expectativas e inventario de satisfacción con el tratamiento" (adaptado del "Cuestionario de credibilidad/expectativas"; Credibility/ Expectancy Questionnaire, Borkovec y Nau, 1972). El "Inventario de expectativas" valora la opinión/expectativa que el participante tiene acerca del tratamiento, una vez presentado este. Las cuestiones que plantea se refieren a: la lógica del tratamiento, la satisfacción con este, el hecho de si lo recomendaría a un amigo que tuviera el mismo problema, el grado en el que podría ser útil para tratar otros trastornos psicológicos, el nivel de utilidad y en que medida lo encuentra aversivo. El "Inventario de satisfacción" evalúa estos mismos ítems pero una vez la persona ha concluido el tratamiento. Además, se incluyeron una serie de preguntas para recoger la valoración de las participantes sobre diferentes aspectos incluidos en la terapia utilizando una escala de 0 (nada) a 10 (muchísimo).

## Tratamiento

El protocolo de tratamiento se compone de seis sesiones semanales con una duración aproximada de 90 minutos e incluye los siguientes componentes: psicoeducación (una sesión), aceptación y elaboración del acontecimiento negativo (4-6 sesiones) y prevención de recaídas (una sesión). También incluye estrategias de psicología positiva que intentan aumentar la capacidad natural del ser humano para resistir y crecer ante la adversidad (Seligman et al. 2005; Vera, Baquero y Vecina, 2006). En concreto, se utilizan, por una parte, ejercicios dirigidos a extraer aspectos positivos a partir de lo vivido, basados en Neimeyer (2002) y, por otra, instruir en el afrontamiento de los problemas. Ahora bien, no se sigue el enfoque de D'Zurilla y Goldfried (1971) basado en dimensiones pues lo que se pretende es que el paciente llegue a considerar los problemas como algo absolutamente necesario para crecer y progresar y, para ello, se recurre a los planteamientos de Popper (1995).

Estos componentes se administraron en un contexto terapéutico apoyado en una nueva tecnología, la realidad virtual (RV). En concreto, se utilizó el sistema denominado "El mundo de EMMA" (Botella, Baños et al., 2006), desarrollado en un proyecto financiado por la Unión Europea (Engaging Media for Mental Health Applications, IST-200-39192) y que, por su flexibilidad, permite tratar distintos problemas psicológicos. En el



caso concreto de los TA, "El mundo de EMMA" se utiliza para activar y procesar las emociones y cogniciones asociadas con el acontecimiento estresante y para llevar a cabo la exposición a todo aquello que se evita con el objetivo de permitir el procesamiento emocional de todos los aspectos relacionados con el acontecimiento. La lógica subyacente sigue los planteamientos de Foa y Kozak (1986) acerca de las estructuras patológicas de miedo y la necesidad de activarlas lo más completamente posible para que el procesamiento pueda tener lugar.

En "El mundo de EMMA" se puede representar "físicamente" el acontecimiento estresante vivido por el paciente utilizando imágenes, objetos en tres dimensiones, sonidos especiales, música, etc. que mejor reflejen las emociones y pensamientos relacionados con su experiencia. Además, el paciente puede aportar elementos personales significativos (p. ej., fotografías) que pueden introducirse en el sistema. Un elemento importante es "El libro de la vida", un libro virtual en el que el paciente puede incluir todos aquellos elementos que le ayuden a representar los momentos, las personas o las situaciones más relevantes relacionadas con la experiencia negativa. "El mundo de EMMA" contiene, además, diferentes ambientes exteriores o paisajes cuya finalidad es ayudar a evocar e inducir emociones en la persona. El terapeuta puede modificar estos paisajes en tiempo real (p. ej., la hora del día, que llueva, que haya niebla, que aparezca el arco iris, etc.) con la finalidad de reflejar o potenciar las emociones que el usuario este experimentando en cada momento. En suma, los diferentes elementos que contiene el sistema y los paisajes de "El mundo de Emma" están diseñados para ayudar al paciente a confrontar, aceptar y manejar las emociones y las experiencias negativas que ha tenido previamente en sus vidas y a encontrar y desarrollar nuevos significados y emociones positivas trabajando en un lugar "atemporal" y en un contexto terapéutico seguro. Descripciones más detalladas pueden encontrarse en Baños et al. (2009), Baños, Quero, Botella, García-Palacios y Breton (2007), Botella et al. (2010), Botella, Baños et al. (2006), Botella, Osma, García-Palacios, Guillen y Baños (2008), Botella, Quero et al. (2006) y Rey, Montesa, Alcañiz, Baños y Botella (2005). Diversas imágenes de "El mundo de EMMA" están disponibles en [www.labpsitec.es](http://www.labpsitec.es).

## Procedimiento

Las dos participantes solicitaron ayuda en el Servicio de Asistencia Psicológica en respuesta a un llamamiento que se había realizado sobre la puesta en marcha de un estudio sobre los TA. Se llevó a cabo una primera entrevista de cribado, a la que siguieron 2 sesiones de evaluación. En dichas sesiones se confirmó el diagnóstico de TA, verificando que ambas cumplieran los criterios de inclusión en el estudio (ser mayor de edad y cumplir los criterios diagnósticos de un TA según DSM-IV-TR) y ninguno de los de exclusión (existencia de abuso o dependencia de drogas, padecer un trastorno psicótico o presentar una enfermedad física grave). Asimismo, se recabó el consentimiento informado con relación al tratamiento que iban a recibir (este fue administrado de forma gratuita) y se delimitaron los objetivos de tratamiento. La evaluación fue seguida por seis sesiones de tratamiento con una duración aproximada de una hora y media y con una periodicidad semanal. Posteriormente, se llevó a cabo la evaluación postratamiento y los cuatro seguimientos (al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año de la finalización del tratamiento).

## Resultados

### Resultados obtenidos con la aplicación del tratamiento paso a paso a lo largo de las sesiones

La primera sesión se dedicó a la psicoeducación. A las participantes se les explicó, en primer lugar, la base lógica del programa y las técnicas que se iban a utilizar, remarcando el objetivo fundamental de la terapia, esto es, aprender y crecer a través de las dificultades. Se les ofreció información acerca de las reacciones comunes ante una situación estresante y sobre la sintomatología asociada a la ansiedad. Se les presentó de forma esquemática un modelo que trata de explicar como acontecen y como se mantienen los TA (Botella, Baños et al., 2008) (figura 1). Finalmente, se les entregó un breve manual que resumía la información transmitida para que lo revisasen en casa y lo pudieran consultar en cualquier momento (esto mismo se hizo en todas las sesiones). Como tarea para casa se les pidió que analizaran la historia de su problema e intentaran dividirla en capítulos. Además, todas las sesiones se grabaron en audio y se les entregaban a las participantes para que las escuchasen en casa durante la semana.

La estructura de las siguientes sesiones fue la misma: en primer lugar, se presentaban los conceptos que se iban a utilizar en la sesión, después se procedía a realizar la parte de procesamiento emocional de la sesión utilizando "El mundo de EMMA".

La segunda sesión se inició presentando el componente de afrontamiento de problemas a partir de los planteamientos defendidos por Popper (1995). Básicamente, se propone al paciente la conveniencia de adoptar una actitud de aceptación de los "problemas", entendiendo que "vivir es solucionar problemas", que los mecanismos que generamos para hacerles frente son precisamente los que nos hacen evolucionar y mejorar como personas y que, de hecho, los problemas nos han hecho llegar a ser lo que somos.

A continuación se llevó a cabo la presentación de "El mundo de EMMA" y se les explicó que estaba diseñado para ayudarles a representar y procesar las experiencias que habían sufrido, a modificar los aspectos disfuncionales y descubrir nuevos significados y formas más adaptativas de pensar y de comportarse. Seguidamente, se les pidió que escogieran un símbolo que representara su problema en la actualidad. La P1 escogió el "cruce de caminos" puesto que en esos momentos se sentía muy sola ante el problema y sin saber como afrontarlo. La P2 escogió el "peso unido a una cadena", pues sentía que su problema la aplastaba y no la dejaba avanzar.

También se introdujo otro de los componentes del tratamiento, "El libro de la vida", que contiene el sistema de RV. En él las participantes escriben los capítulos acerca de la historia del acontecimiento estresante y este instrumento constituye la guía del trabajo en el mundo virtual. El libro facilita la reelaboración y la asimilación del suceso, al tiempo que permite descubrir aspectos positivos en el mismo y se promueve el aprendizaje y el crecimiento personal. La P1 inicialmente escogió el paisaje del bosque tenebroso de noche y la P2 el árido desierto.

La tercera sesión se inició con la presentación de los componentes que se iban a introducir: la técnica de exposición, siguiendo los planteamientos Foa y Rothbaum (1998) acerca del procesamiento emocional y las técnicas de aceptación siguiendo a Linehan (1993). Se subrayó así la importancia de activar y enfrentar todos los aspectos

relacionados con el acontecimiento estresante (pensamientos, sentimientos y recuerdos), la necesidad de procesarlos y aceptarlos para encontrar nuevos significados más adaptativos.

A continuación, se retomó el trabajo con "El mundo de EMMA" en el lugar en que se dejó en la sesión anterior. Se puso de manifiesto la gran tendencia a minusvalorarse que presentaban ambas participantes y el papel protector y de excesiva responsabilidad que también ambas habían asumido con relación al problema de su hermano y respecto a sus familias. El trabajo produjo cambios que quedaron reflejados en "El mundo de EMMA". Por ejemplo, la P1, cambió el paisaje del bosque tenebroso por el del desierto, ya que sentía que las cosas habían dejado de ser caóticas y comenzaban a tener un orden que le permitía comprender, aunque se seguía sintiendo sola.

La cuarta sesión retomó la importancia de contemplar los problemas como algo necesario y positivo. Se pidió a ambas participantes que recordaran situaciones que en el pasado hubieran constituido un problema para ellas pero que, tras afrontarlas y practicar las habilidades necesarias para superarlas, les habían ayudado a desarrollarse y progresar como personas. Este ejercicio sirvió de introducción al concepto de fortalezas o virtudes, presentadas como aquellas fuerzas que permiten a las personas hacer frente a las dificultades y superarlas (tales como el sentido del humor, la creatividad, el trabajo o la perseverancia) y se les pidió a las participantes que reflexionaran sobre aquellas con las que ya contaban y sobre cuales consideraban que podría serles útil trabajar. Por ejemplo, la P2 destacó su curiosidad por el mundo y las cosas, señalando que esta le estaba ayudando a desarrollar la capacidad para ver las cosas desde nuevos puntos de vista. Seguidamente, se continuó el procesamiento emocional con "El mundo de Emma" que, por ejemplo, en el caso de la P1 promovió el cambio del desierto por el bosque verde de noche con tormenta pues, como dijo, aunque "todavía quedaban obstáculos" sentía que algo estaba creciendo en ella. Para finalizar, como tarea para casa se les pidió que realizaran una serie de ejercicios para centrar su atención en la detección de los aspectos y emociones positivos que hubiesen podido emerger asociados al acontecimiento estresante.

En la quinta sesión se revisaron los ejercicios de la sesión anterior y se analizó lo que se había trabajado hasta el momento en terapia con la ayuda del esquema de la segunda parte del modelo sobre los TA (Botella, Baños et al., 2008) (figura 2). El modelo propone que el cambio de perspectiva con relación a los problemas nos abre nuevas posibilidades de aprendizaje que, a su vez, posibilitan la adquisición de nuevos recursos y nuevas vivencias. Ello hace que, progresivamente, estemos más preparados frente a los retos que continuamente nos depara la vida, sintiéndonos cada vez más eficaces, más sabios y más capaces. Como ejercicios para casa se les entregaron "las huellas de vida" y la "carta de proyección hacia el futuro". En el primer caso, se plantean una serie de preguntas con el objetivo de promover la búsqueda de los aspectos positivos de la experiencia, así como el descubrimiento de aquellos aspectos que desearían poder modificar. En el segundo ejercicio se pide al paciente que imagine como será dentro de 10 años con el objetivo de abrir nuevas expectativas de vida (una descripción más completa puede encontrarse en Botella, Baños et al., 2008).

En cuanto al procesamiento emocional con "El mundo de Emma", en esta sesión la P2 concluyó que, al igual que la P1, había estado mostrándose excesivamente protectora e hiperresponsable con su familia y que había utilizado el hecho de involucrarse

excesivamente en su trabajo y en multitud de actividades como mecanismo para mantenerse ocupada y no sentir. Darse cuenta de estas actitudes la ayudo a conectar con la sana necesidad de poner limites respecto a los demás y de permitirse experimentar lo que sentía, en vez de intentar negarlo constantemente. Ambas participantes verbalizaron el miedo que sentían ante la posibilidad de que ellas mismas pudieran desarrollar la enfermedad y la creencia de que los demás las miraban y las rechazaban pensando que ellas también podían volverse "locas".

En la sexta y ultima sesión se les presentó una serie de posibles heurísticos o proverbios con la instrucción de que eligiesen los que les pudieran ayudar a recordar lo que habían aprendido en terapia y continuar con las tareas que habían practicado. También se llevo a cabo un repaso de los conceptos y las ideas trabajadas en las sesiones anteriores, se revisaron los ejercicios que habían llevado a cabo y se planifico el afrontamiento ante posibles dificultades futuras con relación al trastorno que sufrían sus respectivos hermanos. En este sentido, cabe subrayar el hecho de que nos hallábamos ante un estimulo estresante crónico y que, lo previsible, era que este iba a ser un factor de estrés siempre presente en sus vidas.

En esta ultima sesión se constato el paralelismo del proceso que se estaba llevando a cabo en las dos participantes. Ambas sentían que habían mejorado y lo reflejaron en el paisaje escogido en "El mundo de Emma". La P1 elimino totalmente la tormenta e incluyo luz del día en el bosque verde; mientras que la P2 dejo el paisaje de la playa en calma como representación de la tranquilidad que había alcanzado. Entre los logros conseguidos destacaron haber descubierto aspectos positivos de la situación que les habían ayudado a encontrarse mejor, como poder ver a sus respectivos hermanos de forma diferente y plantearse objetivos vitales mas sanos y positivos. Haber podido retar la creencia de que "atenderse a ellas mismas" significaba "desatender a los demás". Y haber descubierto recursos en si mismas para afrontar las situaciones problemáticas en su vida. Por ejemplo, la P1 empezaba a ser capaz de manifestar lo que sentía constatando que al hacerlo recibía apoyo de los demás, y también que no necesitaba afrontar las cosas siempre con sufrimiento. Y la P2 indico que ahora era mas consciente de su autoexigencia y decidió ponerse objetivos mas realistas y seguir trabajando la tolerancia respecto a sus errores. También manifestaron que habían empezado a poner limites respecto a los demás y que aceptaban mejor sus emociones y sus necesidades. Manifestaron que la terapia las había ayudado a aumentar sus recursos y su capacidad de afrontamiento, así como a recuperar la capacidad para decidir sobre su propia vida, planteándose retomar proyectos y actividades y abriéndose a lo que el futuro les pudiera deparar. No obstante, también señalaron estar todavía algo inseguras ya que, si bien habían visto los obstáculos y apuntado las soluciones, apenas habían empezado a hacer cambios y eran conscientes de que les quedaba mucho trabajo por delante. Para finalizar la sesión se les pidió que escogieran un símbolo que reflejara lo que ahora era el problema para ellas. La P1 escogió la "luz" como guía de hacia donde tenia que dirigirse y la P2 escogió el "faro" porque el problema le había ayudado a darse cuenta de como estaba y el "regalo" porque le había ayudado a crecer como persona.

En la evaluación postratamiento ambas participantes cumplieron de nuevo los diferentes instrumentos de evaluación y manifestaron que se encontraban bastante mejor, aunque todavía sentían que no se habían recuperado del todo y que hubieran deseado poder recibir algunas sesiones mas.

## Resultados obtenidos en los distintos instrumentos de evaluación

Por lo que se refiere a los objetivos de terapia informados por las participantes, como se puede ver en las tablas 1 y 2 las puntuaciones muestran en ambos casos una clara tendencia a la mejoría en, prácticamente, todas las variables. Esta mejoría se mantiene e, incluso, se incrementa en los sucesivos seguimientos. De hecho, en el seguimiento del año eran capaces de afrontar todos los objetivos evitados (situaciones/conductas, pensamientos, emociones) y manifestaban no experimentar malestar. Además, el grado de creencia en los pensamientos irracionales era mínimo.

Las puntuaciones obtenidas en el resto de instrumentos de evaluación clínica se muestran en la tabla 3. En primer lugar, por lo que se refiere a las puntuaciones en Puntuaciones obtenidas por la P1 para los principales objetivos de terapia en los distintos momentos de evaluación el PTGI, ambas participantes experimentaron un importante crecimiento a partir del acontecimiento vivido que se mantuvo elevado, aunque ligeramente menor, en los seguimientos. En el BDI-II, la puntuación obtenida por la P1 en el postratamiento fue superior a la del pretratamiento situándose en el rango que señala una sintomatología depresiva ligera. No obstante, las puntuaciones disminuyeron a niveles que señalan ausencia de sintomatología depresiva en las evaluaciones obtenidas en los seguimientos posteriores. En el caso de la P2, las puntuaciones correspondientes a las evaluaciones pre, postratamiento y el primer seguimiento fueron muy similares situándose en el rango de sintomatología depresiva moderada. Sin embargo, en el seguimiento a los tres meses la puntuación disminuyó de forma importante situándose en el límite inferior de la depresión ligera. Por último, los valores continuaron descendiendo en los seguimientos a los seis y 12 meses señalando ausencia de depresión.

En la PANAS se observa que las puntuaciones pretratamiento del afecto positivo eran ligeramente superiores a la media de la población normal ( $X=29,7$ ;  $DT=7,9$ ). Estas puntuaciones disminuyeron ligeramente en la evaluación postratamiento, pero manteniéndose dentro del rango de puntuaciones normales y lo mismo se observó en los seguimientos. Respecto a la dimensión negativa del afecto, ambas participantes presentaban puntuaciones elevadas antes del tratamiento que disminuyen tras la aplicación del mismo, permaneciendo estables en los seguimientos en el caso de la P1 y continuando con la mejoría en el caso de la P2.

En cuanto a las variables de interferencia y gravedad causadas por el problema y valoradas por las participantes, las puntuaciones mostraron una ligera mejoría tras el tratamiento que se incrementó en los seguimientos en el caso de P1 y se mantuvo para la P2. Por su parte, el malestar que el problema les causaba a ambas disminuyó tras el tratamiento y mejoró todavía más en los seguimientos, siendo evaluado como leve en el seguimiento del año. Asimismo, las medidas de gravedad e interferencia valoradas por el terapeuta y evaluadas mediante la escala de la ADIS-IV, también mejoraron tras el tratamiento y continuaron evolucionando positivamente en los seguimientos.

Por último, el número de síntomas asociados al TA que las participantes evaluaron como graves (una puntuación de 5 o más en una escala de 0 a 8) antes del tratamiento disminuyó considerablemente tras la aplicación del mismo, sobre todo, en el caso de la P2, y en el último seguimiento ninguna de las dos participantes manifestó experimentar ningún tipo de síntoma.

Para determinar el cambio fiable y clínicamente significativo se aplicó el método propuesto por Jacobson y Truax (1991) a las escalas de autoinforme utilizadas en el estudio. En el postratamiento se observó que se produjo mejoría clínicamente significativa en el PTGI (P1= 3,3; P2= 3,10), no se detectaron cambios clínicamente significativos ni en el BDI-II ni la PANAS.

Finalmente, se presentan las puntuaciones de las participantes obtenidas en el "Inventario de expectativas" y en el "Inventario de satisfacción con el tratamiento". La tabla 4 muestra que ambas puntuaciones fueron muy positivas. Únicamente la P1 anticipó que el tratamiento le podía resultar muy aversivo; no obstante, tras la aplicación del mismo, la puntuación de ambas participantes fue de 0. Respecto a los elementos o estrategias utilizadas en el tratamiento todos fueron valorados como muy útiles, especialmente en el caso de la P2, sin existir diferencias entre ellos.

## Discusión

En general, se puede afirmar que los objetivos perseguidos en el presente trabajo se han cumplido. Por una parte, se ha presentado paso a paso el protocolo de tratamiento y la evolución de las participantes. Por otra, los resultados obtenidos proporcionan información útil sobre los TA y ofrecen datos preliminares acerca de la utilidad del tratamiento. Estas aportaciones cobran mayor importancia si tenemos en cuenta que los TA constituyen una patología bastante desconocida para la que no se cuenta, por el momento, con intervenciones estructuradas con apoyo empírico.

El tratamiento apoyado en las nuevas tecnologías y estrategias de psicología positiva ha sido eficaz en la mejora de la situación clínica de las participantes en la mayoría de las variables estudiadas. Merece subrayarse que ambas participantes, en la última sesión de tratamiento, consideraban que todavía no habían superado el problema del todo y temían empeorar. Sin embargo, al mes de la finalización de la terapia sus temores habían disminuido de forma notable. Además, en conjunto, los datos de los seguimientos indican que la mejoría lograda en la terapia no solo se mantuvo en el tiempo, sino que en muchos casos siguió incrementándose. Ahora bien, también queremos señalar que en este caso, de la misma forma que se produce en el tratamiento de otros trastornos psicológicos, resulta conveniente proporcionar apoyo a las pacientes en el sentido de revisar el proceso, ofrecer valoración de los logros conseguidos y ayudarles a continuar avanzando.

Entendemos que al abordar estos problemas resulta importante atender a las variables que puedan indicar la idoneidad del número de sesiones en función de las características de cada caso particular para asegurar la consolidación de los cambios. En cualquier caso, cabe afirmar que este tratamiento aplicado a lo largo de seis sesiones logró su objetivo fundamental, a saber, conseguir proveer a las personas de las herramientas y habilidades necesarias para mejorar su capacidad de afrontamiento en el momento actual y en el futuro.

Respecto a la aceptación del tratamiento apoyado en técnicas de RV, los datos indican que, al igual que se ha encontrado en estudios previos (Botella, García-Palacios, Quero

et al., 2006; García-Palacios, Hoffman, See, Tsay y Botella, 2001) la RV tiene una buena aceptación y es bien valorada. Tanto las expectativas hacia el tratamiento como la satisfacción que las participantes manifestaron una vez aplicado este fueron muy positivas. Asimismo, las puntuaciones que recibieron las diferentes herramientas utilizadas en el protocolo fueron elevadas.

Por otra parte, el presente estudio ofrece datos que pueden resultar de cierta utilidad respecto a las polémicas que existen en torno a los TA. En primer lugar, los dos casos estudiados indican que no todos los TA constituyen un problema transitorio que remite espontáneamente (Bronisch, 1991; Diefenbacher y Strain, 2002). Es posible, como señalan Casey, Dowrick y Wilkinson (2001), que estos casos se encontraran entre el 17% que acaban desarrollando un curso crónico. En cualquier caso, compartimos su opinión de que no solo es necesario llevar a cabo una intervención en los casos crónicos, sino que sería conveniente realizar una observación a lo largo del tiempo de todos los casos de TA con el objetivo de poder intervenir si fuera necesario.

Nuestros datos también apoyan la propuesta de la CIE-10 y la propuesta del DSM-V acerca de considerar los TA como una patología derivada de una reacción de estrés. La sintomatología mostrada por ambas participantes podría ser explicada con base en los diferentes modelos propuestos (Lang 1979, 1984; Lazarus y Folkman, 1984) y concordaría con las propuestas de Foa, Steeke y Rothbaum (1989) y Ehlers y Clark (2000), en el caso del TEPT y de Maercker, Einsle y Kollner (2007) en el caso de los TA. Ambas participantes, como señalan Maercker et al. (2007), presentaban recuerdos angustiosos y recurrentes, evitación de todo aquello que recordara la esquizofrenia que padecían sus hermanos y un fracaso para adaptarse a la situación que había producido cambios en su comportamiento y personalidad. Siguiendo la propuesta de Botella, Baños et al. (2008), se observa que la conjunción de pensamientos irracionales negativos, la sintomatología clínica y los comportamientos desajustados impidió que las participantes hicieran frente al problema de forma adecuada y, por tanto, facilitaron que este se cronificara, sintiéndose cada vez más incapaces. Estas observaciones son especialmente importantes si pensamos que nos encontramos ante un estímulo estresante crónico que no cambiara en el futuro.

Por otro lado, y asumiendo el continuo de reacciones al estrés en el cual situaríamos a los TA, nuestros datos confirman algunos de los factores que aumentan el riesgo de experimentar una reacción adversa (Davidson y Foa, 1991; Dobricki, Komproe, de Jong y Maercker, 2010; Stein et al., 2002). En primer lugar, estarían la duración o intensidad de la exposición al estímulo estresante. Ambas participantes habían convivido con el estímulo estresante mucho tiempo (7 y 17 años, respectivamente). En segundo lugar, la existencia de posibles situaciones estresantes anteriores. La P1 tuvo un padre alcohólico y agresivo y la P2 sufrió el alejamiento forzado del núcleo familiar durante años y vivió reacciones de rechazo por parte de algún miembro de la familia. En tercer lugar, la existencia de trastornos mentales previos en la persona o en la historia familiar, alcoholismo del padre en un caso y la depresión de la abuela en el otro.

Otro factor relevante a considerar con relación a la diferenciación entre diferentes trastornos, como han puesto de manifiesto Baumeister, Maercker y Casey (2009), es la importancia de discriminar la forma en que se manifiestan los síntomas. Estos autores señalan que el estado emocional de las personas que padecen un TA no es constante sino que depende, en gran medida, de la presencia cognitiva del estímulo estresante. Las

participantes en este trabajo manifestaban que la presencia o el recuerdo de los elementos estresantes hacia que se sintiesen peor y mas incapacitadas. Baumeister et al. (2009) también indican que la presencia de cambios de humor diurnos, o el descenso de la reactividad afectiva aumentan la probabilidad de que se trate de un episodio depresivo mas que de un TA. En nuestro estudio, ninguna de las participantes evidenciaba cambios de humor diurnos, aunque si se observaba una disminución de la reactividad afectiva. Por lo tanto, coincidimos con Baumeister et al. (2009) en que un sistema que ponderara la importancia de determinados síntomas en relación con el diagnostico podría ser una manera de diferenciar entre un TA y otros trastornos. Además, en nuestro caso, señalaríamos la importancia de atender a las potenciales consecuencias negativas derivadas del problema, ideas de parricidio en el caso del hermano de P1 y de la ejecución de conductas agresivas y destructivas en el caso de P2.

También resulta necesario recabar información sobre el numero de estímulos estresantes presentes en la vida de la persona. En ambos casos, las participantes tenían problemas con algunos compañeros del trabajo además de problemas económicos de la madre y dos hermanos en el caso de P1 y de conflictos de relación entre algunos miembros de la familia en P2. Segun Watson, Goldman y Greenberg (2007) las personas con múltiples fuentes de estrés en sus vidas podrían estar mas limitadas a la hora de hacer frente a las dificultades o problemas cotidianos. De la misma forma, si los estímulos estresantes están activos y repercuten en las posibilidades y recursos con los que cuenta la persona para hacer frente a la vida, el impacto de los mismos puede ser mayor. En los dos casos, las participantes eran solventes económicamente y contaban con un ambiente social positivo y estable. Estos casos, probablemente, hubieran resultado mas difíciles de tratar y hubieran sido mas graves si no hubieran contado con estos recursos.

Por lo que se refiere a los aspectos relevantes respecto del tratamiento, destacaríamos: la buena alianza terapéutica creada y el buen ajuste entre los objetivos de las participantes y los que se plantearon en el tratamiento. El apoyo que supuso para las participantes el sistema de RV "El mundo de Emma" a la hora de tomar conciencia de sus emociones, expresarlas y procesarlas. En su opinión, el hecho de ver reflejada y validada su experiencia, a través de los cambios en el sistema, les ayudo a procesar el acontecimiento y facilito la toma de conciencia de sus necesidades (p. ej., derecho a recibir atención, a atenderse a si mismas sin sentir que por ello desatendían a los demás y a recuperar el control de sus vidas). La ayuda que los ejercicios de psicología positiva les ofrecieron en cuanto a abrir opciones de futuro. Así, por ejemplo, la P1 dejo escrito en su carta de proyección al futuro: "Ten por seguro que con diez anos mas, veras la vida de otra forma y también la enfermedad de tu hermano"; mientras que la P2 afirmo, "Me ha ayudado mucho pensar que no es un problema sino un desafio, una circunstancia".

Otro factor a subrayar, es que las participantes contaban con cierto nivel de apoyo social. Como señala Watson et al. (2007), cada persona llega a terapia en un estado y con unas determinadas características. Consideramos que las características señaladas pueden contribuir a distinguir entre aquellas personas que podrían beneficiarse de una terapia breve de aquellas que necesitarían un tratamiento mas largo.

En suma, el tratamiento ayudo a que las participantes desarrollaran una mayor capacidad de hacer frente al estrés, aprendieran a modular y moderar sus experiencias emocionales, se hicieran mas conscientes de los factores que les impedían actuar de una



forma más ajustada a sus necesidades y recursos, modificaran sus patrones de conducta desadaptativos y pudieran extraer de la situación aspectos positivos al tiempo que eran capaces de aceptar los aspectos negativos.

Sin embargo, y a pesar de los resultados prometedores, somos conscientes de que lo que se presenta son dos estudios de caso y esto, claramente, impide realizar generalizaciones. Por ello, en estos momentos estamos llevando a cabo un estudio controlado que esperamos nos permita aportar conclusiones más firmes. En cualquier caso, el análisis de estos dos casos pone de manifiesto la necesidad de estudiar la eficacia de los componentes del tratamiento y la posible combinación de los mismos, dependiendo de las características clínicas de los pacientes. Además, otra limitación de este trabajo es que al aplicar un programa de tratamiento multi-componente es imposible saber el peso específico de cada uno de los componentes terapéuticos incluidos en el mismo. No obstante, nos gustaría señalar que en su diseño planteamos la conveniencia de incluir distintas herramientas terapéuticas para que pudiera ser funcional y útil para personas que cumplieran los criterios diagnósticos de los diferentes subtipos de TA que existen. Por supuesto, un paso posterior en la investigación será dismantlar el tratamiento para delimitar cuál o cuáles son los componentes activos del programa y mejorar, de este modo, la eficiencia del mismo. Somos bien conscientes de la necesidad de analizar y revisar cualquier tipo de aportación (Echeburua, Corral y Salaberría, 2010; Miro et al., 2011) para poder avanzar en los planteamientos de la psicología basada en pruebas y poder así delimitar protocolos eficaces de tratamiento para los TA como ha ocurrido en otros trastornos (Botella, 2001; Botella et al., 2007; García Palacios, Navarro-Haro, Guillen, Marco y Botella, 2010). Por otro lado, habría que delimitar si las variables apuntadas en este trabajo permiten discriminar entre los pacientes que podrían beneficiarse de un tratamiento breve como el aquí expuesto y aquellos otros que pudieran requerir un tratamiento algo diferente o presentar problemas respecto a la conveniencia de utilizar la RV. A este respecto, también queremos subrayar que el avance continuo que está sufriendo el ámbito de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación hace que debemos estar atentos a las nuevas posibilidades que estas nos pueden ofrecer (Baños et al., 2002; Botella, Hoffman y Moscovitz, 2004) para mejorar las opciones de tratamiento con las que contamos en la actualidad.

## Referencias

Andrews, A. (1995). Treatment outlines for the management of anxiety status: the quality assurance project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19, 138-151.

American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a ed. texto revisado) DSM-IV-TR. Barcelona: Masson. (Orig. 2000).

Baños, R. M., Botella, C., Guillen, V., García-Palacios, A., Jorquera, M. y Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos: un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26, 303-316.

Baños, R. M., Botella, C., Guillen, V., García-Palacios, A., Quero, S. y Breton-López, J. M. (2009). An adaptive display to treat stress-related disorders: the EMMA's world.

British Journal of Guidance and Counselling, 37, 347-356.

Baños, R. M., Botella, C., Perpina, C., Alcañiz, M., Lozano, J. A., Osma, J. y Gallardo, M. (2002). Virtual reality treatment of flying phobia. *IEEE-Transactions on Information Technology in BioMedicine*, 6, 206-212.

Baños, R. M., Quero, S., Botella, C., García-Palacios, A. y Breton-López, J. M. (2007). Nuevos desarrollos en el uso de la realidad virtual en psicología clínica. En G. Cárdenas, S. A. Vite y L. Villanueva (dirs.), *Ambientes virtuales para la educación y la rehabilitación psicológica*. México, DF: CONACYT y Facultad de Psicología de la UNAM.

Barraza, P. A. (2004). Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. *Psicooncología*, 1, 165-178.

Baumeister, H., Maercker, A. y Casey, P. (2009). Adjustment disorder with depressed mood: a critique of its DSM-IV and ICD-10 conceptualisations and recommendations for the future. *Psychopathology*, 42, 139-147.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corp.

Benton, T. D. y Lynch, J. (2006). Adjustment disorders. *EMedicine*. Recuperado el 3 de agosto de 2010, desde <http://www.emedicine.com/Med/topic3348.htm>

Borkovec, T. D. y Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260.

Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13, 465-478.

Botella, C., Baños, R. M. y Guillen, V. (2008). Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos: creciendo en la adversidad. En C. Vázquez y G. Hervás (dirs.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 129-154). Bilbao: Desclee de Brouwer.

Botella, C., Baños, R. M., Rey, B., Alcañiz, M., Guillen, V., Quero, S. y García-Palacios, A. (2006). Using an adaptative display for the treatment of emotional disorders: a preliminary analysis of effectiveness. *Work-In-Progress Chi*, 586-591.

Botella, C., Hoffman, S. G. y Moscovitz, D. A. (2004). A self-applied Internet-based intervention for fear of public speaking. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1-10.

Botella, C., García-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. M., Quero, S. y Alcañiz, M. (2010). An adaptive display for the treatment of diverse trauma PTSD victims. *Cyberpsychology and Behavior*, 13, 67-71.

Botella, C., García-Palacios, A., Quero, S., Baños, R. M. y Breton-Lopez, J. M. (2006). Realidad virtual y tratamientos psicológicos: una revisión. *Psicología Conductual*, 3, 491-510.

Botella, C., García-Palacios, A., Villa, H., Baños, R. M., Quero, S., Alcañiz, M. y Riva, G. (2007) Virtual reality exposure in the treatment of panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 164-175.

Botella, C., Osa, J., García Palacios, A., Guillen, V. y Baños, R. M. (2008) Treatment of complicated grief using virtual reality. A case report. *Death Studies*, 32, 674-692.

Botella, C., Quero, S., Lasso de la Vega, N., Baños, R. M., Guillen, V. y García-Palacios, A. (2006). Clinical issues in the application of virtual reality to treatment of PTSD. En M. J. Roy (dir.), *Novel Approaches to the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder* (pp. 183-195). Amsterdam: IOS.

Bronisch, T. (1991). Adjustment reaction: a long-term prospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 86-93.

Carlin, A. S., Hoffman, H. G. y Weghorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 153-158.

Casey, P. (2009). Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 23, 927-938.

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

Davidson, J. R. y Foa, E. G. (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 346-355.

Despland, J. N., Monod, L. y Ferrero, F. (1995). Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 454-460.

Diefenbacher, A. y Strain, J. J. (2002). Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year period. *General Hospital Psychiatry*, 24, 249-256.

Di Nardo, P. A., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interviews Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV)*. San Antonio, TX: Psychological Corp.

Dobricki, M., Komproe I. H., de Jong J. T. y Maercker A. (2010). Adjustment disorders after severe life-events in four postconflict settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 39-46.

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

Echeburua, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.

Echeburua, E., Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 85-99.

Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. (1999). Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV. Version clínica. Barcelona: Masson. (Orig. 1997).

Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

Foa, E. B. y Rothbaum, B. O. (1998). Treating the trauma of rape. Cognitive-behavior therapy for PTSD. Nueva York: Guilford.

Foa, E. B., Steeke, G. y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.

García-Palacios, A., Hoffman, H. G., See, S. K., Tsay, A. y Botella, C. (2001). Redefining therapeutic success with virtual reality exposure therapy. *Cyberpsychology and Behavior*, 4, 341-348.

García Palacios, A., Navarro-Haro, M., Guillen, V., Marco, H. y Botella, C. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctico-comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 197-216.

González-Jaimes, E. I. y Turnbull-Plaza, B. (2003). Selection of psychotherapeutic treatment for adjustment disorder with depressive mood due to acute myocardial infarction. *Archives of Medical Research*, 34, 298-304.

Hoffman, H. D., Patterson, D. R. y Carrougher, G. J. (2000). Use of virtual reality for adjunctive treatment of adult burn pain during physical therapy: a controlled study. *Clinical Journal of Pain*, 16, 244-250.

Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

Jojic, B. R. y Lepasovic, L. M. (2005). Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adolescents. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 133, 424-428.

LabPsitac (1993). Entrevista biográfica. Documento sin publicar, Universidad Jaime I, Castellón, España.

LabPsitac (2008). Entrevista para los trastornos adaptativos. Documento sin publicar, Universidad Jaime I, Castellón, España.

- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Lang, P. J. (1984). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. En A. H. Tuma y J. D. Maser (dirs.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig. 1984).
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Marks, I. M. y Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Maercker, A., Einsle, F. y Kollner (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40, 135-146.
- Miro, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., de la Fuente, J. y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 1-16.
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós. (Orig. 2000).
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de enfermedades. CIE10 (10a ed.)*. Madrid: Meditor. (Orig. 1992).
- Popper, K. L. (1995). *La responsabilidad de vivir. Escritos sobre política, historia y conocimiento*. Barcelona: Paidós.
- Powers, M. B. y Emmelkamp, P. M. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: a meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 561-569.
- Rey, B., Montesa, J., Alcaniz, M., Banos, R. y Botella, C. (2005). A preliminary study on the use of an adaptive display for the treatment of emotional disorders. *Psychology Journal*, 3, 101-112.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Kooper, S. F., Opdyke, D., Williford, J. S. y North, M. (1995). Virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia: a case report. *Behavior Therapy*, 26, 547-554.
- Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sanz, J., Perdigón, L. A. y Vazquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para

la depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.

Seligman, M. E. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.

Stein, M. B., Hofler, M., Perkonig, A., Lieb, R., Pfister, H., Maercker, A. y Wittchen, H. U. (2002). Patterns of incidence and psychiatric risk factors for traumatic events. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11, 143-152.

Strain, J. J. (1995). Adjustment disorders. En G. O. Gabbard (dir.), *Treatments of psychiatric disorders* (2a ed., pp. 1656-1665). Washington, DC: American Psychological Association.

Strain, J. J. y Diefenbacher, A. (2008). The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Comprehensive psychiatry*, 49, 121-130.

Strain, J. J., Smith G. C., Hammer, J. S., McKenzie D. P., Bumenfield, M., Muskin, P. Newstadt, G., Wallack, J. Wilner, A., y Schleifer, S. S. (1998). Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General Hospital Psychiatry*, 20, 139-149.

Strickland, D. (1997). Virtual reality for the treatment of autism. En G. Riva (dir.), *Virtual reality in neuropsychophysiology: cognitive, clinical and methodological issues in assessment and rehabilitation* (pp. 81-87). Amsterdam, Netherland Antilles: IOS.

Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.

van der Klink, J. L., Blonk, R. W., Schene, A. H. y van Dijk, F. J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders. *Occupational and Environmental Medicine*. 60, 429-437.

Vera, B., Baquero, B. y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49.

Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Watson, J. C., Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2007). Case studies in emotion-focused treatment of depression. A comparison of good and poor outcome. Washington, DC: American Psychological Association.

Recibido: 4 de noviembre de 2010

Aceptado: 18 de marzo de 2011

Sabrina Andreu-Mateu (1), Cristina Botella (1,4), Soledad Quero (1,4), Verónica Guillen (2,3) y Rosa Baños (3,4)

(1) Universidad Jaume I, Castellón; (2) Centro Clínico PREVI; (3) Universidad de Valencia; (4) CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN) (España)

Esta investigación ha sido subvencionada por la Generalitat Valenciana, Consejería de Educación Programa de Investigación de Excelencia PROMETEO (2008/157) y el CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición del ISCIII.

Correspondencia: Cristina Botella, Universitat Jaume I, Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Avda. Vicente Sos Baynat, s/n, 12071 Castellón (España). E-mail: botella@psb.uji.es

Tabla 1

Puntuaciones obtenidas por la P1 para los principales objetivos de terapia en los distintos momentos de evaluación

Objetivos de la terapia    Pre   Post   S1M   S3M   S6M   S1A

Situaciones/ "Ir a la psiquiatra"  
conductas

Evitación	4	4	3	0	0	0
Malestar	7	3	4	2	4	4

"Ir a ver a mi hermano"

Evitación	5	2	1	0	0	0
Malestar	7	2	1	2	4	2

Pensamientos/ "Ver a mi hermano tendido en el suelo diciendo que  
imágenes quiere suicidarse"  
intrusos

Evitación	8	5	3	0	0	0
Malestar	8	4	3	3	1	1

"Recordar cuando me dijo que quería matar a  
nuestra madre"

Evitación	10	6	4	0	3	0
Malestar	10	6	4	4	3	1

Malestar    Angustia

emocional

Evitación	8	1	1	0	0	0
Intensidad	10	2	1	2	3	3

Pena

Evitación	8	2	2	2	0	0
Intensidad	8	1	2	2	2	3

Pensamientos irracionales "Tengo que resolver todos los problemas de mi casa"

Creencia	8	2	1	2	0	3
----------	---	---	---	---	---	---

"Soy responsable de que nadie de mi familia sufra"

Creencia	7	2	1	2	1	1
----------	---	---	---	---	---	---

Nota: Pre= pretratamiento; Pos= postratamiento; S1M= seguimiento a los tres meses; S3M= seguimiento a los seis meses; S6M= seguimiento a los doce meses; S1A= seguimiento al año.

Tabla 2

Puntuaciones obtenidas por la P2 para los principales objetivos de terapia en los distintos momentos de evaluación

Objetivos de la terapia	Pre	Post	S1M	S3M	S6M	S1A
-------------------------	-----	------	-----	-----	-----	-----

Situaciones/ conductas	"Escuchar música que evoque muerte o ausencia de una persona"					
---------------------------	---	--	--	--	--	--

Evitación	9	3	4	2	0	0
Malestar	10	4	3	3	3	0

"Ver películas sobre el holocausto o enfermedades mentales"

Evitación	9	3	0	2	0	0
Malestar	10	4	3	3	3	0

Pensamientos/ imágenes intrusos "Imágenes del incidente en el coche con mi padre y mi hermano"

Evitación	9	2	0	1	0	0
Malestar	10	4	3	2	2	0

"Recordar las visitas al hospital"

Evitación	9	2	0	1	0	0
Malestar	10	4	2	2	2	0

Malestar Tristeza



emocional	Evitación	9	2	0	0	0	0
	Intensidad	8	4	4	3	2	3
	Frustración						
	Evitación	9	2	0	0	0	0
	Intensidad	8	4	2	2	2	2

Pensamientos irracionales "Tengo la culpa de todo lo que esta ocurriendo"

Creencia 8 2 12 11

"Tengo que hacerme responsable de todos los problemas de mi familia"

Creencia 8 2 0 0 2 0

Nota: Pre= pretratamiento; Pos= postratamiento; S1M= seguimiento al mes; S3M= seguimiento a los tres meses; S6M= seguimiento a los seis meses; S1A= seguimiento al año.

Tabla 3  
Puntuaciones en los cuestionarios sobre las variables clinicas medidas en las participantes

Variables	P1						
	Pre	Pos	S1	S3	S6	S1a	
PTGI	22	76	84	77	63	58	
BDI	7	13	1	0	2	3	
PANAS +	33	24	33	28	27	23	
PANAS -	20	17	14	17	18	17	
Inter/global P	6	4	1	2	2	3	
Malestar P	6	4	2	2	2	3	
Inter/grav T	5	3	2	3	3	2	
No. Síntomas	6	1	0	0	1	0	

Variables	P2						
	Pre	Pos	S1	S3	S6	S1a	
PTGI	44	94	66	68	72	69	
BDI	17	18	21	10	6	0	
PANAS +	32	38	39	40	37	41	
PANAS -	30	21	19	15	10	13	
Inter/global P	6	4	4	3	3	4	
Malestar P	6	4	4	2	2	2	
Inter/grav T	5	2	2	2	2	1	
No. Síntomas	17	1	2	0	0	0	

Nota: P1= Participante 1; P2= Participante 2; Pre= pretratamiento;

Pos= postratamiento; S1= segui/miento al mes; S3= seguimiento a los tres meses; S6= seguimiento a los seis meses; S1a= seguimiento al año; PTGI= Inventario de crecimiento postraumático; BDI= Inventario de depresión de Beck; PANAS += Escala de afecto positivo; PANAS /= Escala de afecto negativo; Inter/global P= Interferencia global participante; Inter/grav T= Interferencia/gravedad terapeuta.

Tabla 4  
Puntuaciones en los cuestionarios de expectativas y satisfacción con el tratamiento

Variables	P1					
	Pre	Pos	S1	S3	S6	S1a
Lógica	7	9	7	5	6	8
Satisfacción	6	9	7	6	7	8
Recomendaría	7	8	8	6	7	7
Útil otros problemas	4	9	7	7	7	7
Útil su caso	8	9	7	7	7	8
Aversivo	8	0	3	1	1	0
Elementos de la terapia						
Libro de la vida	8	6	6	7	8	
Solución problemas		7	7	7	7	8
Símbolos	7	6	6	7	7	
Técnicas aceptación		7	6	7	7	7
Exposición	6	7	8	8	8	
Apoyo terapeuta		8	7	8	8	8
Variables	P2					
	Pre	PS	S1	S3	S6	S1a
Lógica	9	9	10	10	10	10
Satisfacción	9	9	10	10	10	10
Recomendaría	10	10	10	10	10	10
Útil otros problemas	10	9	10	10	10	10
Útil su caso	8	9	10	10	10	10
Aversivo	2	0	0	0	0	0
Elementos de la terapia						
Libro de la vida	9	10	9	9	9	
Solución problemas		9	10	9	9	9
Símbolos	9	10	9	9	9	
Técnicas aceptación		9	10	9	9	9
Exposición	9	10	9	9	9	
Apoyo terapeuta		9	10	9	10	10

Nota: P1= Participante 1; P2= Participante 2; Pre= pretratamiento; Pos= postratamiento; S1a= segui-miento al mes; S3= seguimiento a los tres meses; S6= seguimiento a los seis meses; S1a= seguimiento al

ano.