

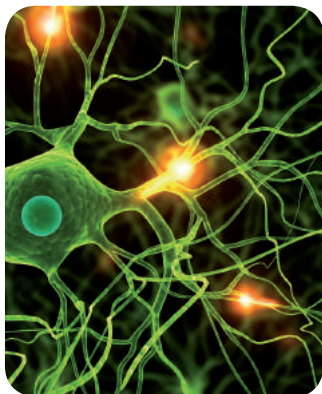
MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología
/ 14-15

Psicología
General Sanitaria



**Evaluación e
intervención
psicológica
en estrés laboral:
Estudio de un caso**
Carolina Álvarez Ortiz





EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ESTRÉS LABORAL: ESTUDIO DE UN CASO

Carolina Álvarez Ortiz

Trabajo Fin de Máster

Bajo la dirección del Prf. Dr. José Santacreu Mas

Con la colaboración de Avance, Centro de Psicología Aplicada

Máster Oficial en Psicología General Sanitaria

Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

2014

Vº Bº del tutor académico:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the signature of the academic tutor.

José Santacreu Mas

ÍNDICE

Resumen / Abstract	2
Introducción	3
Método	13
Identificación del paciente y motivo de consulta	13
Estrategias de evaluación	13
Formulación clínica del caso	17
Historia del problema	17
Análisis funcional del caso	18
Diagnóstico	21
Objetivos de tratamiento.....	22
Tratamiento	24
Aplicación del tratamiento	24
Resultados	29
Análisis del cambio en pruebas estandarizadas y registros	29
Análisis del cambio en observaciones asistemáticas	34
Efectividad y eficiencia de la intervención	35
Discusión y conclusiones	36
Referencias	41

RESUMEN

En la actualidad, el estrés laboral constituye uno de los principales problemas en el puesto de trabajo. El objetivo que persigue el presente estudio es evaluar la eficacia y efectividad de una intervención psicológica en un caso único de estrés laboral. La evaluación del caso se realizó a través de una entrevista clínica, autorregistros y diversos cuestionarios. Se llevó a cabo una intervención cognitivo-conductual basada en un programa de inoculación de estrés durante doce sesiones, a lo largo de siete meses de duración. Se utilizaron técnicas de intervención como entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados obtenidos muestran que la intervención diseñada es eficaz y efectiva a la hora de dotar al individuo de técnicas para manejar y afrontar con éxito las situaciones demandantes.

Palabras clave: estrés laboral, inoculación de estrés, relajación, habilidades sociales, reestructuración cognitiva.

ABSTRACT

Nowadays, work-related stress is one of the main problems at workplace. The aim of this study is to evaluate the efficacy and effectiveness of a psychological intervention in a single case of work-related stress. Evaluation was conducted through clinical interview, self-reports and several test. Cognitive-behavioural therapy based in a stress inoculation program has been applied along twelve sessions over seven months. Relaxation, cognitive restructuring and social skill training were used. Results show that the intervention is efficient and effective in terms of providing techniques to manage and cope the demanding situations.

Key words: work-related stress, stress inoculation, relaxation, social skills, cognitive techniques.

INTRODUCCIÓN

El estrés es, en la actualidad, un fenómeno muy presente en nuestro día a día. Hans Selye (1956), considerado el máximo exponente del estrés, acuñó el término *estrés* al conjunto de *reacciones inespecíficas* que se producen en el organismo ante cualquier demanda externa que supone una amenaza para su equilibrio u homeostasis. El conjunto de manifestaciones de esta respuesta inespecífica constituye el llamado Síndrome General de Adaptación, SGA (para una revisión exhaustiva del SGA, véase Selye, 1960).

El origen del estudio del fenómeno de estrés se remonta a principios del siglo XX, con las aportaciones de los fisiólogos Cannon (1914; 1939) -noción de homeostasis y respuestas de lucha o huida-, Selye (1956) -noción de estrés como respuesta inespecífica del organismo- y Wolff (1953) -noción de reacción de protección o movilización de recursos del organismo- (Cooper y Dewe, 2004). No obstante, y a pesar de la indudable aportación de Selye (1956), a día de hoy sigue sin existir consenso en su definición (Carrobbles, 1996; McGrath, 1970).

Existen diversos modelos teóricos sobre el estrés, cada uno de ellos enfatizando el papel de alguno de sus componentes y, por ende, entendiendo el fenómeno de estrés de forma diferente.

Primero, como estímulo desencadenante de una respuesta en el organismo (Holmes y Rahe, 1967). Las *teorías basadas en el estímulo* asumen que el estrés reside fuera del organismo. El estrés se equipara a estresor, una demanda ambiental que produce un efecto en el organismo al sobrepasar los límites de tolerancia del mismo (Cox, 1978).

Segundo, como reacción o respuesta del organismo -cambios fisiológicos y psicológicos- ante el medio. Siguiendo el planteamiento de Selye (1956), las *teorías basadas en la respuesta* formulan que el estrés constituye siempre la misma respuesta inespecífica del organismo, el SGA, independientemente del tipo de estímulo del que se trate, siempre y cuando esta

demanda o estímulo provoque en el organismo la necesidad de adaptación o ajuste homeostático (Cano-Vindel, 2002).

Tercero, como la *interacción* entre las características del estímulo y los recursos del organismo (relación bidireccional entre estímulo-respuesta). Las *teorías interactivas o transaccionales de estrés* proponen que el estrés es un proceso que surge de la *valoración o evaluación subjetiva* del individuo sobre la capacidad estresora de la situación, la cual es percibida por el individuo como un elemento más que excede sus propios recursos personales de afrontamiento o *coping* y hace peligrar su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984, 1986).

El presente estudio tomará como referencia el tercer planteamiento, propuesto por Lazarus y Folkman (1986), por considerarse un modelo integrativo y el que goza de mayor consenso entre la comunidad científica. Se entiende, por tanto, el fenómeno de estrés como un *proceso* que surge ante un *desequilibrio* percibido por el individuo entre las demandas externas del ambiente y los recursos internos del individuo, desequilibrio que suele presentarse habitualmente en forma de excesivas demandas –tanto internas como externas– y escasos o insuficientes recursos de afrontamiento de los que dispone o cree disponer el individuo para hacer frente a esas demandas (Peña y Montaña, 2009).

De esta forma, siempre que el individuo *interprete o valore* la situación como peligrosa o amenazante y considere que sus recursos personales son escasos para hacer frente a esta situación, se desencadenará automáticamente una reacción de estrés, en la que se pondrán en marcha los recursos de afrontamiento del individuo para intentar eliminar o paliar las consecuencias negativas de dicha demanda (Lazarus y Folkman, 1986).

La respuesta de estrés implica la aparición de un conjunto de reacciones adaptativas que incluyen tanto *respuestas fisiológicas* (incremento de la tasa cardíaca, tensión muscular, aumento del ritmo respiratorio, sudoración...), como *cognitivas* (valoración de la situación como peligrosa o amenazante, estrechamiento del foco atencional...) y *motoras* (conducta de ataque o huida, paralización), cuyo objetivo es *preparar al organismo* para hacer frente a esa potencial amenaza de forma eficaz (Cano-Vindel, 2002). Implica, por tanto, una movilización total de los recursos del individuo.

No cabe duda de que la respuesta de estrés no es una enfermedad o trastorno mental, sino una *respuesta adaptativa* del ser humano, no patológica *per se*, adquirida filogenéticamente para garantizar la supervivencia de la especie humana ante cualquier atentado contra su integridad física (Selye, 1978). Sin embargo, la respuesta de estrés deja de ser adaptativa (A) Cuando el individuo responde de manera excesiva y desproporcionada en términos de frecuencia, duración e intensidad ante una demanda externa puntual, (B) Cuando el individuo interpreta erróneamente una situación no peligrosa como amenazante, o bien sobreestima el grado de amenaza real, (C) Cuando el individuo emite respuestas inadecuadas ante el estímulo estresor, o bien (D) Cuando dicha demanda se convierte en crónica a lo largo del tiempo (Crespo y Labrador, 2003).

Se produce entonces un *desgaste* de los recursos de afrontamiento del individuo, que puede contribuir o predisponer la aparición de multitud de problemas físicos y psicológicos derivados del estrés crónico. Entre ellos, destacan problemas emocionales como cuadros clínicos de ansiedad o trastornos del estado de ánimo, problemas comportamentales como abuso de drogas, y enfermedades físicas tales como hipertensión arterial, cefaleas tensionales y la aparición de úlceras en el estómago, entre otros trastornos (Sapolsky, 1998). Para una revisión exhaustiva de las principales consecuencias del estrés, véase Carrobles (1996).

El estrés laboral.

En la actualidad, el trabajo constituye una de las fuentes principales de estrés, convirtiéndose en uno de los principales problemas laborales en los últimos años (Cranny, Smith y Stone, 1992) y, por ende, entendiéndose como un importante riesgo psicosocial (Grupo de Integración de Asignaturas Metodológicas en un Estándar Docente, 2002).

El fenómeno de estrés laboral ha suscitado en los últimos años un gran interés, no sólo en el ámbito clínico, sino también en el ámbito organizacional. Desde esta última perspectiva, se han propuesto diversos modelos teóricos sobre este fenómeno, haciendo especial énfasis en el contexto psicosocial y organizacional en el que se desenvuelve el individuo.

Existen tres grandes enfoques organizacionales en torno a la definición de estrés laboral, que se solapan con las teorías clásicas sobre el estrés descritas anteriormente (Grupo de Integración de Asignaturas Metodológicas en un Estándar Docente, 2002). (1) El *enfoque técnico* considera el estrés laboral como un potencial estresor, una característica aversiva o amenazante del puesto de trabajo. (2) El *enfoque fisiológico* conceptualiza el estrés laboral como la respuesta fisiológica del individuo al entorno laboral amenazante. (3) El *enfoque psicológico*, por su parte, considera el estrés laboral como la interacción entre la persona y su entorno de trabajo, haciendo especial hincapié en la valoración de las demandas del puesto de trabajo en función de las competencias del individuo o trabajador. En la actualidad, existe un significativo consenso en torno a este último enfoque (Grupo de Integración de Asignaturas Metodológicas en un Estándar Docente, 2002).

El enfoque psicológico ha dado lugar, a su vez, a dos grandes vertientes contemporáneas. Las *teorías interaccionales* sobre el estrés laboral ponen especial énfasis en las características estructurales de la interacción entre el individuo y su entorno de trabajo (para más información, véase French, Rogers y Cobb, 1974 y Karasek, 1979). Las *teorías*

transaccionales, por su parte, priorizan los procesos cognitivos y emocionales en los que se fundamenta la interacción individuo-puesto de trabajo (Grupo de Integración de Asignaturas Metodológicas en un Estándar Docente, 2002), tomando como referencia el *modelo transaccional* de Lazarus y Folkman (1986). Desde esta perspectiva, el concepto de *estrés laboral* hace referencia a la respuesta que el organismo desencadena ante la valoración de las demandas del puesto de trabajo como amenazantes o peligrosas para su propia integridad física y psicológica, puesto que exceden su propia capacidad para hacerles frente (Buendía y Ramos, 2001; European Agency for Safety and Health at Work, 2014).

El estrés laboral constituye uno de los principales problemas en el trabajo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), y representa una de las prioridades actuales y futuras en el ámbito de la salud laboral (Cox y Rial-González, 2002). No resulta sencillo encontrar datos fidedignos sobre la magnitud real del estrés laboral, su prevalencia en la población y sus costes, en gran parte debido a problemas metodológicos encontrados en algunos mecanismos de recogida de datos (Cox, Griffiths y Rial-González, 2005), tales como la ausencia de consenso en la definición de estrés, la consideración de los problemas de estrés por parte algunos profesionales como una categoría residual y la atribución errónea de sus síntomas como característicos de otros trastornos (Crespo y Labrador, 2003).

Sea como fuere, los estudios epidemiológicos más recientes muestran un incremento progresivo de los niveles de estrés laboral con el transcurso de los años (Espino Granado, 2012). En el año 2005 se observó una importante prevalencia del estrés en el ámbito laboral, presentándose en un 22% de la población europea en activo en este año (European Agency for Safety and Health at Work, 2014). Un reciente estudio llevado a cabo por European Agency for Safety and Health at Work (2014) mostró que en la actualidad el estrés laboral es el segundo problema de salud en el ámbito laboral europeo y, por ende, constituye la segunda causa de baja laboral. A nivel mundial, afecta anualmente a aproximadamente cuarenta

millones de trabajadores (Gascón, Olmedo y Ciccotelli, 2003). En España, afecta a más del 40% de los trabajadores en activo, provocando el 50% del absentismo no justificado y el 7% de las bajas laborales (Salinas, 2012).

Respecto a datos de prevalencia en cuestión de sexo, edad y otras variables demográficas, parece que el problema es, en términos generales, más frecuente en mujeres que en hombres (Cano-Vindel, Dongil-Collado y Wood, 2011; Sharpley et al., 1996). Con respecto a la edad, Cano-Vindel et al. (2011) sugieren que el grupo de edad de entre 18 y 44 años es el más susceptible de experimentar mayor estrés. En relación al nivel de estudios, los trabajadores con estudios universitarios parecen soportar en promedio mayores niveles de estrés (Crespo y Labrador, 2003). El estrés laboral puede aparecer en cualquier entorno laboral, aunque es más probable en aquellos puestos de trabajo jerárquicos que demandan gran exigencia y dedicación, destacando el sector servicios y asistencial (Heber et al., 2013; Salinas, 2012).

Respecto a la comorbilidad con otros trastornos, el estrés laboral suele pasar desapercibido y en ocasiones se encuentra camuflado entre los principales síntomas que ocasiona, tales como trastornos de ansiedad, depresión, trastornos del sueño o consumo de sustancias, lo cual dificulta enormemente su identificación (Mae Wood et al., 2010).

El estrés laboral surge como consecuencia de diversos desencadenantes. Dadas las características de extensión de este trabajo, se detallan a continuación los principales estresores laborales relacionados únicamente con las características y demandas del puesto de trabajo. Para una revisión completa de desencadenantes de estrés laboral, véase Peiró (2000).

(1) *Sobrecarga de trabajo*. A nivel cuantitativo, implica un exceso de actividades o tareas asignadas al trabajador. A nivel cualitativo, se traduce en excesivas demandas en relación a las propias competencias -conocimiento y habilidades- del trabajador (Peiró, 2000).

(2) *Insuficiente plazo temporal*. Hace referencia a la percepción del trabajador de no disponer de tiempo suficiente para realizar las tareas de forma eficaz, debido al establecimiento de plazos de entrega no realistas. Unido a la sobrecarga laboral, aumenta drásticamente los niveles de estrés en el trabajador.

(3) *Ambigüedad de rol*. El trabajador desconoce cuáles son las tareas concretas que debe realizar, bien por falta de definición precisa de su rol o puesto, bien por falta de claridad en sus funciones, al no ofrecérsele suficiente información al respecto. (4) *Conflicto de rol*. El trabajador se encuentra en una situación en la cual le exigen desempeñar roles contrapuestos. Esto es, debe atender a varias demandas que entran en conflicto y son excluyentes entre sí.

(5) *Incertidumbre o falta de predictibilidad*. La incertidumbre ante el propio futuro dentro de la empresa, en periodos en los que se anticipa una amenaza de despido o reestructuración de la plantilla, genera altos niveles de estrés en el trabajador (Lazarus y Folkman, 1986; Crespo y Labrador, 2003).

(6) *Ausencia de supervisión o feedback sobre los resultados de la tarea*. Esta situación induce estrés en el trabajador al anticipar que posibles errores encadenados puedan deberse a un fallo en su propio desempeño (Peiró, 2000).

(7) *Relaciones interpersonales negativas y falta de apoyo social*. Los demás pueden convertirse en uno de los estresores más graves e intensos (Peiró, 2000), máxime cuando se establecen pobres o inadecuadas relaciones interpersonales con los compañeros, superiores, subordinados o clientes, y estas relaciones requieren una comunicación asidua entre los miembros (European Agency for Safety and Health at Work, 2014; Peiró, 2000).

Altos niveles de estrés en el puesto de trabajo conllevan importantes consecuencias para la salud física y mental del individuo. Los principales síntomas que experimenta el

trabajador se traducen en cefaleas, alteración del sueño, cansancio y fatiga, tensión-irritabilidad, falta de concentración y memoria (Almodóvar et al., 2003). Problemas como trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de sueño (insomnio), abuso de sustancias o sobrecarga emocional son las consecuencias psicológicas más comunes que pueden aparecer si los elevados niveles de estrés laboral se cronifican en el tiempo (Espino Granado, 2007; Shirom, 2003).

En el ámbito organizacional, por su parte, se produce un descenso general en el rendimiento y productividad laboral -lo cual genera a su vez un mayor nivel de estrés en el trabajador, retroalimentando el proceso- (Cox y Rial-González, 2002). A largo plazo, el estrés laboral puede dar lugar a fenómenos como absentismo o presentismo laboral, aumento del número de bajas laborales e incapacitación laboral en casos extremos (Heber et al., 2013). Todo ello supone a la empresa altos costes tanto personales como económicos -costes por absentismo, pérdida de productividad y consumo de sanidad, fundamentalmente- (Heber et al., 2013).

Ante la evidencia de las importantes repercusiones que ocasiona el estrés laboral, se hace patente la necesidad de llevar a cabo evaluaciones e intervenciones de carácter psicológico para ofrecer a los trabajadores los recursos necesarios para manejar y controlar el estrés en su puesto de trabajo.

Respecto a la intervención, se distinguen dos grandes modalidades de tratamiento, farmacológico y psicológico. El tratamiento farmacológico de elección lo constituye el grupo de ansiolíticos -más concretamente, benzodiacepinas-, si bien es cierto que recientemente antidepressivos como los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, ISRS, están siendo prescritos en mayor frecuencia (Cano-Vindel, 2011, Crespo y Labrador, 2003). Debido a su alta susceptibilidad de generar dependencia y la aparición de efectos secundarios, la prescripción de psicofármacos debe estar siempre sujeta a la ingesta en periodos cortos –

máximo dos semanas sin período de descanso- y en dosis decrecientes (Crespo y Labrador, 2003).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es la modalidad de intervención psicológica que en la actualidad ofrece los mejores resultados, en cuanto a eficacia y efectividad, para modificar los altos niveles de estrés laboral. Un meta-análisis de 36 estudios sobre estrés ocupacional realizado por Richardson y Rothstein (2008) determinó que los programas cognitivo-conductuales produjeron mayores efectos que cualquier otra modalidad de tratamiento.

El tratamiento cognitivo-conductual de elección para los problemas de estrés es el *entrenamiento o adiestramiento en inoculación de estrés (AIE)* de Meichembaum (1987), con marcadas referencias al modelo teórico interaccional de estrés de Lazarus y Folkman (1986). A pesar de que el EIE dispone de pocas investigaciones controladas comparándolo con otros tratamientos, probablemente porque utiliza técnicas que ya disponen de abundante evidencia empírica, la inoculación de estrés es el único programa de intervención con apoyo empírico para el tratamiento de los problemas de estrés agudo y TEPT, encontrándose recogido en los listados de la Asociación Psicológica Americana (APA) respecto a manuales de tratamiento con apoyo empírico (Chambless et al., 1998; Woody y Sanderson, 1998). De igual forma, diversos estudios de metaanálisis, como el llevado a cabo por Saunders et al. (1996), concluyen y avalan la eficacia del EIE para la resolución de la problemática de estrés.

El objetivo del programa de inoculación de estrés es "*suscitar anticuerpos psicológicos*" (Meichembaum, 1987), esto es, el entrenamiento en diferentes habilidades de afrontamiento que permitan a los individuos manejar y afrontar las situaciones estresantes de su día a día (Bados, 2009; Meichembaum, 1987). El AIE no es una técnica concreta, sino que hace referencia a un paradigma de tratamiento basado en un entrenamiento semiestructurado

del paciente que incluye un paquete variado de técnicas de intervención, cuyo orden de aplicación es flexible y adaptado en función del caso concreto. (1) *Técnicas de reducción de activación fisiológica*. Incluyendo entrenamiento en relajación con técnicas como la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (RMP) y/o la respiración controlada. (2) *Estrategias cognitivas*. Incluyen técnicas para el manejo de pensamientos negativos (reestructuración cognitiva, discusión socrática), resolución de problemas y entrenamiento en autoinstrucciones (Bados, 2009; Meichembaum, 1987). De forma adicional, se puede incluir el *entrenamiento en habilidades sociales* y asertividad (Gómez Sanabria et al., 2003; Ross y Altmaier, 1994).

La modalidad grupal del entrenamiento en inoculación de estrés ofrece también resultados positivos en comparación con la terapia individualizada (Meichembaum, 1987). Asimismo, los últimos avances en el tratamiento de problemas de estrés también incluyen la modalidad *online*. En la literatura científica se pueden encontrar varios estudios al respecto; resulta de gran interés destacar el proyecto de Zetterqvist et al. (2003), un estudio RCT que demostró que es posible utilizar Internet de forma satisfactoria para ofrecer herramientas de manejo del estrés y conseguir reducir los altos niveles del mismo.

El presente estudio expone el proceso de evaluación y tratamiento psicológico de un caso único de estrés laboral. En primer lugar se presenta una descripción del caso incluyendo el motivo de consulta, las técnicas de evaluación empleadas, la formulación clínica del caso, los objetivos de intervención propuestos en base al análisis funcional del caso y la implementación del tratamiento a lo largo de las diferentes sesiones, incluyendo las técnicas de intervención utilizadas para la consecución de los diferentes objetivos. En segundo lugar, se analizan los resultados obtenidos como medida de cambio y se discute la viabilidad del programa de intervención en base a su grado de eficacia y efectividad.

MÉTODO

Identificación del paciente y motivo de consulta.

R. es una mujer soltera de 25 años de edad procedente de Santander (Cantabria). Actualmente reside en Madrid, donde comparte piso con una amiga de la infancia. Es Licenciada en Empresariales y Máster en Contabilidad y Finanzas, y ocupa un puesto de contable en un despacho de abogados en Madrid desde hace dos años y medio. Acude a Avance, Centro de Psicología Aplicada por primera vez el 22 de octubre de 2013, por voluntad propia. Según la paciente, refiere experimentar malestar general, angustia y nerviosismo de forma recurrente durante los últimos meses.

Durante la primera consulta, la paciente afirma haber tomado la decisión de acudir a un psicólogo por estar sometida a altos niveles de estrés en su puesto de trabajo. Se le demandan excesivas tareas que requieren, al menos, dos puestos de trabajo diferentes, las cuales debe realizar en plazos temporales mínimos. Como consecuencia de experimentar altos niveles de estrés mantenidos en el tiempo, refiere haber sufrido dos crisis de ansiedad o ataques de pánico, el último en agosto de ese mismo año, motivo por el cual solicitó la baja laboral a su médico de cabecera. Éste le diagnosticó "ansiedad" y le recetó Alprazolam® 0,5 mg, a demanda (0-0-1). En el momento de la primera consulta continúa de baja laboral, aunque manifiesta la intención de reincorporarse a su puesto de trabajo de forma inminente.

Estrategias de evaluación.

Durante las tres primeras sesiones de evaluación del caso se utilizaron las técnicas e instrumentos de evaluación que se detallan a continuación.

Entrevista clínica de evaluación. La principal estrategia en torno a la cual se sustenta cualquier proceso de evaluación. Se complementa con la historia biográfica.

Historia biográfica (Avance, Centro de Psicología Aplicada). Cumplimentada por la paciente, recoge de forma exhaustiva una anamnesis completa del caso. Incluye aspectos familiares, académicos, sociales y profesionales, así como intereses y motivaciones, referencia de tratamientos anteriores y expectativas sobre la terapia.

Autorregistros. Se pidió a la paciente completar los siguientes registros. (A) Registro de situaciones generales de alto grado de ansiedad, más adelante de situaciones sociales laborales ansiógenas (ver *Tabla 1*). (B) Registro de relajación (ver *Tabla 2*). (C) Registro de práctica de habilidades sociales -decir no, hacer peticiones y expresar críticas- (ver *Tabla 3*).

TABLA 1. Modelo de registro básico

Día/Hora	Situación	¿Qué pienso?	¿Qué siento?	¿Qué hago?

TABLA 2. Modelo de registro de relajación

Día/Hora	Lugar	Duración	Nivel de relajación (0-10)	Observaciones

TABLA 3. Modelo de registro de habilidades sociales

Situación	Qué se dijo	Cómo me sentí yo	Qué hizo la otra persona

Autoinformes. En función de las características del caso, se consideró especialmente relevante obtener información complementaria a la entrevista y registros a través de los cuestionarios que se detallan a continuación.

Cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI). El cuestionario STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2008) es un inventario de autoevaluación de la ansiedad como estado (A/E) y como rasgo (A/R). La adaptación española posee buenas propiedades psicométricas en cuanto a fiabilidad, $\alpha=0,90$ para ansiedad rasgo y $\alpha=0,94$ para ansiedad estado (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). El cuestionario BAI (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988) consta de 21 ítems que evalúan el grado de severidad de los diferentes síntomas cognitivos y fisiológicos de la ansiedad. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0,75 y la consistencia interna de 0,92 (Beck et al., 1988).

Cuestionario de estrés en el trabajo (Revicki y May, 1983). Este cuestionario consta de 18 ítems que evalúan las diferentes percepciones de estrés laboral en el paciente, el cual registra en una escala de cuatro opciones de respuesta la frecuencia de aparición de las mismas.

Cuestionario de ataques de pánico (CAP). El cuestionario CAP (adaptado por MMA, 2002) es un cuestionario dividido en tres partes que evalúan el componente cognitivo, fisiológico y motor de los ataques de pánico, respectivamente. Está integrado por:

- A. *Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (ACQ)*. El cuestionario ACQ consta de 14 ítems que evalúan la frecuencia de pensamientos relacionados con ataques de pánico. Posee un coeficiente de consistencia interna de 0,80 y una fiabilidad test-retest de 0,86 (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984).
- B. *Cuestionario de Sensaciones corporales (BSQ)*. El cuestionario BSQ consta de 17 ítems que evalúan la ocurrencia y frecuencia de las sensaciones corporales en los ataques de pánico. Posee una consistencia interna de 0,88 y una fiabilidad test-retest de 0,67 (Chambless et al., 1984).
- C. *Inventario de Movilidad para la agorafobia (MI)*. El inventario MI (Chambless, Caputo, Jasin, Gracel y Williams, 1985) evalúa la frecuencia de evitación de situaciones agorafóbicas del paciente tanto cuando se encuentra solo como acompañado. Para la "evitación en solitario" los autores reportan una consistencia interna de 0,94 y una fiabilidad test-retest de 0,90. En el caso de "evitación

acompañado", presenta una consistencia interna de 0,91 y una fiabilidad test-retest de 0,86 (Chambless et al., 1984).

Inventario de Depresión de Beck (BDI). El cuestionario BDI (Beck, Steer y Garbin, 1988) evalúa la intensidad de los diferentes síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales de la depresión. El coeficiente de fiabilidad test-retest de dicho inventario es de 0,65 a 0,72 y la consistencia interna oscila entre 0,81 y 0,86 (Beck et al., 1988, Vázquez y Sanz, 1997).

Cuestionario de Estilo Cognitivo (adaptado por Mansilla-Cabanillas, 2012). El cuestionario de Estilo Cognitivo consta de 100 ítems que evalúan diez grandes creencias disfuncionales, a saber, necesidad de aprobación y aceptación, perfeccionismo y alta autoexigencia, culpabilización, intolerancia a la frustración, irresponsabilidad o falta de control emocional, ansiedad y preocupación sobre el futuro, evitación de problemas, dependencia hacia otros, indefensión acerca del cambio e inactividad. Cada ítem puntúa en una escala dicotómica "Sí" o "No" en función del grado de acuerdo o desacuerdo con diferentes afirmaciones.

Escala de Habilidades Sociales (EHS). El cuestionario EHS (Gismero, 2000) consta de 33 ítems que evalúan la competencia social del paciente en cinco dimensiones de interacción social, a saber, autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con personas del sexo opuesto. Cada ítem puntúa en un formato con cuatro opciones de respuesta.

Observación. A lo largo de las sucesivas sesiones de evaluación se recogió también información relevante a través de la observación del comportamiento verbal y no verbal de la paciente.

Formulación clínica del caso.

Historia del problema.

En abril de 2011, R. inicia su andadura profesional en el área contable de un despacho de abogados de reconocido prestigio como responsable de facturación. Debido a su gran dedicación al trabajo y minuciosidad, muy pronto obtuvo reconocimiento por parte de sus superiores, quienes resaltaban sus buenos resultados en términos de rendimiento y productividad. En febrero de 2013, el Director General del despacho le asigna nuevas tareas que implican un mayor grado de responsabilidad, relacionadas con la contabilidad de determinadas cuentas bancarias y reclamación de deudas a clientes.

No obstante, pocos meses después R. comienza a ser consciente de que realiza multitud de tareas, más de las que le corresponderían, y que es incapaz de ser tan eficaz y minuciosa como antes. Considera que ella sola realiza el trabajo "que deberían hacer, como mínimo, dos personas", en sus propias palabras, pero hasta el momento no ha sido capaz de decir que no puede abarcar más tareas. En multitud de ocasiones se ve sobrecargada de trabajo, por lo que es muy frecuente que dedique su tiempo libre a continuar en la oficina más horas que las estipuladas en su contrato de trabajo. Reconoce que dedica la mayor parte de su tiempo a trabajar y que incluso "he llegado a estar 11 y 12 horas en el despacho".

Asimismo, cuenta con una presión adicional, la distribución del trabajo en el despacho es jerárquica, de forma que debe cumplir en cada periodo unos plazos de entrega para que sus superiores puedan revisar el borrador de su trabajo, darle el visto bueno y de esta forma poder continuar con su trabajo. Sin embargo, en multitud de ocasiones observa impotente cómo su trabajo queda paralizado; los abogados están demasiado ocupados y demoran el visto bueno. En tales circunstancias, R. se ve obligada a "perseguirles" y a pedirles "con la cabeza agachada y con mil perdones" que por favor le firmen los documentos que necesita.

Reconoce que esta situación le genera mucho estrés y mucha presión. Piensa "¡vaya cara que tienen!", pero no es capaz de expresarlo y siempre muestra buena cara.

R. ha estado soportando esta situación laboral en los últimos meses, periodo durante el cual sufrió incluso dos ataques de pánico. El primero ocurrió en julio de 2013, estaba descansando en su cama tras un día intenso de trabajo y comenzó a sentir vértigos, sensación de caer al vacío y taquicardia. Reconoce que "fue intenso", pero media hora más tarde desaparecieron los síntomas y decidió no acudir al médico. No obstante, comenzó a preocuparle la ocurrencia de un segundo episodio de pánico, a finales del mes de agosto, puesto que estaba disfrutando de un período tranquilo durante las vacaciones de verano en Santander y no se encontraba estresada. En esta ocasión sí acudió a su médico de cabecera, quien le diagnosticó "ansiedad" y le recetó Alprazolam® 0,5 mg, a demanda (0-0-1). Cuando R. se reincorporó de nuevo al trabajo, en el mes de septiembre, se dio cuenta de que no podía mantener ese alto nivel de estrés laboral una vez más y solicitó la baja laboral.

Es consciente de que "el problema está en mí. Como no me quejo, más me piden". Se encuentra motivada y dispuesta al cambio porque tiene claro que esta situación no se puede mantener más en el tiempo. Es el primer intento de solución del problema, hasta entonces siempre ha soportado la situación y no se había planteado la posibilidad de acudir a un psicólogo.

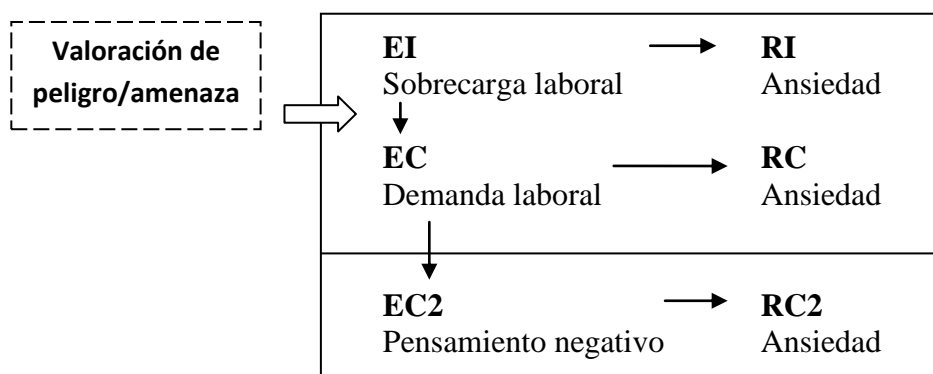
Análisis funcional del caso.

Una situación de sobrecarga de tareas conlleva la aparición de una respuesta de ansiedad o estrés en cualquier individuo. Se hipotetiza que, en el caso de R., a partir de sucesivos ensayos, cualquier nueva demanda de trabajo se asoció por condicionamiento clásico con la situación de sobrecarga de tareas, de forma que cualquier tarea adicional, sea cual sea, desencadena ya por sí misma una respuesta de ansiedad o estrés en R. De esta

forma, cada vez que R. recibe una nueva demanda laboral la percibe como excesiva respecto a lo que ella es capaz de hacer -mediación de la valoración de la situación como amenazante-, apareciendo una respuesta condicionada de estrés o ansiedad.

De igual forma, la percepción o valoración de una nueva tarea como excesiva desencadena un pensamiento rumiativo -"No doy abasto", "No llego a todo"-, que se ha asociado igualmente con ésta y automáticamente genera una respuesta de ansiedad, aumentando la intensidad de los síntomas fisiológicos y, por ende, retroalimentando el proceso. Por tanto, un pensamiento inicialmente neutral se ha convertido en uno intrínsecamente ansiógeno que aparece de forma automática ante la presencia de una nueva tarea o demanda laboral (ver *Figura 1*).

FIGURA 1. Proceso de condicionamiento clásico (hipótesis de origen)



En el momento actual, cuando R. recibe una nueva tarea, cuando revisa mentalmente todo lo que tiene que hacer, o cuando aparece automáticamente el pensamiento ansiógeno "No doy abasto" o cualquier otra verbalización encubierta similar, tiende a continuar con el trabajo en un marcado intento de finalizar las tareas pendientes lo antes posible y, de esta forma, reducir su nivel de ansiedad, lo cual le genera alivio -"Uf, una cosa menos"-, reforzando negativamente el enfrentamiento excesivo de las demandas. Asimismo, cuando R. completa una tarea pendiente, siente satisfacción por haberla realizado, lo cual refuerza positivamente la respuesta operante de enfrentamiento excesivo (ver *Figura 2*).

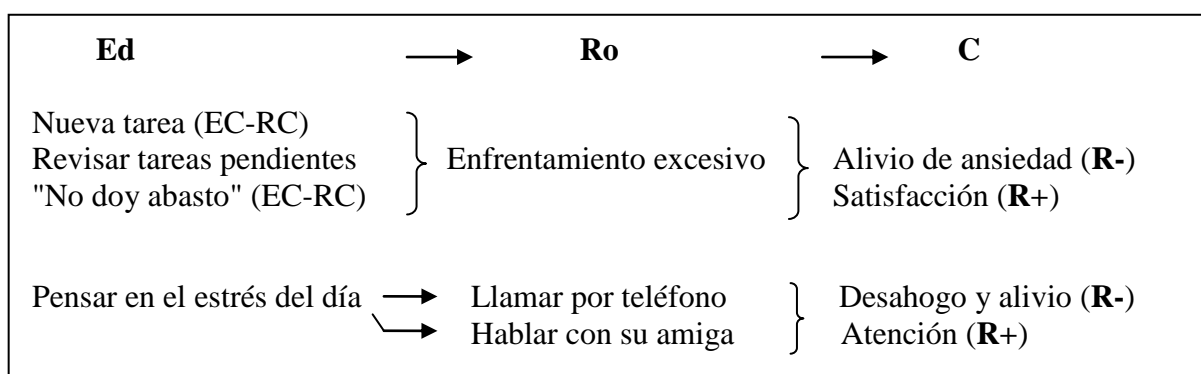
Las respuestas de ansiedad que experimenta R. ante los potenciales estresores laborales -demandas laborales, insuficiente plazo temporal para resolver las tareas, relaciones difíciles con los abogados- son predominantemente fisiológicas, a saber, aceleración de la tasa cardíaca, aumento de la sudoración -más evidente en manos y axilas- y, en ocasiones extremas, mareos o vértigos. Esta situación de estrés mantenida en el tiempo ha ocasionado la aparición de dos ataques de pánico, como consecuencia de estar sometida a altos niveles fisiológicos de estrés diariamente. Los ataques de pánico constituirían, por tanto, un síntoma adicional de la problemática de estrés mantenido en el tiempo. La respuesta cognitiva también está presente en forma de pensamientos como los descritos previamente -"No doy abasto", "Estoy perdiendo el tiempo"-, aunque R. reconoce ser menos consciente de ellos y de su carácter ansiógeno. Hasta el momento actual no ha evitado o escapado de ninguna situación estresante, sino que se enfrenta excesivamente a la situación demandante con todos los recursos personales de los que dispone, lo cual hace que se encuentre especialmente tensa la mayor parte del día -zona de la espalda y la mandíbula, dando lugar a los primeros síntomas de bruxismo nocturno-.

Es frecuente que cuando finaliza su jornada laboral recuerde todas las tareas realizadas a lo largo del día y lo acontecido con sus compañeros, por lo que inmediatamente después llama a su madre por teléfono o habla con su compañera de piso en Madrid sobre ello. Esto refuerza negativamente la respuesta operante, puesto que hablar con los demás le genera alivio o reducción de la ansiedad que le ocasiona su trabajo. De esta forma, recibe también de forma inintencionada la atención de sus allegados, los cuales se preocupan por ella, por lo que es altamente probable que estas consecuencias precipiten de nuevo la aparición de este tipo de llamadas, al reforzarlas positivamente (ver *Figura 2*).

Sin embargo, a corto plazo recibe multitud de castigos. Al mostrarse de forma inhibida ante las peticiones y ante la enorme dificultad que le supone decir "no", tiende a asumir nuevas

demandas y a sobrecargarse de tareas, motivo por el cual R. suele dedicar horas extra a finalizar el trabajo pendiente. Cuando relata lo sucedido a su madre, ésta le verbaliza en alguna ocasión: "Hija, no vales para nada". A largo plazo su autoeficacia se ve mermada al no ser capaz de poder desarrollar su trabajo con éxito -mediatizada además por la creencia de perfeccionismo-, ya que el número de errores cometidos aumenta considerablemente y su rendimiento laboral disminuye drásticamente.

FIGURA 2. Proceso de condicionamiento operante (hipótesis de mantenimiento)



La información recogida a través de autoinformes y observación señaló que R. es una persona muy perfeccionista y responsable, que tiende a querer tener todo bajo control. Tiende a buscar la aprobación de los demás y evita cualquier tipo de conflicto, motivo por el cual inhibe sus competencias sociales (le cuesta defender sus propios derechos, decir "no", hacer peticiones y expresar críticas). Todas estas variables actúan como moduladoras -constituyéndose como variables disposicionales- aumentando considerablemente su nivel de estrés y de ansiedad general e impidiéndole afrontar las situaciones estresantes con éxito.

Diagnóstico.

Como se ha mencionado previamente, la respuesta de estrés no constituye un trastorno mental, sino una respuesta adaptativa del ser humano -aunque desadaptativa por los altos niveles de intensidad y frecuencia mantenidos a lo largo del tiempo, referidos por la paciente-

Por dicha razón, la paciente no cumple todos los criterios requeridos para diagnosticar ningún trastorno mental recogido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (APA, 2002). En cualquier caso, al tratarse de un caso evidente de marcada ansiedad, lo más prudente sería determinar el diagnóstico de trastorno adaptativo o trastorno de estrés agudo, siempre con cautela.

FIGURA 3. Diagnóstico multiaxial según el Manual DSM-IV-TR

Eje I	Trastornos clínicos. F43.28 Trastorno adaptativo con ansiedad [309.24]. Subtipo agudo.
Eje II	Trastornos de personalidad. Z03.2 No hay diagnóstico [V71.09].
Eje III	Enfermedades médicas. Ninguno.
Eje IV	Problemas psicosociales y ambientales. Estrés laboral. Baja laboral.
Eje V	Actividad psicológica, social y laboral. EEAG = 65 (en el momento de la evaluación) EEAG = 85 (en el momento del alta).

Objetivos de tratamiento.

El objetivo general de tratamiento es dotar a la paciente de habilidades o recursos para afrontar, manejar y controlar el estrés laboral de forma eficaz en su día a día. No se trata de impedir que aparezca la respuesta de estrés o hacer que desaparezca por completo -recuérdese que la respuesta de estrés es adaptativa-, sino de minimizar los altos niveles de estrés en

cuanto a intensidad, frecuencia y duración, así como las consecuencias nocivas que se derivan de la misma (entre ellos, los dos ataques de pánico).

Los objetivos específicos de tratamiento formulados a partir del análisis funcional del caso se detallan a continuación, formando parte de un programa multicomponente adaptado de entrenamiento en inoculación de estrés (EIE).

1. Psicoeducación. Enseñar qué es el estrés, características, desencadenantes.
2. Adquisición de habilidades adecuadas de afrontamiento y manejo de altos niveles de estrés.
 - 2.1. Reducir el nivel general de ansiedad de la paciente (componente fisiológico).
 - 2.2. Modificar creencias disfuncionales y pensamientos negativos sobre el funcionamiento de sí misma y del mundo.
 - 2.2.1. Modificar la creencia disfuncional relacionada con el alto nivel de autoexigencia y perfeccionismo hacia una creencia más adaptativa, el perfeccionismo positivo, aumentando la flexibilidad cognitiva.
 - 2.2.2. Modificar la creencia disfuncional relacionada con la necesidad de agradar a los demás, evitando cualquier tipo de conflicto, hacia una creencia más adaptativa, la inevitabilidad del conflicto y de juicios negativos.
 - 2.3. Entrenar competencias necesarias en la interacción social. Entrenar a la paciente en habilidades sociales como decir "no", hacer peticiones y expresar críticas, con el objetivo de dotarle de recursos que le permitan limitar la sobrecarga de trabajo.
3. Minimizar y eliminar la aparición de nuevos ataques de pánico, principal consecuencia nociva de intensos niveles de estrés mantenidos a largo plazo.
4. Prevención de recaídas. Reforzar el cambio conseguido y anticipar qué hacer en hipotéticas situaciones problemáticas en el futuro.

Tratamiento.

Tomando como referencia la información recogida en la fase de evaluación, diagnóstico y el análisis funcional del caso, se consideró pertinente desarrollar una intervención psicológica de clara orientación cognitivo-conductual basada en el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE). En base a los principales problemas o *déficits* conductuales de la paciente, se realizaron las pertinentes adaptaciones al modelo clásico de entrenamiento en inoculación de estrés propuesto por Meichenbaum (1987), con el objetivo de entrenar a la paciente en las habilidades necesarias que no disponía para hacer frente a este tipo de problemas. Se consideró la necesidad de enseñar a la paciente técnicas de control de la activación, técnicas cognitivas y habilidades sociales.

Con las técnicas conductuales de control de la activación se persigue el objetivo de poner en práctica una respuesta incompatible a la respuesta ansiógena, para extinguir esta última. Las técnicas cognitivas pretenden modificar las creencias disfuncionales o contraproducentes de la paciente por otras creencias más ajustadas a la realidad, para conseguir eliminar el control e impacto negativo que éstas ejercen sobre el comportamiento de la paciente -en este caso, impiden que se muestren en su repertorio conductual las habilidades necesarias para afrontar de forma eficaz las demandas laborales-. Con el entrenamiento en habilidades sociales, por su parte, se pretende reforzar estilos de comportamiento social adecuados -asertividad-.

Aplicación del tratamiento.

La intervención se desarrolló a lo largo de doce sesiones de tratamiento de una hora de duración, con una periodicidad semanal durante el periodo de evaluación, quincenal durante gran parte del periodo de tratamiento -debido a la disponibilidad de la paciente- y dos últimas mensuales, a lo largo de aproximadamente siete meses.

Contenido de las sesiones de tratamiento. Técnicas de intervención utilizadas.

La consecución del primer objetivo de intervención se alcanzó a través de un método didáctico. Se explicó a la paciente qué es el estrés, sus principales desencadenantes, las manifestaciones de la respuesta de estrés y las principales consecuencias del mismo. Este objetivo se trabajó en la sesión 3.

El segundo objetivo de intervención requirió el entrenamiento en relajación muscular progresiva (RMP) de Jacobson. Se consideró de gran importancia comenzar el tratamiento con el entrenamiento en técnicas de reducción de la activación por su sencilla aplicación y rápidos resultados, fácilmente observables por el paciente. De esta forma, se facilitaría también el incremento de la motivación del paciente hacia el tratamiento (Meichembaum, 1987). La elección de la técnica de relajación muscular progresiva se sustentó en la alta activación fisiológica que experimentaba la paciente, incluyendo tensión muscular en la zona de la espalda y la mandíbula. El entrenamiento en RMP se desarrolló con total normalidad durante tres sesiones consecutivas (sesiones 5, 6 y 7), puesto que la paciente ya había practicado con anterioridad dicha técnica, aunque de forma autodidacta.

La consecución del segundo objetivo de intervención precisó también abordar el componente cognitivo. La técnica de reestructuración cognitiva, siguiendo el modelo de Burns (2006), se utilizó para enseñar a la paciente a identificar y modificar pensamientos irracionales y creencias desadaptativas -creencias contraproducentes comunes- que mantenían el problema. Las sesiones 8 y 9 se destinaron a debatir con la paciente los pros y contras de cada creencia relacionada con perfeccionismo y autoexigencia (McKay, 1985). Asimismo, se pidió a la paciente que practicase la técnica de autoinstrucciones (adaptado de Mansilla, 2014) con el objetivo de utilizar las técnicas de distracción como parada de pensamiento de los pensamientos racionales repetitivos. Este objetivo se trabajó en la sesión 8.

La tercera habilidad de afrontamiento a entrenar, el componente social, precisó de igual forma el uso de técnicas de reestructuración cognitiva como condición previa (Burns, 2006). El análisis funcional del caso, así como la información recogida a través de entrevista y el cuestionario EHS, determinó que la paciente no se comportaba de forma inhibida en determinadas situaciones por falta de habilidad social, sino por interferencia de creencias nucleares sobre las relaciones sociales. Por tanto, resultó necesario desmontar estas creencias para eliminar la restricción a comportarse de forma asertiva, a través del análisis de pros y contras de mantener la necesidad de aprobación y evitación de conflictos con los demás. Este objetivo se trabajó en la sesión 9.

No obstante, se consideró relevante dedicar una sesión de psicoeducación sobre los derechos asertivos y la práctica de las habilidades sociales a través de *role playing* en consulta, con el objetivo de reforzar y mantener el desarrollo de estas tres habilidades sociales (decir no, hacer peticiones y expresar críticas de forma asertiva) y corregir pequeños errores de actuación, una vez desbloqueada la asertividad social. Sub-objetivo trabajado en la sesión 10.

El tercer objetivo no necesitó ser trabajado de forma directa, ya que el aprendizaje de herramientas para afrontar el estrés laboral -y, más concretamente, reducir los síntomas fisiológicos a través de la RMP- impidieron la ocurrencia de nuevos ataques de pánico.

El cuarto y último objetivo de tratamiento consistió en la prevención de posibles futuras recaídas. Se analizó el cambio producido con la paciente y se utilizó la técnica de exposición en imaginación de posibles situaciones difíciles en el futuro. Este objetivo se trabajó en la sesión 12.

Para una revisión completa de las técnicas de evaluación e intervención utilizadas a lo largo de cada una de las sesiones, se desglosa a continuación la estructuración y secuenciación de cada sesión terapéutica (véase *Tabla 4*).

TABLA 4. Estructuración de cada sesión y descripción de técnicas utilizadas en función de los objetivos de intervención.

Sesión	Descripción de la sesión. Técnicas utilizadas	Tareas intersecciones	Consecución de objetivos
S1 (22/10/2013) Semanal	- Primera entrevista de evaluación. Recogida de información sobre el motivo de consulta e historia del problema. - Nivel subjetivo de estrés. - Inicio del establecimiento de la relación terapéutica.	- Historia biográfica. - Cuestionarios: STAI, BAI, CAP, BDI-II, Cuestionario de estilo cognitivo, EHS.	Evaluación
S2 (29/10/2013)	- Revisión del período intersecciones y posibles nuevos ataques de pánico (AP). Nivel subjetivo de estrés (NSE). - Revisión de historia biográfica y cuestionarios de evaluación: STAI, BAI, BDI-II.	- Registro básico (pienso-siento-hago).	Evaluación
S3 (05/11/2013)	- Revisión del período intersecciones y posibles AP. NSE. - Revisión de cuestionarios de evaluación: CAP, Estilo cognitivo, EHS. - Revisión de registros. Nivel subjetivo de estrés. - Psicoeducación: el estrés, desencadenantes, respuestas.	- Registro básico (pienso-siento-hago).	Evaluación 1 <input checked="" type="checkbox"/>
S4 (12/11/2013)	- Revisión del período intersecciones y posibles nuevos ataques de pánico. Nivel subjetivo de estrés. - Revisión de registro básico. - Devolución del análisis funcional del caso. - Consenso respecto a los objetivos de intervención.	- Revisión de ideas básicas sobre análisis funcional y planteamiento de dudas al respecto.	1 <input checked="" type="checkbox"/>
S5 (28/11/2013) Quincenal	- Revisión del período intersecciones y posibles nuevos ataques de pánico. Nivel subjetivo de estrés. - Entrenamiento en relajación muscular progresiva (RMP).	- Registro de relajación.	2.1 <input checked="" type="checkbox"/>
S6 (05/12/2013)	- Revisión del período intersecciones y posibles nuevos ataques de pánico. Nivel subjetivo de estrés. - Revisión de registro de relajación.	- Registro de relajación.	2.1 <input checked="" type="checkbox"/>

Sesión	Descripción de la sesión. Técnicas utilizadas	Tareas intersesiones	Consecución de objetivos
S7 (10/01/2014)	- Revisión del período intersesiones y posibles AP. NSE. - Revisión de registro de relajación.	- Registro de relajación.	2.1 <input checked="" type="checkbox"/>
S8 (24/01/2014)	- Revisión del período intersesiones y posibles AP. NSE. - Explicación de la práctica de autoinstrucciones (adaptación de Mansilla, 2014) para pensamientos racionales rumiativos. - Reestructuración de creencia desadaptativa de perfeccionismo y autoexigencia.	- Práctica de la técnica de autoinstrucciones (Mansilla, 2014). - Lectura de documento de pros y contras de ser perfeccionista en <i>todas</i> las situaciones.	2.2 <input checked="" type="checkbox"/>
S9 (07/02/2014)	- Revisión del período intersesiones y posibles AP. NSE. - Revisión de práctica de autoinstrucciones. - Explicación de derechos asertivos. - Reestructuración de creencias desadaptativas de necesidad de aprobación y evitación de conflictos.	- Lectura e interiorización de los derechos asertivos. - Lectura de documento de pros y contras de necesitar la aprobación de los demás y evitar conflictos.	1 y 2.2 <input checked="" type="checkbox"/>
S10 (21/02/2014)	- Revisión del período intersesiones y posibles AP. NSE. - <i>Role playing</i> de HHSS (decir no, hacer peticiones, expresar una crítica). Corrección de posibles mejoras. - Qué es la asertividad. Pautas de comportamiento asertivo para las diferentes habilidades.	- Práctica de las habilidades entrenadas en contexto natural. - Registro de habilidades sociales.	1 y 2.3 <input checked="" type="checkbox"/>
S11 (28/03/2014) Mensual	- Revisión del período intersesiones y posibles AP. NSE. - Revisión de registro de habilidades sociales. - Revisión del uso de medicación. - Consentimiento informado para TFM.		2.3 <input checked="" type="checkbox"/>
S12 (09/05/2014)	- Revisión del período intersesiones y posibles AP. NSE. - Análisis del cambio y afianzamiento de cambios alcanzados. - Prevención de recaídas. Exposición en imaginación. - Alta.	- Cumplimentación de cuestionarios post-tratamiento: STAI, BAI, CAP, BDI-II, Cuestionario de estilo cognitivo, EHS.	4 <input checked="" type="checkbox"/>

RESULTADOS

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos agrupados en tres categorías, (1) Análisis del cambio en las variables evaluadas a través de pruebas estandarizadas, (2) Resultados de registros de variables afectadas directamente por el tratamiento a lo largo de las sesiones y (3) Análisis del cambio en función de observaciones asistemáticas del terapeuta y verbalizaciones de la paciente.

Análisis del cambio en pruebas estandarizadas.

Sintomatología ansiosa.

Como puede observarse en las *Figuras 4 a 8*, los cambios a lo largo de la intervención terapéutica en la sintomatología ansiosa fueron clínicamente significativos.

FIGURA 4. Comparación pre-post en ansiedad estado y ansiedad rasgo (STAI).

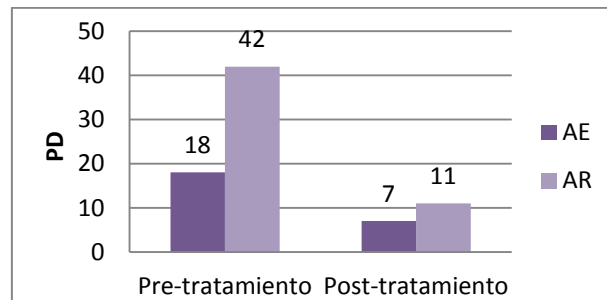
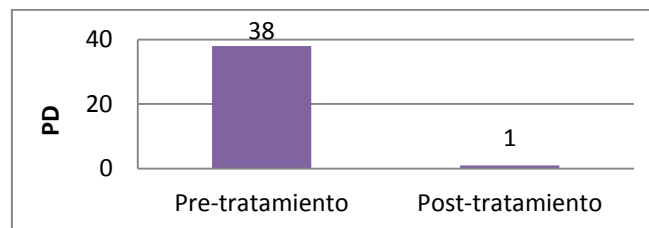


FIGURA 5. Pre-post en frecuencia de síntomas fisiológicos de ansiedad (BAI).

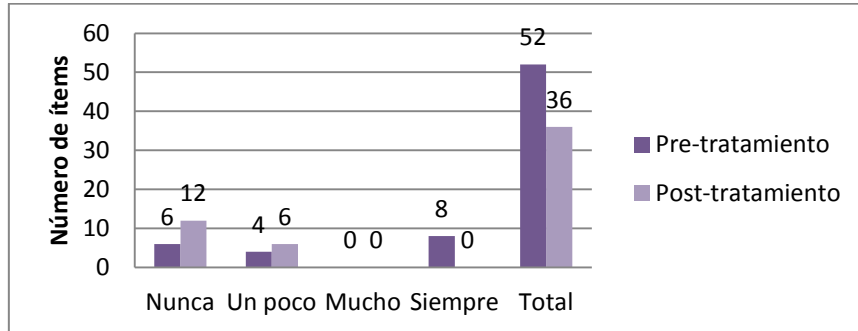


Las *Figuras 4 y 5* muestran una reducción significativa tanto de los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo, como la práctica eliminación de los síntomas fisiológicos de ansiedad de la paciente tras el tratamiento.

Sintomatología ansiosa - estrés laboral.

FIGURA 6. Pre-post en frecuencia de diferentes percepciones de estrés laboral

(Estrés en el trabajo)



A la vista de los resultados presentados en la *Figura 6*, se aprecia una disminución de la frecuencia de aparición de la mayoría de percepciones sobre estrés laboral, destacando el cambio producido respecto a los ítems "Estoy más nervioso de lo que solía estar", "Me siento culpable cuando no cumplo bien mi cometido", "Mi preocupación por el trabajo hace difícil que me libere de él en casa" o "A menudo siento que los demás quieren aprovecharse de mí".

Sintomatología ansiosa - ataques de pánico.

FIGURA 7. Pre-post en frecuencia de ítems de (a) cogniciones agorafóbicas (ACQ) y (b) sensaciones corporales (BSQ)

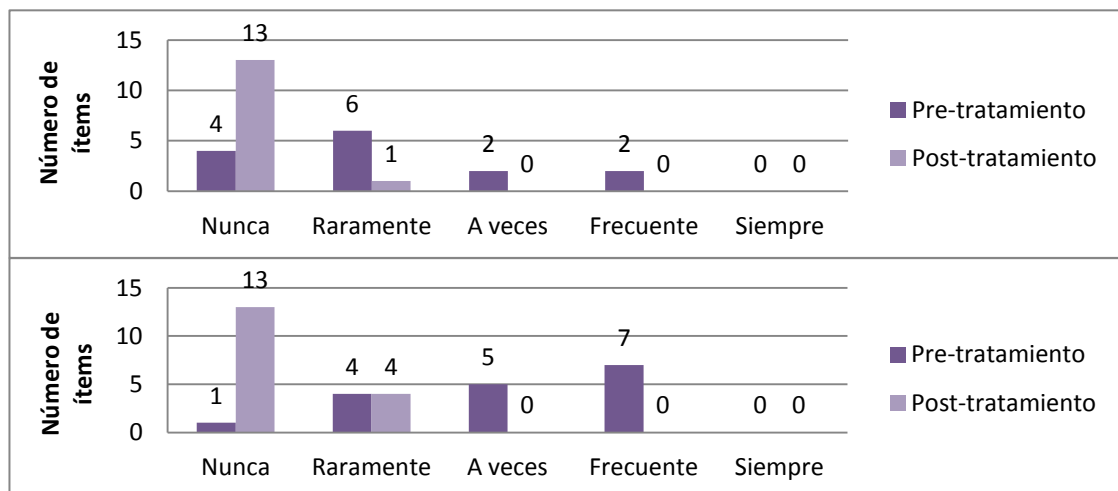
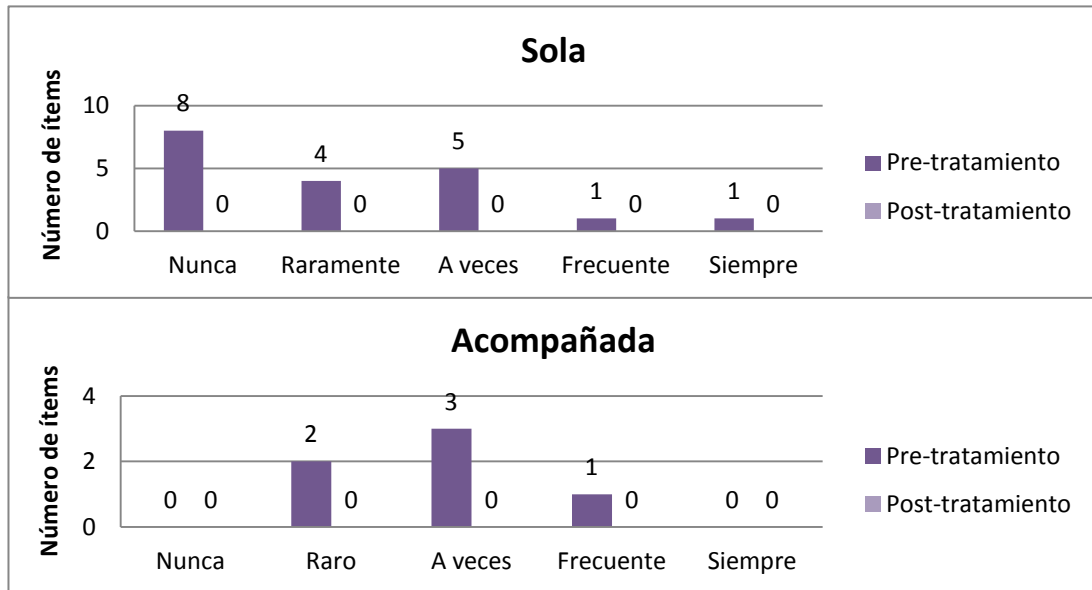


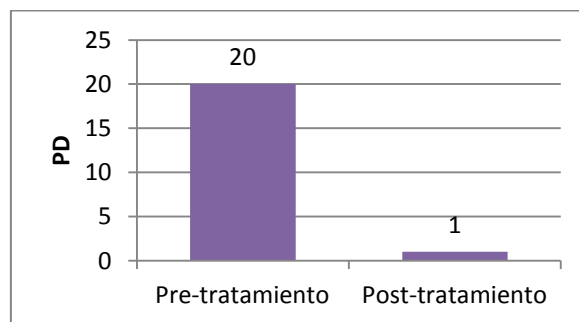
FIGURA 8. Pre-post en frecuencia de ítems relacionados con evitación, tanto solo (a) como acompañado (b) (MI_primera parte).



Las *Figuras 7 y 8* muestran cómo tras el tratamiento todos los pensamientos catastrofistas y síntomas fisiológicos asociados a las dos crisis de pánico disminuyeron por completo. La paciente no volvió a evitar ningún lugar o situación de los descritos.

Sintomatología depresiva.

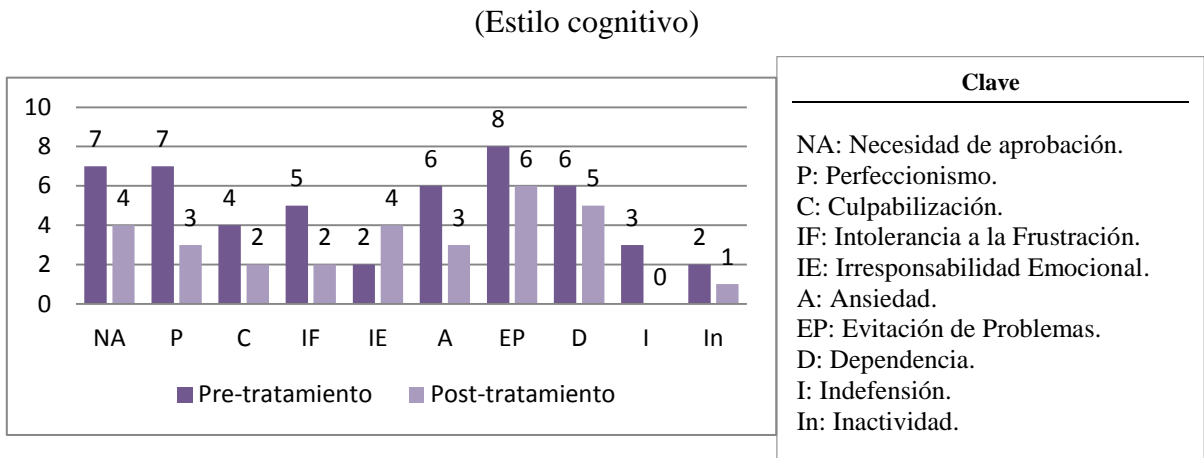
FIGURA 9. Comparación pre-post en relación al estado de ánimo (BDI-II).



Como se puede observar en la *Figura 9*, la sintomatología depresiva descendió de forma abrupta tras la intervención, considerándose tras el tratamiento como ausencia de depresión.

Presencia de creencias disfuncionales.

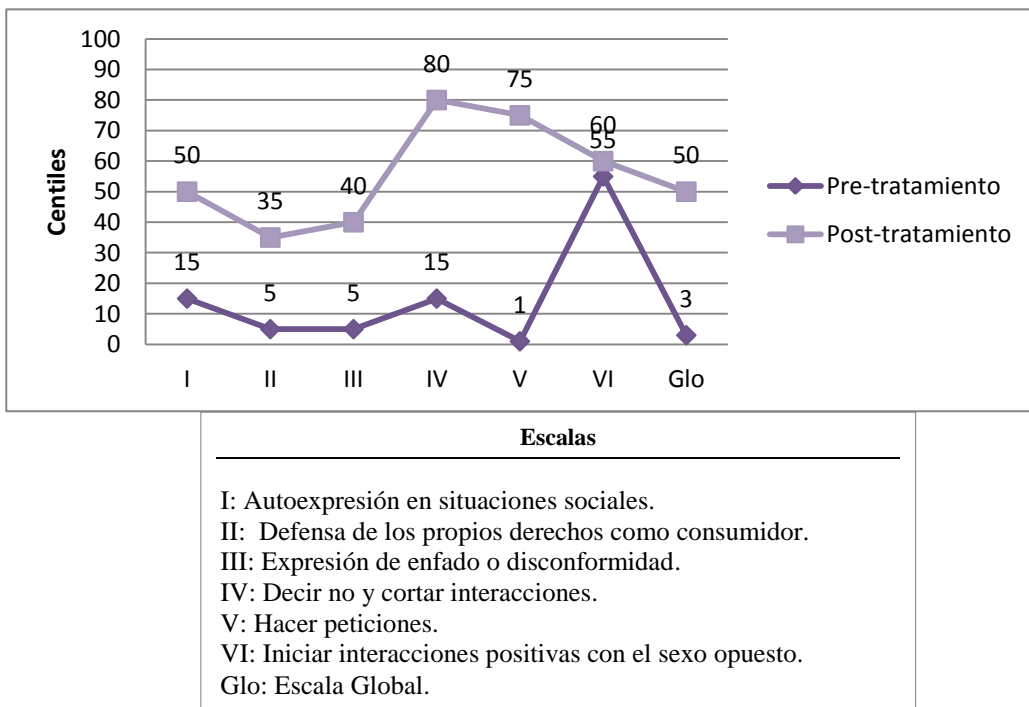
FIGURA 10. Pre-post en grado de acuerdo con creencias disfuncionales



La *Figura 10* muestra una notable reducción del grado de acuerdo con la mayoría de las creencias nucleares, destacando aquellas relacionadas con perfeccionismo y necesidad de aprobación. No obstante, resulta necesario matizar la escasa reducción de la dependencia hacia otros y la evitación de conflictos, en contra de lo esperado.

Habilidades sociales.

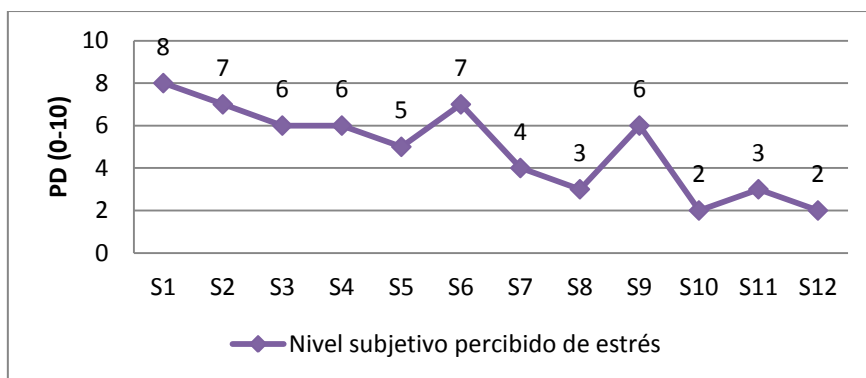
FIGURA 11. Perfil gráfico de habilidades sociales pre-post en centiles (EHS)



En la *Figura 11* se observa un aumento significativo de las habilidades sociales, destacando las relacionadas con decir no y hacer peticiones. No obstante, las habilidades relacionadas con la expresión de disconformidad o crítica y la defensa de los propios derechos no alcanzan el promedio de su grupo de referencia, tal y como era lo esperado.

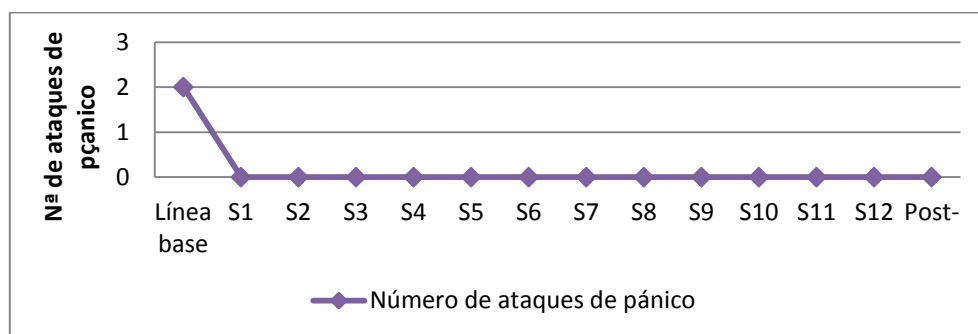
Análisis del cambio en variables afectadas directamente por el tratamiento (registros).

FIGURA 12. Registro de nivel subjetivo percibido de estrés laboral (0-10).



La *Figura 12* muestra la progresiva disminución del nivel subjetivo percibido de estrés en la paciente, más significativa a partir de la cuarta sesión de tratamiento. No obstante, destaca el aumento del nivel subjetivo de estrés en dos momentos puntuales - sesiones 6 y 9-, que coinciden con problemas específicos en el puesto de trabajo.

FIGURA 13. Registro de frecuencia de aparición u ocurrencia de ataques de pánico.



La *Figura 13* muestra la no ocurrencia de nuevos episodios de pánico durante todo el proceso de evaluación e intervención.

Análisis del cambio a partir de observaciones asistemáticas del terapeuta.

El cambio observado en la paciente fue muy significativo, y se ve fundamentado por los resultados cuantitativos descritos previamente. Lo más destacable de todo el proceso terapéutico lo constituyó el cambio a nivel cognitivo, la reestructuración de las creencias disfuncionales de la paciente fue el elemento clave que sentó las bases del cambio a nivel de habilidades sociales.

El cambio más fácilmente observable se produjo en relación a la disminución de la activación fisiológica -segundo objetivo de tratamiento-. El análisis del discurso verbal de la paciente constituye un claro indicador de dicho cambio: en la octava sesión, manifestaba verbalmente "Estoy mucho más tranquila, ya no vivo acelerada", "Hace tiempo que no noto tensión en la mandíbula ni ningún otro síntoma de ansiedad".

La consecución del cambio a nivel cognitivo -segundo objetivo de tratamiento- constituyó el cambio más significativo. Gracias a la técnica cognitiva de reestructuración de las creencias disfuncionales se cimentaron las bases de una nueva forma de interpretar las situaciones. Las verbalizaciones de la paciente referidas en las últimas sesiones de tratamiento son ampliamente ilustrativas del cambio producido: "Es un cambio de "chip", antes me quedaba la última en el trabajo terminando todo lo que tenía pendiente. Ahora a las 7 me voy, si me falta algo, lo dejo para el día siguiente" - verbalizaciones relacionadas con el perfeccionismo excesivo y la autoexigencia-.

En relación a las habilidades sociales, el cambio fundamental se tradujo en la manifestación observable del desbloqueo o desinhibición del comportamiento social asertivo, fruto de la reestructuración de la creencia relacionada con la necesidad de aprobación y evitación de conflictos. En la décima sesión, la paciente verbalizó con orgullo haber podido decir no a una petición, "¡He aprendido a decir no! Pensé: no voy

a volver a pasar por la misma situación, voy a decirle que no, estoy en mi derecho [...] ¡Qué liberación!", aunque el cambio más significativo se produjo a la hora de hacer peticiones, ya que la paciente reconocía explícitamente actuar de forma inhibida en las primeras sesiones de evaluación. En la sesión tres verbalizaba "No me cuesta hablar con los demás salvo para pedir algo, y si no me queda más remedio, lo hago con la cabeza agachada, con mil perdones..."; posteriormente, en la sesión 12, afirmaba "Ahora les digo directamente que necesito el borrador [...]".

Eficacia, efectividad y eficiencia de la intervención.

Tomando como referencia los resultados descritos previamente, se podría afirmar que el tratamiento psicológico desarrollado ha sido eficaz en tanto que se han alcanzado los objetivos de tratamiento propuestos (Fernández-Ballesteros, 2001). De la misma forma, los resultados obtenidos también parecen corroborar la efectividad de la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en casos de estrés laboral encontrada en otros estudios previos (Muñoz y Pérez, 1997; Richardson y Rothstein, 2008).

El tratamiento psicológico desarrollado también parece haber sido efectivo –en el sentido de que se podría afirmar haber conseguido el cambio propuesto como efecto de los objetivos de tratamiento– pero escasamente eficiente, ya que podrían no haberse optimizado los recursos disponibles para alcanzar dichos objetivos con el mínimo coste posible, puesto que el tratamiento se alargó sobremanera en el tiempo (Fernández-Ballesteros, 2001).

DISCUSIÓN

El principal objetivo del presente estudio es evaluar la viabilidad de un tratamiento psicológico basado en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en un caso único de estrés laboral. La evaluación inicial del caso evidenciaba que, fruto de las excesivas demandas del puesto de trabajo y la inhibición de la práctica de determinadas habilidades sociales necesarias para afrontar esta demanda -consecuencia de la interferencia de determinadas creencias disfuncionales sobre la necesidad de agradar a los demás y elevada autoexigencia o perfeccionismo-, la paciente experimentaba alta sintomatología ansiosa, cuya principal manifestación hacía referencia a la respuesta fisiológica. Estar sometida a una continua y excesiva activación fisiológica había desencadenado dos episodios de pánico.

Las consecuencias experimentadas por la paciente fruto de la situación de estrés laboral están en consonancia con las principales consecuencias recogidas en la literatura científica al respecto (Almodóvar et al., 2003; Espino Granado, 2007), aunque no se han documentado apenas estudios que establezcan relaciones entre estrés laboral y ocurrencia de ataques de pánico. No obstante, cabe destacar la revisión sistemática de Mae Wood et al. (2010), cuyos resultados evidencian que existe una relación entre niveles de estrés elevados y riesgo de sufrir ataques de pánico, tal y como ocurre en el caso clínico presentado, aunque siempre mediatizados por la variable consumo de tabaco.

El procedimiento llevado a cabo durante la intervención no difiere de lo que la gran mayoría de autores señalan como tratamiento apropiado y de elección para personas que experimentan altos niveles de estrés, una intervención cognitivo-conductual basada en el entrenamiento en inoculación de estrés (Chambless et al., 1998;

Saunders et al., 1996; Meichembaum, 1987; Woody y Sanderson, 1998). Se aplicó un conjunto de técnicas terapéuticas que están en consonancia con las técnicas de intervención prototípicas en este programa de entrenamiento (Meichembaum, 1987), a saber, (A) Psicoeducación o explicación descriptiva y funcional de la problemática, (B) Entrenamiento en control de la activación -técnica de relajación muscular progresiva- y (C) Terapia cognitiva para reducir la frecuencia de pensamientos disfuncionales y modificar creencias nucleares (reestructuración cognitiva, parada de pensamiento - técnica de autoinstrucciones adaptada por Mansilla, 2014-). En base a la casuística, se consideró incluir de forma adicional el entrenamiento en habilidades sociales, tal y como sugieren Gómez Sanabria et al. (2003) y Ross y Altmaier (1994).

El análisis de los resultados obtenidos muestra una mejora significativa de la paciente en todas las variables analizadas. Las medidas objetivas de cambio evidencian una notable mejoría respecto a las puntuaciones en todas las pruebas estandarizadas: una marcada disminución de la mayoría de los síntomas de ansiedad (cuestionarios STAI, BAI, Estrés en el trabajo, CAP), la práctica desaparición del bajo estado de ánimo (inventario BDI-II) y una disminución del grado de acuerdo hacia creencias disfuncionales de perfeccionismo y necesidad de aprobación (medidas a través del Cuestionario de Estilo Cognitivo), lo cual ha permitido la expresión asertiva de diferentes habilidades sociales inhibidas (medidas a través del cuestionario EHS, resultados apoyados también por la observación de *role-playing* de cada habilidad entrenada). Con respecto al registro de variables clínicas relevantes, se observa una marcada reducción de la percepción del nivel subjetivo de estrés laboral por parte la paciente y la no ocurrencia de nuevos ataques de pánico. También se observan cambios evidentes respecto a las verbalizaciones de la paciente, que complementan los resultados obtenidos.

No obstante, los resultados obtenidos muestran de igual forma una ligera disminución, aunque no muy significativa, en el grado de acuerdo hacia creencias relacionadas con la dependencia hacia otros y la evitación de problemas, que quizá pudiera estar explicando el mantenimiento de cierta dificultad de la paciente a la hora de expresar enfado o disconformidad -críticas- o a la hora de hacer valer sus derechos como consumidor tras el tratamiento, tal y como se observa en los resultados post-tratamiento de los cuestionarios de Estilo cognitivo y EHS. Estos resultados contrastan con lo esperable en el caso ya que, a pesar de haber trabajado de forma explícita la inevitabilidad del conflicto y la expresión asertiva de críticas, el cambio no es apenas significativo, si bien es cierto que, al igual que la creencia relacionada con la evitación de problemas disminuye, dichas habilidades aumentan respecto a la puntuación pre-tratamiento.

Resulta necesario en este punto resaltar las principales limitaciones del estudio. En primer lugar, la principal limitación a nivel metodológico hace referencia al propio diseño de la investigación, un estudio de caso único o $N=1$. Este tipo de diseño cuenta con el principal inconveniente de la restricción de cualquier tipo de generalización, así como la imposibilidad de establecer relaciones causales entre el cambio terapéutico y la intervención psicológica con total garantía (Montero y León, 2002). Siguiendo la misma línea, tampoco se controlan con tanta rigurosidad las variables extrañas que sí se encuentran perfectamente identificadas y controladas en cualquier otro diseño experimental. En este sentido, factores como la ingesta de medicación o las propias variables del terapeuta respecto a su experiencia clínica y la relación terapéutica pueden estar ejerciendo una importante influencia en la consecución del cambio, factores que no se han controlado en el diseño del estudio.

En segundo lugar, ejerciendo la propia autocrítica, la evaluación psicológica carece de variedad de autoinformes específicos para evaluar el fenómeno de estrés, el cual sólo se ha evaluado a través de una medida poco rigurosa como es la valoración subjetiva del nivel de estrés percibido por la paciente y el Cuestionario de Estrés en el trabajo. Si bien es cierto que no se dispone de ningún cuestionario modelo que refleje de forma fiable el grado de estrés individual, cuestionarios como la Escala de estrés percibido (Cohen, Kamarch y Mermelstein, 1983) o el Inventario de modos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986) podrían haber recogido información más específica respecto a la valoración cognitiva y los modos de afrontamiento de estrés de la paciente y completar de forma más específica la evaluación de esta problemática.

Por su parte, la intervención está centrada exclusivamente en el individuo, dejando de lado cualquier intervención en la empresa para la que presta sus servicios. No olvidemos que el individuo no se encuentra situado en el vacío, sino que se desarrolla en su entorno y, por ende, la intervención a nivel organizacional resulta de igual o mayor importancia que la intervención con el individuo, máxime cuando determinadas características intrínsecas del puesto de trabajo -como sobrecarga de tareas, insuficiente plazo temporal para desarrollar las mismas o inadecuadas relaciones sociales entre compañeros, como se aprecian en el presente estudio- se convierten en principales desencadenantes de estrés laboral en el individuo.

De igual forma, el tratamiento desarrollado se alargó sobremanera a lo largo del tiempo, destinando siete meses aproximadamente para poder realizar doce sesiones de tratamiento, si bien es cierto que la asignación de fechas de sesiones estuvo siempre sujeta a la disponibilidad de la paciente, la cual disponía de escaso tiempo libre. Tampoco se contempla periodo de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, por lo que se podría considerar que el tratamiento no está estrictamente finalizado.

A modo de conclusión, los resultados presentados en este estudio parecen indicar la utilidad clínica de una intervención cognitivo-conductual para dotar a los individuos de las herramientas necesarias para hacer frente a situaciones laborales que les provocan altos niveles de estrés. Los resultados ponen de manifiesto que en este caso las técnicas del programa de entrenamiento en inoculación de estrés son eficaces para reducir y controlar los altos niveles de estrés laboral. Sin embargo, al tratarse de un estudio de caso único es muy difícil establecer una generalización de los resultados a un grupo de individuos, entre otras razones debido a la variabilidad individual. Por tanto, se debe ser cauto respecto a las conclusiones que se pueden extraer del mismo.

Se hace, por tanto, patente la necesidad de mayor investigación al respecto. Desde estas líneas se propone como posibles sugerencias continuar la presente investigación replicando el mismo diseño utilizado en este estudio con el objetivo de comprobar si se obtienen resultados similares a los descritos en el mismo, analizar la influencia o peso de cada técnica terapéutica -estudios de desmantelamiento- para determinar cuál es la que ejerce mayor impacto en el cambio terapéutico y diseñar una nueva intervención holística que contemple tanto al individuo como a su entorno organizacional.

Los primeros resultados son alentadores, por lo que en caso de obtener resultados positivos en las subsiguientes investigaciones, se recomienda la posibilidad de invertir en un programa de inoculación de estrés dentro del programa formativo de cualquier organización. De esta forma, se actuaría tanto a nivel de prevención como a nivel de intervención, reduciéndose notablemente los altos niveles de estrés laboral de los trabajadores, lo cual impactaría de forma muy positiva en relación a la satisfacción laboral y, por ende, en la productividad y eficacia organizacional.

REFERENCIAS

- Almodóvar Molina, A., de la Orden Rivera, M.V., Fraile Cantalejo, A.; Lara Mendaza, J.M.; Nogareda Cuixart, C., Pinilla García, F.J.; Villar Fernández, M.F. y Zimmermann Verdejo, M. (2003). *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Asociación de Psiquiatría Americana, APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª Edición Revisada). DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Bados López, A. (2009). Trastorno por estrés agudo. *Trastorno por estrés postraumático*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R.A. y Garbin, M.C. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77–100.
- Ben-Bakr, K. A., Al-Shammari, I. S., y Jefri, O. A. (1995). Occupational stress in different organizations. *Journal of Managerial Psychology*, 10(5), 24-28.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- Burns, D. (2006). *Adiós, ansiedad*. Barcelona: Paidós.
- Cannon, W.B. (1914). The interrelations of emotions as suggested by recent physiological researchers. *American Journal of Psychology*, 25, 256-282.
- Cannon, W.B. (1939). *The wisdom of the body*. New York: W. W. Norton.
- Cano Vindel, A. (2002). *Estrés laboral*. SEAS (Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y Estrés). Obtenido de:
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estres_lab/index.htm

- Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17, 73-95.
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E. y Wood, C.M. (2011). Fármacos antiestrés. *Boletín de la SEAS*, 35, 7-24.
- Carrobbles, J.A., Caballo, V. E. y Buela-Casal, G. (1996). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S, Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-15.
- Chambless, D. L., Caputo, C., Bright, P., y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Cooper, C.L. y Dewe, P. (2004). *Stress. A brief history*. UK: Blackwell Publishing.
- Cooper, C.L. y Payne, R. (1988). *Causes, coping and consequences of stress at work*. Great Britain: Wilwy series on studies in occupational stress.
- Cox, T. (1978). *Stress*. Nueva York: MacMillan.
- Cox, T., Griffiths, A. y Rial-González, E. (2005). *Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo*. Luxemburgo: Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, Unión Europea.

- Cox, T. y Rial-González, E. (2002). El estrés laboral: panorámica europea. En EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2002). *Trabajemos contra el estrés. Campaign guide*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Cranny, C.J., Smith, P.C. y Stone, E. F. (1992). *Job satisfaction: how people feel about their jobs and how it affects their performance*. Nueva York: Lexington Books.
- Crespo, M. y Labrador, F.J. (2003). *Estrés. Guías de intervención en psicología clínica*. Madrid: Síntesis.
- Espino Granado, A. (2007). Delimitación de los efectos clínicos derivados de las condiciones productoras de estrés laboral detectados en salud mental. *Ministerio de Trabajo e Inmigración. Gobierno de España*. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119800.pdf>
- Espino Granado, A. (2012). *Vida laboral, estrés y salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA (2014). *Managing stress and psychosocial risks at work. Campaign guide*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (2ª ed.). Madrid: Síntesis.
- French, J. R. P., Rogers, W., y Cobb, S. (1974). A model of person-environment fit. In: G. W. Coelho, D. A. Hamburg, y J. E. Adams (eds) *Coping and Adaptation*. Basic Books, New York.

- Gascón, S., Olmedo, M., Ciccotelli, H. (2003). La prevención del burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 55-66.
- Grupo de Integración de Asignaturas Metodológicas en un Estándar Docente, GIAMED (2002). Control de la ansiedad en un contexto laboral mediante el entrenamiento en inoculación de estrés. *Caso 3*, 29-38. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Gismero, E. (2000). *EHS. Escala de habilidades sociales*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gómez Sanabria, A., Lupiani Giménez, M., Gala León, F. J. y Guillén Gestoso, C. (2003). Intervención y prevención del estrés laboral. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicósomática*, 24(2), 22-31.
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Heber, E., Ebert, D.D., Lehr, D., Nobis, S., Berking, M. y Riper, H. (2013). Efficacy and cost-effectiveness of a web-based and mobile stress-management intervention for employees: design of a randomized controlled trial. Obtenido de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/655>
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.

- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mae Wood, C., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., Dongil, E. y Martín Salguero, J. (2010). Relaciones entre estrés, tabaco y trastorno de pánico. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3), 309-325.
- Magán, I., Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2008). Psychometric Properties of a Spanish Version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in General Population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 626-640.
- Martínez Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*, 20, 165-193.
- Mcgrath, J. E. (1970). A conceptual formulation for research on stress. En McGrath, J. E. (1970). *Social and psychological factors in stress*, 10-21. Nueva York: Holt Rinehart y Winston,
- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Meichembaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Montero, I. y León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 503-508.
- Muñoz, M. y Pérez, E. (1997). Eficacia del entrenamiento en inoculación de estrés en el control de la ansiedad. *Ansiedad y estrés*, 3, 225-244.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Lifestyle*. Ginebra (Suiza): World Health Organization.
- Peiró, J. M. (2000). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide.

- Peña, D. y Montaña, M. (2009). Estrés y Afrontamiento: Técnicas Cognitivas II. En Peña, D. y Montaña, M.: *Máster en Terapia de Conducta y Salud. Unidades 2 y 3: Evaluación e Intervención en Problemas Clínicos*. Oviedo: Grupo SM Psicólogos.
- Richardson, K. y Rothstein, H. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology, 13*(1), 69-93.
- Ross, R. R. y Altmaier, E.M. (1994). *Intervention in occupational stress*. Great Britain: Sage Publications.
- Salinas, D. (2012). *Prevención y afrontamiento del estrés laboral*. Madrid: Editorial CCS.
- Sandín B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds). *Manual de Psicopatología, 2*, 3-52. Madrid: McGraw-Hill.
- Sapolsky, R.M. (1998). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés*. Madrid: Alianza Editorial.
- Saunders, T., Driskell, J.E., Johnson, J.H. y Salas, E. (1996). The effect of stress inoculation training on anxiety and performance. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*, 170-186.
- Segura, M., Sánchez, P., y Barbado, P. (1995). *Análisis funcional de la conducta. Modelo Explicativo* (2a Ed.). Granada: Universidad de Granada.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill Book Co.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Cía. Gral. Fabril.
- Selye, H. (1983). The stress concept. Past, present and future. En C.L. Cooper, (Ed.), *Stress research*, 1-20. Nueva York: Wiley.

- Sharpley, C. F., Reynolds, R., Acosta, A. y Dua, J. K., (1996). The presence, nature and effects of job stress on physical and psychological health at a large Australian university. *Journal of Educational Administration*, 34(4), 73-86.
- Shirom, A. (2003). The effects of work stress on health. En M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst y C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology*, 63-83. Nueva York: Wiley, Hoboken.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2011). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (8ª ed. rev). Madrid: TEA.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y salud*, 8, 403-422.
- Wolff, H.G. (1953). *Stress and disease*. Springfield III: Charles G. Thomas.
- Woody, S.R. y Sanderson, W.C. (1998). Manuals for empirically supported treatments: 1998 Update. *The Clinical Psychologist*, 51, 17-21.
- Zetterqvist, K., Maanmies, J., Ström, L. y Andersson, G. (2003). Randomized controlled trial of internet-based stress management. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 151-160.