

Eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en la ansiedad de evaluación

FUENTE: INTERPSIQUIS. 2001; (2)

R. Revuelto Mozas* e **I. Iruarrizaga****.

*Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés. Universidad Complutense de Madrid, España.

**Dpto. Psicología Básica II. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, España.

Comunicación presentada en el II Congreso Virtual de Psiquiatría

Interpsiquis 2001
1 Febrero - 7 Marzo 2001

<http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2438>

[caso clínico] [13/2/2001]

Resumen

La ansiedad social es normal e incluso útil porque es una motivación adaptativa que permite comportarse a los seres humanos adecuadamente ante relaciones interpersonales nuevas o importantes (Echeburúa, 1993). Sin embargo cuando la persona con niveles altos de ansiedad se siente valorada, criticada o rechazada en estas situaciones e interpreta como negativas las valoraciones que los demás hacen o cree que hacen de ella, nos encontramos ante la ansiedad de evaluación.

Se presenta el caso de una mujer de 49 años, que solicita tratamiento a través de un programa de intervención psicológica para la reducción de peso. La paciente refiere altos niveles de ansiedad.

Para la evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos: entrevista clínica, Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA- (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988,1994), el Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo/Estado –STAXI- (Miguel Tobal, Cano Vindel, Casado Morales y Spielberger, C.D. 2000), el Inventario de Solución de problemas –ISAP- (Miguel Tobal y Casado Morales, 1992), autorregistros, etc.

Los resultados de la evaluación mostraron niveles muy altos de ansiedad en todos los sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), sobre todo en situaciones donde la persona se siente evaluada.

El tratamiento que se desarrolla durante 16 sesiones, con periodicidad semanal, está dirigido principalmente a disminuir los niveles de ansiedad, así como incrementar y mejorar las estrategias de afrontamiento en las situaciones sociales.

Este trabajo presenta: análisis funcional de las conductas problema, objetivos planteados y técnicas de tratamiento utilizadas, obteniendo resultados significativos en la disminución de respuestas de

ansiedad, en el índice de expresión de ira, así como en la adquisición de nuevas estrategias a emplear en situaciones de interacción social.

Introducción

La ansiedad, en sentido genérico, es una emoción o un afecto, pero además también se trata de un drive biológico básico, como puede serlo el hambre o la sed (Tyrer, 1982). Aparece como una señal de peligro ante cualquier eventualidad que amenace la identidad y/ o la integridad del yo o que sea interpretada por el sujeto como tal amenaza (Vallejo 1985). Vista en un contexto evolutivo, la ansiedad es la reacción adaptativa de urgencia ante los peligros inmediatos, aportando al individuo las máximas capacidades para sobrevivir, usualmente por mecanismos de lucha o de huida (Klein y cols., 1984). La ansiedad consiste, por tanto, en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado de alerta y activación generalizado, susceptible de ser modificado mediante diferentes técnicas psicológicas. Un análisis riguroso del problema de cada sujeto, nos permitirá adoptar una estrategia concreta de tratamiento, así como intervenir en el aprendizaje de conductas más adaptativas.

Motivo de consulta y comportamiento durante la exploración

La paciente acude a consulta a través del "Programa de Intervención cognitivo-conductual para reducir peso", llevado a cabo en el C.I.S. de Villaverde, solicitando la posibilidad de recibir asistencia individualizada porque se encontraba muy nerviosa, y con mucha presión en el pecho.

En dicho programa se estaban utilizando técnicas de Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson, Entrenamiento de Respiración Abdominal, Reestructuración cognitiva, Técnica de Solución de Problemas y Técnicas de control de Ira, por lo que la paciente ya poseía algunas estrategias y tan solo sería necesario intervenir más específicamente y profundizar en alguna de ellas.

En todo momento se muestra muy colaboradora, y comenta que está dispuesta a hacer lo que sea para encontrarse bien.

Breve historia

La paciente se queda embarazada con 17 años de un hombre casado, y presionada por la familia materna tiene que dejar a su hijo, recién nacido, en la casa-cuna. Al año intenta recuperarlo, dado lo mal que ella se sentía por su forma de actuar, y fue imposible recuperarlo, el niño había sido adoptado y no pudo obtener información de la familia que había llevado a cabo la adopción. Desde entonces, se siente presionada e infravalorada por su familia materna, que cuestiona todas sus actuaciones.

La relación con sus padres considera que es buena, aunque su madre, se deja guiar por la familia de origen. Es hija única y esta sobreprotegida. No la dejan estudiar lo que le gusta y tampoco trabajar fuera de casa. Su relación social se remite a la familia y a una amiga de la infancia.

Conoce al que hoy es su marido y tras 6 meses de relaciones se casa a los 25 años, actualmente tiene una hija de 24 años. Además de su marido y su hija, conviven con ella sus padres, de 79 y 76 años de edad. Su madre ha sufrido 5 isquemias cerebrales y no se vale por si misma. Su padre en el último año le detectaron un cáncer de piel en la mano, del cual parece haberse curado.

Evaluación

Los métodos de recogida de información empleados han sido:

1. Cuestionario biográfico de Cautela.
2. Entrevista.
3. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –I.S.R:A- (Miguel Tobal y Cano Vindel,1986,1988,1994).
4. Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo/ Estado -STAXI- (Miguel Tobal, Cano Vindel, Casado Morales y Spielberguer, C.D. 2000).
5. Inventario de Solución de problemas –ISAP- (Miguel Tobal y Casado Morales,1992).
6. Inventario de Depresión de Beck –BDI- (Beck et al., 1961, 1974).
7. Autorregistros.

1.- Cuestionario biográfico.

a) Datos clínicos.

La paciente describe como principal problema su nerviosismo, estar cada día más sensible y estresada, se manifiesta en cada uno de los tres sistemas de respuesta: cognitivo (dificultad para concentrarse, dificultad para relajarse, sentimientos de soledad, sentimientos de inferioridad,...), fisiológico (dolores de estómago, tensión muscular, palpitaciones, hinchazón y picor de cuerpo,..)y motor (moverse y hacer cosas sin una finalidad concreta, comer en demasía, problemas sexuales,...).

b) Antecedentes personales.

No presenta signos patológicos durante la infancia. Las enfermedades padecidas en su infancia son: tosferina, sarampión, problemas de oídos y sinusitis. A los 9 años fue operada de amigdalitis, a los 12 de apendicitis, a los 32 de nódulos en las cuerdas vocales y a los 36 de la vesícula.

Posee una buena capacidad intelectual, aunque solo pudo estudiar hasta Bachiller Elemental debido a que su padre no la dejaba estudiar.

Sus relaciones sociales durante la infancia y la adolescencia son escasas pero buenas.

c) Actualmente.

No presenta hábitos tóxicos. No trabaja fuera de casa, pero realizó cursos de manualidades, alcanzando nivel superior y está pensando que si pudiera algún día la gustaría dedicar su tiempo a ello.

Sus actividades de ocio son: leer, hacer manualidades y entrar en internet.

Sus amistades se reducen a unos primos de su marido, con los que sale de vez en cuando. Tiene problemas con algunos miembros de su familia (materna) y desde hace tiempo con la familia de su marido (cuñados) con los que ha dejado de tener relación.

Por lo que respecta a su autodescripción, se describe como una persona que tiene muchos miedos a causa de las circunstancias vividas, se considera amiga de sus amigos siempre que vea en ellos sinceridad, también cree que es buena esposa y madre.

Tiene pensamientos negativos respecto a lo que los demás piensan de ella y se siente evaluada en cualquier tipo de interacción social.

En el cuestionario biográfico no se detallan otros datos relevantes.

2.- Entrevista.

Se ha hecho hincapié en las cuestiones más relevantes de cara a la realización de un análisis funcional.

3.- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA- (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1989, 1994).

Dicho inventario fue administrado a través del “Programa de Intervención en reducción de peso”, el cual se llevaba a cabo paralelamente a la atención individual, complementándose ambos.

Las puntuación centil en ansiedad total o medida del Rasgo está entre 85 y 90. En cuanto a los sistemas de respuesta presentaba un perfil cuyos centiles a nivel cognitivo eran 70, fisiológico 90 y motor igual a 90. En las áreas situacionales o rasgos específicos presentaba un centil 90 en ansiedad de evaluación, 75 en ansiedad interpersonal, 54 en ansiedad fóbica y 94 en ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana. * (Ver gráfica en resultados).

Hemos de señalar que los resultados de ambos perfiles, coinciden con las manifestaciones de ansiedad indicadas por la paciente en el Cuestionario Biográfico y en las entrevistas.

4.- Inventario de Expresión de la Ira Rasgo/Estado -STAXI- (Miguel Tobal, Cano Vindel, Casado Morales y Spielberger, C.D. 2000).

La paciente puntúa más alto en Rasgo que en Estado de Ira con una puntuación de 18, obteniendo valores más altos en reacción que en temperamento; respecto a la escala de expresión de Ira sus puntuaciones son más altas en expresión/interna y en control/externo con una valores de 15 y 16 respectivamente. El índice de expresión de Ira corresponde a un valor de 34. *(Ver gráfica en resultados).

5.- Inventario de Solución de Problemas –ISAP- (Miguel Tobal y Casado Morales, 1992).

Respecto a la escala que mide Inseguridad-Confianza en sí mismo la paciente obtuvo una puntuación directa de 29, por lo que se encontraba en la media, ni confía excesivamente en lo que hace, ni tiene una total inseguridad en sí misma.

Por otra parte, presentaba una conducta impulsiva y rápida para tomar decisiones, inmediatez, apresuramiento,... etc.

No presentaba estrategias adecuadas de resolución de problemas y, su nivel total en lo que se refiere al afrontamiento de problemas es bajo respecto a la población general. *(Ver gráfica en resultados).

6.- Inventario de Depresión de Beck –BDI- (Beck et al . 1961, 1974).

Según el valor encontrado (BDI=9) en dicho inventario, no se presenta indicio de depresión.

7.- Autorregistros.

Se realizaron diariamente a partir del tercer día de consulta, con dos objetivos fundamentales:

- a) Obtener una valoración más exacta sobre las conductas problema, completándose así la información aportada por el Cuestionario Biográfico.
- b) El hecho de registrar diariamente las conductas problema, ayuda a la paciente a identificar la relación existente entre estas conductas, y los pensamientos y consecuencias que inciden en el mantenimiento de estas conductas-problema.

Autorregistro de pensamientos.

El objetivo fundamental de estos autorregistros fue el de evaluar los pensamientos automáticos que acompañaban a sus emociones negativas más intensas. El modelo básico que se siguió reflejaba la situación, los pensamientos, la emoción y la conducta que realizaba.

Una vez identificados los pensamientos negativos perfectamente, pasamos en sesiones posteriores a generar pensamientos positivos, alternativos a los anteriores.

Autorregistro de Relajación.

Dicho autorregistro fue entregado a través del “Programa en Intervención en reducción de peso”, al que asistió regularmente.

Se pretendió ver el desarrollo del entrenamiento comprobando el número y la calidad de los mismos. Se controlaba el día, hora, lugar, nivel de relajación, valorado de Nada a Mucho y dificultades respecto a la relajación.

En consulta se revisaba dicho autorregistro, con el fin de comprobar que la paciente hubiese asimilado la técnica adecuadamente. No presenta ninguna dificultad respecto a la técnica de relajación.

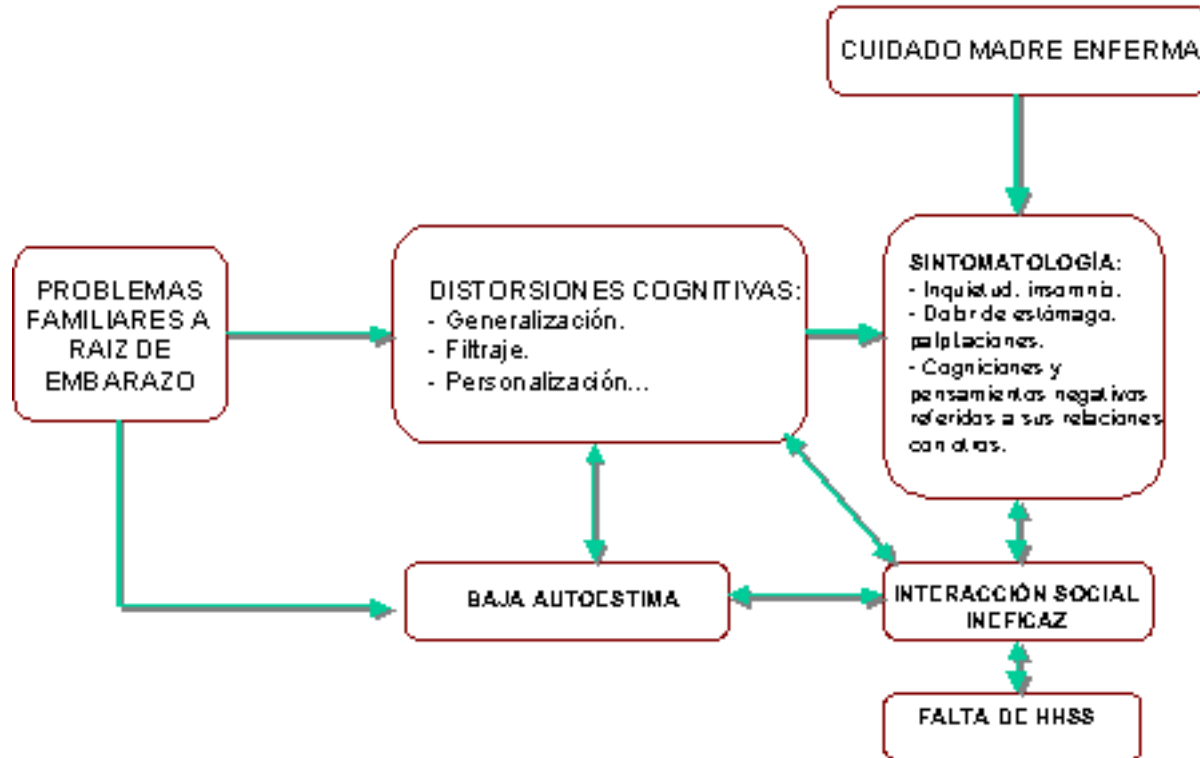
Principales conductas-problema

- **BAJA AUTOESTIMA** que se manifiesta con pensamientos negativos de escasa autovaloración, a partir de lo que cree que los demás piensan de Ella. Como por ejemplo:
“no me siento bien conmigo misma”
“¿por qué voy a preocuparme por nadie, si nadie se preocupa por mí?”.
 - **ALTOS NIVELES DE ANSIEDAD** : Presenta sintomatología ansiosa, manifestada como inquietud, intranquilidad , palpitaciones, presión en el pecho, insomnio,...etc
 - **ESTRATEGIAS INADECUADAS EN LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.**
- La paciente realiza un inadecuado afrontamiento hacia los problemas con tendencia a realizar conductas impulsivas.
- **FALTA DE HABILIDADES SOCIALES** : Tiene grandes dificultades a la hora de resolver un problema con otra persona, por su tendencia a valorar las situaciones de interacción social como amenazantes y negativas.

Hipótesis explicativas

El embarazo a los 17 años y la presión familiar para dejar a su hijo, fueron desencadenantes de problemas en la paciente, que comenzó a cuestionar su propia estima debido, a la evaluación que los demás hacían de ella.

Todas estas variables contribuyeron a que se produjeran pensamientos negativos (filtraje, generalización, inferencia,..) llevando a cabo una valoración negativa de sí misma y de las demás personas. Como consecuencia se produce una reacción emocional caracterizada fundamentalmente por dificultad para concentrarse, inquietud, palpitaciones, dolores de estómago, cogniciones y pensamientos negativos ,que se ven agravados por el cuidado de su madre enferma , después de 5 isquemias cerebrales. Los pensamientos negativos sobre los demás contribuyen a una valoración amenazante de las situaciones de interacción personal, esto unido a la falta de habilidades para manejar situaciones conflictivas, le provoca una disminución de su autoestima.



Objetivos y tratamientos

Las principales técnicas empleadas para conseguir los objetivos terapéuticos propuestos se resumen en:

OBJETIVOS	TÉCNICAS
Disminuir niveles de activación fisiológica.	- Entrenamiento en respiración abdominal. - Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.
Mejorar autoestima	- Reestructuración Cognitiva - Modificación de atribuciones de causalidad.
Disminuir intensidad y frecuencia de pensamientos negativos.	- Reestructuración Cognitiva - Autorregistros.
Dotar a M.C. de estrategias de afrontamiento de solución de problemas. Dotar a M.C. de nuevas estrategias de afrontamiento en las situaciones sociales problemáticas.	- Técnica de Solución de Problemas. - Tareas para casa. - Entrenamiento en Habilidades Sociales.
Aumentar la frecuencia de conductas positivas de carácter reforzante.	- Fomentar actividades alternativas de carácter reforzante.

A) Entrega de información sobre el diagnóstico, el modelo explicativo y objetivos a conseguir.

B) Reestructuración cognitiva: Dirigida a identificar pensamientos negativos relativos a la valoración que las demás personas hacen de ella, y sustituir estos pensamientos por otros más adaptativos, que generasen en última instancia respuestas emocionales positivas y conductas adecuadas, intentando con ello cambiar su forma de interpretar las situaciones de interrelación personal, logrando mejorar así su propia autoestima. Alguno de los pensamientos deformados que la paciente presentaba de forma continua era su persistente reinterpretación del pensamiento de los demás, visión catastrófica, filtraje, generalización,...,esto hizo que la técnica se encaminase hacia continuas reinterpretaciones más realistas y racionales.

Los autorregistros fueron de gran utilidad para identificar sus pensamientos negativos, ya que la paciente no era consciente de ellos, para esto se utilizó un autorregistro donde ella tenía que identificar situación, pensamiento, emoción y conducta. Cuando consiguió aprender a identificar este tipo de pensamiento, se pasó a otro autorregistro en el que se cambiaba este pensamiento por otro pensamiento más positivo, reflejando también su forma de actuar y que tipo de emoción sentía. La paciente tuvo problemas en la asimilación de la técnica en un principio, necesitando tres sesiones para una completa comprensión. Una vez finalizado el entrenamiento, el resultado de la técnica fue un éxito.

C) Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.

Debido a que dicha técnica fue llevada a cabo por la paciente a través del “Programa de reducción de peso”, en atención individual solamente se realizó un recordatorio de la misma.

D) Técnica de Respiración Abdominal.

Debido a que dicha técnica fue llevada a cabo por la paciente en el “Programa de reducción de peso”, en atención individual solamente se realizó un recordatorio de la misma.

E) Técnica de Solución de Problemas.

Mediante esta técnica se pretendía aumentar la eficacia de su forma de resolver problemas actuales y futuros, así como la reducción de las posibles respuestas emocionales asociadas a estos. Se trabajó con problemas planteados por la paciente en consulta como por ejemplo el no poder disponer de tiempo libre por tener que atender a su madre enferma, se utilizaron las fases de la técnica de resolución de problemas llegando a la conclusión de que otra persona externa a la familia, podría hacerse cargo de la abuela algunas horas a la semana y así la paciente podría tener más tiempo libre. El resultado de la técnica fue todo un éxito, ya que logró poner en marcha algunas de las soluciones que se obtuvieron en la consulta.

F) Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Se utiliza esta técnica para fomentar interacciones positivas con su entorno social. Se trabaja sobre todo en “dar y recibir críticas” ya que la paciente no sabía aceptar críticas y lo ve todo como una amenaza a su persona.

También se trabajó otros como “dar y recibir cumplidos” dado que la paciente se sentía incapaz de hacer cumplidos a los demás, debido al pensamiento que acerca de los demás.

G) Fomentar actividades alternativas de carácter reforzante.

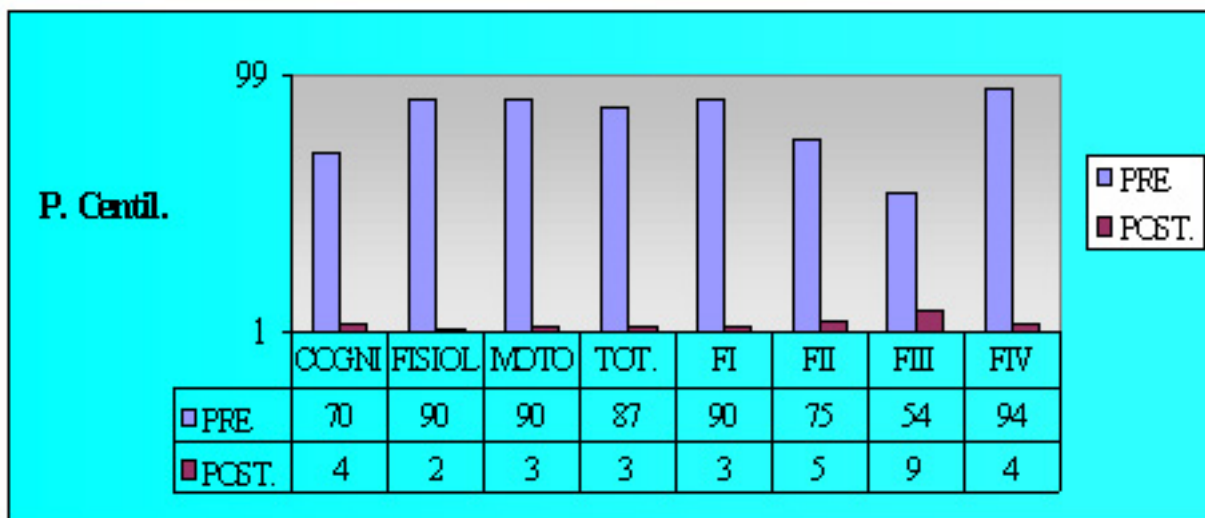
Una vez analizadas las actividades que más refuerzan a la paciente y paralelamente a la técnica de Reestructuración cognitiva se la motivó para que realizara conductas alternativas como:

- Intentar realizar alguna actividad fuera de su casa, relacionada con algún tema que la interese. A raíz de esto la paciente está pensando en la posible apertura de una tienda de manualidades para impartir cursos, dado el alto grado de conocimientos que tiene en manualidades.
- Realizar salidas de ocio : cine, teatro, exposiciones,...
- Realizar más ejercicio físico.
- Dedicar más tiempo a la lectura.

Resultados

Los resultados obtenidos son los siguientes:

-Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel,1986 1988,1994). Evaluación pre y post.



En la evaluación pre-tratamiento, en cuanto a sistemas de respuesta la paciente presentaba ansiedad marcada a nivel cognitivo y ansiedad severa a nivel fisiológico y motor, así como en ansiedad total (Rasgo).

En la evaluación post-tratamiento se observa un descenso importante en todos los niveles de ansiedad, que es corroborado por las continuas verbalizaciones que realiza la paciente en consulta.

En los rasgos específicos presentaba niveles de ansiedad severa ante situaciones de evaluación y ante situaciones de la vida cotidiana, siendo sus niveles de ansiedad moderada a marcada en ansiedad interpersonal y fóbica.

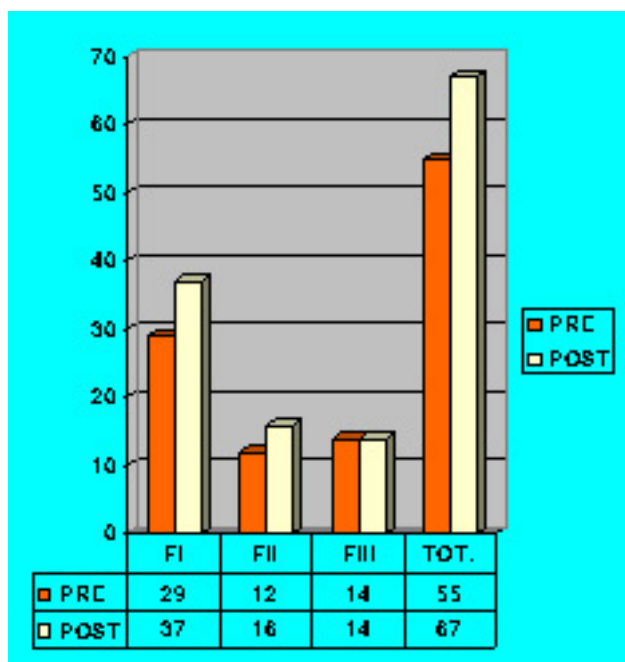
Al igual que en los sistemas de respuestas, en lo que a los rasgos específicos se refiere han descendido todos sus niveles a ansiedad mínima o ausencia de ansiedad.

-STAXI- Inventario de Expresión de Ira Rasgo/Estado (Miguel Tobal, Cano Vindel, Casado Morales, y Spielberger, C.D, 2000).

OBJETIVOS

TÉCNICAS

Disminuir niveles de activación fisiológica.	- Entrenamiento en respiración abdominal. - Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.
Mejorar autoestima	- Reestructuración Cognitiva - Modificación de atribuciones de causalidad.
Disminuir intensidad y frecuencia de pensamientos negativos.	- Reestructuración Cognitiva - Autorregistros.
Dotar a M.C. de estrategias de afrontamiento de solución de problemas. Dotar a M.C. de nuevas estrategias de afrontamiento en las situaciones sociales problemáticas.	- Técnica de Solución de Problemas. - Tareas para casa. - Entrenamiento en Habilidades Sociales.
Aumentar la frecuencia de conductas positivas de carácter reforzante.	- Fomentar actividades alternativas de carácter reforzante.



Según los datos obtenidos en dicho cuestionario, se ha podido comprobar, un descenso en lo que a Rasgo de Ira se refiere, aumentando en Estado de Ira. Bajan sus puntuaciones respecto a expresión de la Ira y demuestra mayor Control de Ira, siendo mayor la interna. Respecto al índice de expresión de ira ha bajado significativamente de una puntuación de 34 a una de 9.

-ISAP- Inventario de Solución de Problemas (Miguel Tobal y Casado Morales,1992).

Se aprecia un cambio significativo en FI (confianza-inseguridad en si mismo), obteniendo una puntuación más alta que confirma el aumento de confianza en si misma. También podemos comprobar una tendencia a aumentar la reflexividad en la resolución de problemas (FII); así como

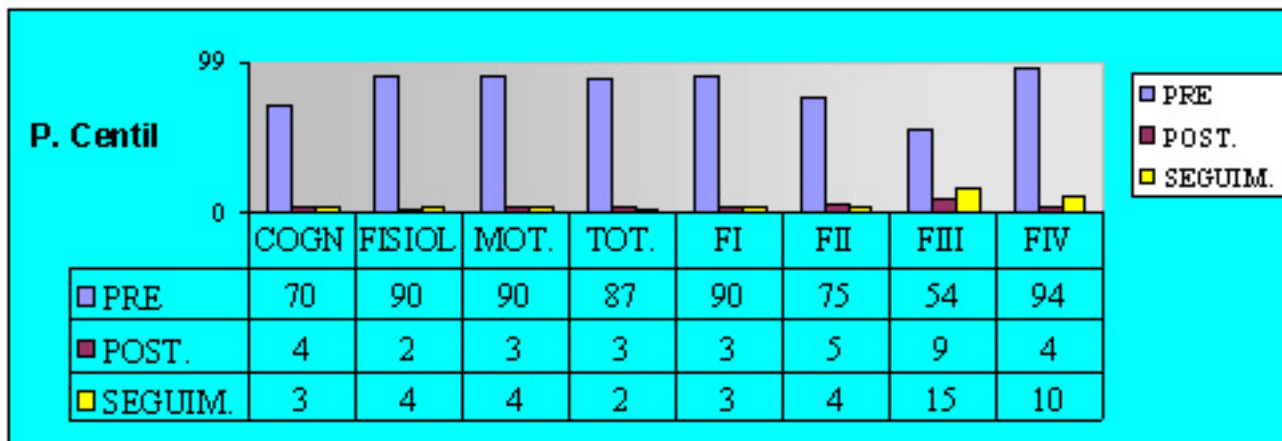
si estimamos la puntuación total como el nivel general de resolución de problemas, podemos observar que la paciente obtiene una puntuación por encima de la media, que es de 63. Como conclusión decir, que los resultados obtenidos concuerdan con el estado de ánimo de la paciente, ya que ésta ha mejorado considerablemente su autoestima, encontrándose altamente motivada y con muchas ganas de hacer cosas nuevas. Por otra parte casi todos lo objetivos propuestos se han ido consiguiendo desde reducir su activación fisiológica a encontrarse mejor en situaciones de interacción social, donde cada vez con menos frecuencia , piensa que los demás la están evaluando.

Inventario de Depresión de Beck –BDI (Beck et al., 1961,1974). La puntuación obtenida en la evaluación postratamiento, confirma la obtenida anteriormente e incluso es más baja (BDI=2) como era de suponer, ya que no se habían encontrado indicios de depresión. Se prevé llevar a cabo un

seguimiento de la paciente a los tres meses, a los 6 meses y al año.

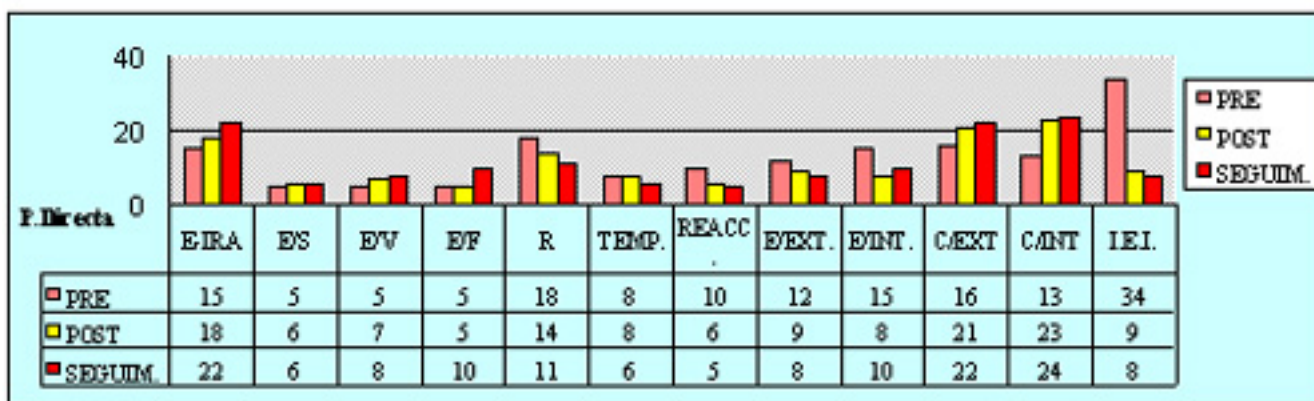
Seguimiento

El seguimiento realizado a los 3 meses de finalizar el tratamiento nos muestra los siguientes datos: Inventario de situaciones y respuestas de Ansiedad –ISRA(Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986,1988,1994).



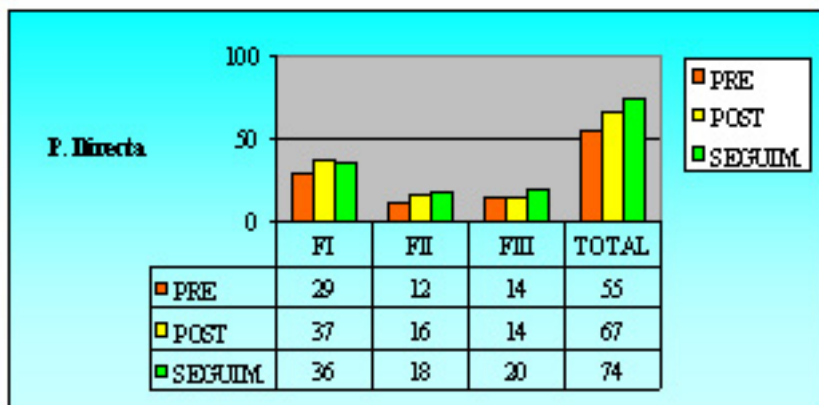
Se puede observar que se mantienen las puntuaciones obtenidas en la evaluación postratamiento, a excepción de FIII (Ansiedad Fóbica) y FIV (Ansiedad ante la vida cotidiana) que aumentan, aunque se siguen manteniendo en valores mínimos de ansiedad o ausencia de la misma.

Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo/Estado –STAXI-2 (Spielberger 1999, Versión española Miguel Tobal y Casado Morales, 2000).



Las puntuaciones obtenidas en la evaluación del primer seguimiento (3 meses), se mantienen e incluso mejoran a las de la evaluación postratamiento.

Inventario de Solución de Problemas –ISAP (Miguel Tobal y Casado Morales, 1992).



Como se puede comprobar la paciente mantiene e incluso mejora los resultados obtenidos en el postratamiento en todas las escalas, aumentando su nivel general de resolución de problemas por encima de la media que es 63.

Se puede destacar como importante su tendencia a reflexionar ante un problema, muy al contrario de antes de iniciar el tratamiento, que presentaba conductas impulsivas (FII).

Inventario de Depresión de Beck –BDI (Beck et al., 1961,1974).

Los resultados obtenidos en dicho inventario confirman los obtenidos en las anteriores evaluaciones, ausencia de depresión. La puntuación obtenida es de 3.

Referencias bibliográficas

- Amutio Careaga, A.(1999): Teoría y práctica de la relajación. Un nuevo sistema de entrenamiento. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Beck et al (1961, 1974): Inventario de Depresión de Beck –BDI.
- Caballo, V.E., Andrés, V. Y Bas, F. (1997) Fobia Social. En V.E Caballo (ed.):Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: Siglo XXI. Vol. I.
- Crespo, M y Larroy C (1998):Técnicas de Modificación de Conducta: Guía Práctica y Ejercicios. Dykinson.
- Echeburúa, E(1993):Fobia Social. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E(1993):Ansiedad Crónica: Evaluación y Tratamiento. Madrid: Eudema.
- Echeburúa, E(1995).Evaluación y Tratamiento de la Fobia Social. Barcelona: Martínez Roca.
- Miguel Tobal, JJ y Cano Vindel, A (1986,1988,1994): Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Miguel Tobal, J.J, Cano Vindel, A, Casado Morales, I y Spielberger, C.D. (2000): Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo/Estado –STAXI –2. Madrid : TEA Ediciones S.A.
- Miguel Tobal, JJ y Casado Morales, I (1992): Inventario de Solución de Problemas – ISAP. Madrid: TEA Ediciones S.A.