



**Universidad
Europea** MADRID

Un Caso de Ansiedad Laboral y Procrastinación: Intervención Psicológica Basada en el Análisis Funcional

Máster de Psicología General Sanitaria

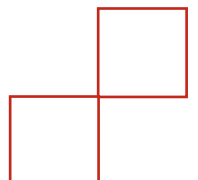
Autora
Amalie Akerø Hylland

Tutoras
Concepción Serrador Díez
Miriam Rocha Díaz

28.02.2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Agradecimientos

Me gustaría dar las gracias a Jorge Barreno por su apoyo y ayuda con el idioma, así como por las reflexiones compartidas acerca de contenido técnico. A mis tutoras Miriam Rocha y Dr. Concepción Serrador por su *feedback* y apoyo en el desarrollo del estudio. Finalmente, quiero agradecerle a ITEMA el acceso a las grabaciones del caso para la realización del estudio.

Resumen

La ansiedad y el estrés en el ámbito laboral están aumentando en la actualidad, y una estrategia frecuente usada para su manejo es la procrastinación. La ansiedad laboral y la procrastinación pueden resultar en consecuencias desagradables para la persona e incluso su trabajo. Existen varios manuales y protocolos de intervención para su tratamiento, sin embargo, el uso de análisis funcional ha sido identificado como una herramienta eficaz en la formulación clínica para la realización de una intervención personalizada adaptada al problema presentado por la persona, que aporta una explicación científica sobre el comportamiento. En este estudio de caso único se presenta un varón con altos niveles de ansiedad en el ámbito laboral que hace uso de la procrastinación como estrategia de manejo, que acude a terapia psicológica en un centro privado en Madrid. Se realizó un análisis funcional de sus conductas problema a través de entrevistas clínicas, autorregistros y un cuestionario semi-estructurado de su historia biográfica. También se describió en detalle el proceso de evaluación, el desarrollo de objetivos terapéuticos, el diseño de un tratamiento individualizado y las técnicas usadas y su procedimiento. La intervención tuvo una duración de 8 sesiones en total con una evaluación continua de las conductas problema. Al final de la intervención, se observó una disminución importante en las conductas problema, tales como la ansiedad ante estímulos del trabajo o la evitación del cumplimiento de las tareas laborales. Se considera que la intervención ha sido exitosa, con el análisis funcional como una herramienta imprescindible para su consecución.

Palabras clave: Análisis funcional, ansiedad laboral, estudio de caso único, intervención conductual, procrastinación

Abstract

Anxiety and stress in the workplace are currently increasing, and procrastination has been a frequently used strategy in order to manage it. Occupational anxiety and procrastination can result in aversive consequences for the person itself and their organisation. It has been developed several manuals and intervention protocols for treating these types of problems, however, the use of functional analysis has been identified as a very effective tool in a clinical formulation for carrying out a personalised intervention adapted to the problem presented by the person. This single case study presents a man with high levels of anxiety in the workplace with the use of procrastination as a coping strategy, who sought psychological therapy in a private centre in Madrid. A functional analysis of his problem behaviours was carried out by the means of clinical interviews, self-reports, and a semi-structured questionnaire of biographical history, describing in detail the evaluation process, the development of therapeutic objectives and the design of an individualised treatment, the techniques used and its procedure. The intervention had a total of 8 sessions, always including a continuous evaluation of the problem behaviours. At the end of the intervention, a significant decrease in the problem behaviours was observed, such as in anxious responses to stimuli associated with the workplace, and the avoidance behaviours of completing work assignments. The study considers the psychological intervention to have been successful, with the use of functional analysis as an essential tool for its achievement.

Keywords: Behavioural intervention, functional analysis, occupational anxiety, procrastination, single case study

Índice

1. Introducción	7
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	13
3. Estrategias de Evaluación.....	14
4. Formulación clínica del caso.....	17
4.1. Variables disposicionales	17
4.1.1. Variables a nivel del entorno	17
4.1.2. Variables a nivel de la persona	18
4.1.3. Factores de protección	19
4.1. Hipótesis de origen y mantenimiento.....	19
5. Objetivos y técnicas	26
6. Tratamiento	29
6.1. Habilidades terapéuticas	36
7. Valoración del tratamiento	38
8. Discusión y conclusiones	42
9. Referencias bibliográficas.....	46

Índice de Tablas

Tabla 1: Ejemplo de un segmento de reestructuración en sesión	35
Tabla 2: Ejemplos de verbalizaciones del usuario antes y después el tratamiento.....	40

Índice de Figuras

Figura 1: Autorregistro	16
Figura 2: Cadena clásica y operante de la hipótesis de origen y mantenimiento de las conductas de procrastinación.....	22
Figura 3: Variables disposicionales importantes para la secuencia funcional en Figura 2	23
Figura 4: Cadena clásica y operante de la hipótesis de origen y mantenimiento de los pensamientos rumiativos	24
Figura 5: Variables disposicionales importantes para la secuencia funcional.....	25
Figura 6: Autorregistro de reestructuración de pensamientos inadecuados	34

1. Introducción

Los trastornos de ansiedad presentan altos índices de prevalencia en la actualidad (Baxter et al., 2013; Kessler et al., 2005). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 3.6% de la población presenta problemas de ansiedad (OMS, 2017) y existe evidencia reciente de que dicha prevalencia puede haber aumentado debido a la pandemia por COVID-19 (Twenge & Joiner, 2020).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5; American Psychiatric Association [APA] et al., 2013), los diversos trastornos se pueden categorizar dependiendo de las situaciones en las que ocurre la respuesta ansiosa, que a su vez puede manifestarse con una morfología muy variada. Para que una persona sea diagnosticada, es necesario que se cumplan los criterios pertinentes, así como un deterioro en la funcionalidad cotidiana del individuo. Síntomas comunes de la ansiedad incluyen alta activación e inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, sueño perturbado y falta de concentración. Sin embargo, las conductas a las que hacen referencia estos conceptos pueden ser también muy variadas y cumplir funciones distintas dependiendo del individuo y de su contexto. Existe evidencia de que la ansiedad y el estrés están actualmente aumentando en el ámbito laboral (Rigó et al., 2021), y especialmente en trabajos administrativos o de oficina (Hammer & Ferrari, 2002). La ansiedad y el estrés laboral aparecen cuando los factores relacionados con el trabajo provocan respuestas de carácter desagradable que afectan significativamente al funcionamiento diario del trabajador (Richardson & Rothstein, 2008). Del mismo modo, se ha sugerido que una alta presión laboral correlaciona con angustia y malestar psicológico (Bourbonnais et al., 1996).

Una conducta frecuente en los casos de ansiedad laboral es la procrastinación (Prem et al., 2018). Habitualmente, en la literatura científica se ha entendido la procrastinación como una forma errónea de autorregulación caracterizada por la demora innecesaria de tareas, independientemente de las consecuencias negativas que se puedan derivar de posponer esas demandas (Steel, 2007). Por su parte, la procrastinación en el ámbito laboral ha sido definida como la demora de acciones relacionadas con el trabajo al participar en acciones no relacionadas con el mismo, sin la intención de perjudicar a ninguno de los miembros del lugar de trabajo o al usuario (Metin et al., 2016). Las

conductas de procrastinación han sido bien estudiadas en el ámbito académico (Steel, 2007), sin embargo, los estudios sobre procrastinación y su tratamiento en el ámbito laboral han sido escasos (Prem et al., 2018). Algunos autores sugieren que los empleados usan un intervalo medio de tiempo de 90-180 minutos de su horario laboral para realizar otras actividades que no se corresponden con sus tareas del trabajo, y estiman que hay una pérdida anual de aproximadamente \$8 875 como consecuencia (D'Abate & Eddy, 2007; Paulsen, 2015).

Las personas suelen conceptualizar la procrastinación como algo problemático que les gustaría reducir; existe un número considerable de variables contextuales y personales que influyen en ese tipo de conducta (Steel, 2007). En diversos estudios se puede apreciar que la demora de actividades se mantiene porque las conductas de procrastinación permiten al individuo escapar rápidamente de la realización de tareas aversivas. Así, cuanto más aversivo es un estímulo, más probable es que uno evite o demore el ponerse en contacto con dicho estímulo, aunque esta demora pueda resultar en consecuencias más desagradables en el futuro. En la procrastinación también influyen factores situacionales, como por ejemplo un *feedback* limitado por parte de compañeros y supervisores, así como tareas poco significativas, ambos factores asociados con altos niveles de estrés (Metin et al., 2020). Además, los estudios sugieren que existen ciertas variables de la persona implicadas en la procrastinación, como son: la presencia de creencias irracionales y baja autoestima, altos niveles de ansiedad, miedo al fracaso, perfeccionismo y alta preocupación por recibir quejas (Steel, 2007; van Eerde, 2003). En resumen, pese a que las conductas de procrastinación provocan un alivio inmediato del malestar, a largo plazo conllevan una serie de consecuencias negativas: el individuo puede sentirse abrumado por el exceso de tareas acumuladas, con una escasa motivación para su realización, con dificultad para concentrarse, con miedo al fracaso y con creencias negativas sobre sus habilidades personales, lo que puede mermar su calidad de vida y repercutir sobre la calidad de las tareas completadas (Beutel et al., 2016; Steel, 2007).

Existen varios tratamientos para la ansiedad laboral y la procrastinación, entre los cuales destacan la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Wang et al., 2021), algunos tratamientos farmacológicos (Farach et al., 2012), la terapia cognitivo conductual y la terapia conductual (APA, 2006). Además, durante los últimos años ha surgido abundante investigación acerca de los

tratamientos cognitivo-conductuales estandarizados, basados en herramientas por internet o a través de correo electrónico (Rozental & Carlbring, 2013; Ruwaard et al., 2007) o incluso programas de intervención donde las aplicaciones móviles desempeñan un papel principal (Lukas & Berking, 2018). Las terapias que han demostrado mayor eficacia para el tratamiento de la ansiedad y la procrastinación han sido las terapias cognitivo-conductuales (APA, 2006; Arch & Craske, 2008; Westen & Morrison, 2001). En las intervenciones mencionadas pueden encontrarse técnicas comunes, como por ejemplo técnicas de gestión del tiempo y de planificación, toma de decisiones y reestructuración cognitiva (Otermin-Cristeta & Hautzinger, 2018; van Eerde, 2003). En este sentido, pese a que existen numerosos protocolos y manuales para el tratamiento de la ansiedad y la procrastinación, desde algunos sectores se ha señalado que todos ellos resultan eficaces porque ponen en marcha principios de aprendizaje involucrados en el mantenimiento de las conductas problema (Froxán, 2011).

Los protocolos o manuales para la intervención en ansiedad laboral, procrastinación o cualquier problemática psicológica pueden ser una buena guía y herramienta para el proceso de intervención. Sin embargo, conductas morfológicamente similares pueden tener funciones distintas (o viceversa) aunque se engloben habitualmente bajo el mismo diagnóstico. Partiendo de esta premisa, para poder ofrecer el mejor tratamiento posible a los usuarios, parece imprescindible diseñar una intervención individualizada para cada persona, teniendo en cuenta las variables causales y disposicionales que forman parte de su problemática concreta (Froxán et al., 2020; Haynes et al., 1997). Para el diseño de programas de intervención conductuales individualizados, el análisis funcional como herramienta es fundamental (Haynes et al., 1997). El análisis funcional, como herramienta clínica, se centra en la identificación de relaciones funcionales relevantes, en contraste con los manuales diagnósticos; por tanto, permite una intervención más personalizada en tanto que cada elemento del análisis funcional afecta a las decisiones sobre las variables que deben ser el objetivo del tratamiento. Las inferencias sobre la causalidad son componentes críticos de la evaluación y la formulación de casos en psicopatología (Haynes et al., 2012). Las inferencias causales son importantes porque permiten al psicólogo identificar variables que influyen en los problemas de conducta y las alternativas más adecuadas en su situación. Una vez que se identifican

las variables y las relaciones causales, se pueden diseñar tratamientos dirigidos a modificarlas para mejorar la calidad de vida del usuario.

Desde el análisis conductual aplicado, tecnología derivada del análisis experimental de la conducta, se entiende el comportamiento como la interacción del organismo con su entorno público o privado. Desde esta disciplina, se aborda el problema que presenta el usuario desde los principios de aprendizaje (Froxán et al., 2020).

En primer lugar, se ha demostrado que el condicionamiento clásico es un mecanismo de aprendizaje importante en el desarrollo y mantenimiento de las conductas implicadas en los trastornos de ansiedad (De Houwer, 2020). El condicionamiento clásico es un proceso por el cual los organismos aprenden a responder de la misma forma ante nuevos estímulos mediante el emparejamiento de un estímulo neutro con un estímulo que ya provocaba dicha respuesta (Pavlov, 1927). En el condicionamiento del miedo, un estímulo neutro (EN), es decir, aquel que previamente no ha elicitado una respuesta específica, se empareja repetidamente con un estímulo incondicionado (por ejemplo, un ruido fuerte). Un estímulo incondicionado (EI) es aquel que elicitaba una respuesta no aprendida (RI), dado que esta ya se encontraba en el repertorio del organismo desde el momento de su nacimiento (por ejemplo, sobresaltarse ante un ruido fuerte) (Froxán et al., 2020). Así, cualquier estímulo emparejado con un ruido fuerte (EN-EI) provocará el sobresalto (RI), lo que habrá supuesto la adquisición de una respuesta de miedo condicionada (RC) (LeDoux, 1999). Cuando el estímulo condicionado (EC) deja de predecir la aparición del EI (i.e. la señal no se presenta junto al ruido durante suficientes ensayos), este dejará de elicitar la RC (i.e. la señal ya no produce sobresalto): ya no es adaptativo responder como si la amenaza fuera a ocurrir (Johnson & Casey, 2015). Por lo tanto, para la eliminación de la respuesta de miedo, que ahora no es adaptativa, se requiere un proceso de extinción pavloviana.

La respuesta de miedo que ha sido sometida a un proceso de extinción puede reaparecer en una variedad de circunstancias. El mero paso del tiempo es una de esas circunstancias (i.e. recuperación espontánea) o también la exposición a un estímulo aversivo que se interpreta como amenaza en un nuevo contexto (i.e. efecto de renovación de la respuesta condicionada; Bouton, 2004). Así, el retorno del miedo tras haber extinguido la relación de contingencia pertinente, no es

categoricamente desadaptativo. Lo es cuando el miedo persiste a pesar de que el peligro ya no está presente (e.g. respuesta a una señal de seguridad, que puede conducir a estados ansiosos que pueden ser problemáticos) (Johnson & Casey, 2015).

En segundo lugar, es importante considerar el condicionamiento operante por su importante papel en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. El condicionamiento operante es un mecanismo de aprendizaje por el cual se aprenden nuevas respuestas en virtud de las consecuencias de las mismas en un contexto determinado (Froxán, et al., 2020). Esto es, el estímulo consecuente puede incrementar o disminuir la probabilidad futura de emisión de la conducta a la que sigue. Una conducta frecuentemente emitida en los casos con problemas de ansiedad es la evitación (Dymond, 2019). La evitación se considera una instancia de comportamiento reforzado negativamente que sirve para prevenir o reducir el contacto con un evento aversivo (Hineline & Rosales-Ruiz, 2013). Superar la evitación es fundamental para el tratamiento conductual de la ansiedad, fomentando las contingencias necesarias para la extinción de la misma (Dymond, 2019). Enfocada de esta manera, la extinción de la evitación representa un tipo de estado de transición entre un repertorio de comportamiento aprendido desadaptativo y un repertorio de nuevas habilidades más adaptativas. En general, a pesar de la variabilidad en la forma en que se implementan los procedimientos de extinción de la evitación, el paradigma de condicionamiento de amenazas y aprendizaje de evitación ha demostrado una excelente validez como modelo de tratamiento basado en la evidencia para la ansiedad y los trastornos relacionados (Arnaudova et al., 2017; Dymond et al., 2018; Kryptos, Moscarello, et al., 2018; Kryptos, Vervliet, et al., 2018; Scheveneels et al., 2016; Vervliet & Raes, 2013; Zuj & Norrholm, 2019).

Sin embargo, el condicionamiento clásico y operante no son los únicos mecanismos importantes cuando se analiza un caso de ansiedad. Las variables disposicionales de la persona y su entorno también tiene un papel fundamental a la hora de explicar el problema y su mantenimiento, además de influir en el abordaje del tratamiento (Segura et al., 1991). Las variables disposicionales son condiciones contextuales que modifican el valor de los elementos de un determinado segmento conductual, fomentando o dificultando el establecimiento de una relación funcional (Froxán et al.,

2020). Son variables que no forman parte de las secuencias relacionales, pero sí las alteran. Por esa razón es importante identificarlas.

El análisis funcional es una herramienta imprescindible en la evaluación y tratamiento de un problema psicológico. Se trata del establecimiento de las relaciones de contingencia entre los elementos de una secuencia conductual. Tales relaciones se formulan en términos de condicionamiento clásico y operante, por lo que es fundamental comprender los principios básicos de aprendizaje. Un aspecto pragmático importante del análisis funcional, además, es que permite analizar cualquier tipo de conducta y tiene en cuenta tanto los eventos manifiestos como los encubiertos, incluyendo todo aquello que una persona hace y/o se dice a sí misma. Además, es una herramienta que permite considerar una amplia variedad de factores y recoge un amplio tipo de variables que pueden afectar al desarrollo y el mantenimiento de una conducta, como el ambiente y la historia de aprendizaje. En definitiva, el análisis funcional no solo explica el comportamiento de las personas, sino que también intenta predecir la conducta futura para poder diseñar la mejor intervención psicológica (Froxán & Santacreu Mas, 1999).

El presente trabajo es un estudio de caso que tiene como objetivo presentar la intervención psicológica desde la perspectiva conductual en un caso de ansiedad laboral y procrastinación. La elección del tratamiento se ha sustentado en el análisis funcional de las conductas problemas del usuario. Las sesiones han sido observadas a través de un sistema de grabación de circuito cerrado con el consentimiento firmado por parte del usuario, y tuvieron lugar en el Instituto Terapéutico de Madrid (ITEMA), un centro psicológico privado. El tratamiento fue realizado por una psicóloga general sanitaria con un máster en terapia de modificación de conducta y 10 años de experiencia clínica.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Los datos personales del usuario han sido modificados para garantizar el anonimato, cumpliendo con la Ley Orgánica de Protección de Datos y con el Código Deontológico que ofrece en España el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Se utilizará la inicial S. para hacer referencia al consultante.

S. es un varón de 37 años que vive en Madrid con su esposa y sus tres hijas de 7, 5 y 3 años. Sus padres viven cerca y son un gran apoyo para él. En general, S. considera que tiene buena relación con su familia. Estudió Economía y trabaja actualmente como contable en una empresa. Tiene un nivel socioeconómico medio-alto.

Es la primera vez que acude a terapia psicológica y no tiene antecedentes de diagnósticos psicológicos. Recibió tratamiento psicofarmacológico por parte de su psiquiatra la semana previa al inicio de la terapia para tratar los síntomas de ansiedad. Actualmente toma Orfidal para dormir y Escitalopram, un antidepresivo, en situaciones puntuales de alta ansiedad.

El motivo principal por el que acude a consulta es por problemas de ansiedad, miedo y estrés desarrollado hacia el trabajo, además de una autoestima baja relacionada con el ámbito laboral, que en el caso de S. se reflejaba en conductas como pensamientos de duda sobre sus competencias laborales o la evitación de tareas que le generaban inseguridad. La ansiedad ha ido incrementándose durante los últimos meses, especialmente después de empezar a trabajar desde casa durante el confinamiento por COVID-19. Justo antes de la pandemia cambió de trabajo, lo que implicó un incremento importante de tareas que ahora le provocan ansiedad. Ha tenido buenas y malas experiencias laborales y lleva varios años trabajando en empresas diferentes con adecuada valoración del desempeño, sin embargo, ahora se ve incapaz de manejar la ansiedad que su trabajo actual le provoca y por eso ha decidido acudir a consulta. Las estrategias que actualmente aplica para manejar la ansiedad son tomar medicación o desahogarse con su esposa o sus padres.

3. Estrategias de Evaluación

La información del caso ha sido obtenida a través de entrevistas no estructuradas, el uso de autorregistros y un cuestionario semi-estructurado recogiendo información general y específica de la historia biográfica del usuario, incluyendo preguntas de diferentes áreas de su vida e historia médica. Para evaluar la eficacia de las técnicas de intervención, se han usado autorregistros y entrevistas no estructuradas.

El tratamiento psicológico consistió en cuatro fases: evaluación (2 sesiones), formulación y devolución de análisis funcional (1 sesión), intervención (4 sesiones) y seguimiento (1 sesión). Un total de 8 sesiones. También se llevó a cabo una sesión informativa de 30 minutos que pidió el usuario para entender mejor en qué consiste un tratamiento psicológico. El tratamiento comenzó con una periodicidad semanal y cambió a una frecuencia quincenal después de la cuarta sesión. A partir de la séptima sesión se inició la fase de seguimiento, de forma que la octava sesión se agendó para un mes después. Las sesiones tuvieron una duración de entre 50 minutos y 1 hora, y las medias sesiones (sesiones 7 y 8) tuvieron una duración de 30 minutos.

En la sesión informativa, la psicóloga explicó el proceso terapéutico y recogió información básica así como el motivo de consulta principal del usuario. La fase de evaluación consistió en dos sesiones de evaluación donde se recogió información del consultante y su problema a través de entrevistas no-estructuradas y autorregistros (Figura 1).

Con la información obtenida, la terapeuta realizó el análisis funcional, con hipótesis de origen y mantenimiento del problema de S. Eso facilitó el diseño personalizado de un tratamiento que consistió en la aplicación de técnicas basadas en la evidencia, que han sido evaluadas durante toda la intervención. Durante las primeras sesiones, se plantearon los objetivos de la terapia de forma conjunta con el consultante y se operativizaron, de forma que fueran más concretos, abordables y medibles, permitiendo evaluar su grado de logro. Del mismo modo, se plantearon las técnicas apropiadas para su consecución. La psicóloga explicó el análisis al consultante en una sesión, dejándole hacer preguntas para asegurarse de que había entendido bien la explicación.

La fase de tratamiento se desarrolló en 4 sesiones (sesiones 4 a 7), de las cuales la séptima fue una media sesión. Las sesiones empezaron a ser de carácter quincenal a partir de la cuarta sesión, de forma que S. tuviera más oportunidades de practicar las herramientas aprendidas. Durante las sesiones de tratamiento, la psicóloga explicaba el procedimiento de la técnica correspondiente y los principios de aprendizaje que subyacen a su uso. Practicaban la técnica primero en las sesiones para asegurar su comprensión, pero después se instaba a practicarla en su día a día. Así, S. aprendió nuevas formas de comportarse que no reportaban las consecuencias negativas que estaba experimentando en el momento de acudir a la terapia.

Para asegurar el mantenimiento a largo plazo de las conductas aprendidas y la efectividad del tratamiento, se realizó una media sesión de seguimiento un mes después de la última sesión de tratamiento, donde la psicóloga trató de prevenir recaídas a través de preguntas acerca del uso de las técnicas fuera de sesión y dirigidas a verificar el conocimiento sobre su funcionamiento. También se plantearon posibles situaciones de riesgo que se pueden presentar en el futuro para que S. pudiera anticipar cómo iba a resolverlas con las técnicas que había aprendido. Además, se revisaron los objetivos terapéuticos establecidos para asegurar su consecución, buscando ejemplos sobre su situación anterior, cómo se sentía antes de aplicar las técnicas y cómo se siente ahora después de aplicarlas.

Figura 1

Autorregistro

Fecha y hora	Situación	¿Qué pienso?	¿Qué siento?	¿Qué hago?	Grado de malestar (0-10)

Nota. La figura muestra el autorregistro que el cliente rellenó durante la fase de evaluación. Tenía que rellenarlo cuando se sentía mal, empezando con la fecha y hora, la situación en la que se sentía mal, lo que pensó en ese momento, la emoción que sentía (miedo, tristeza, ansiedad, etc.), lo que hizo después y el grado de malestar que experimentó, 0 siendo el mínimo y 10 el máximo de malestar.

4. Formulación clínica del caso.

4.1. Variables disposicionales

La explicación del análisis funcional al consultante se inició a partir de las variables disposicionales, que son variables importantes en la vida de la persona que afectan al problema, aunque no lo causan directamente. Refieren a las condiciones de la persona y su entorno, con la posibilidad de modificar el valor de los segmentos de una secuencia, impidiendo o facilitando que ciertas relaciones funcionales se establezcan (Froxán et al., 2020).

4.1.1. Variables a nivel del entorno

- Situación de *mobbing* en el trabajo: S. tuvo malas experiencias en uno de los trabajos anteriores donde uno de sus compañeros le trataba mal. Le asignaba tareas monótonas que no tenían sentido, criticaba su trabajo y, finalmente, le denunció por quebrantar la protección de datos. Le despidieron por cometer un delito que no había cometido, ante lo cual los miembros de seguridad de la empresa acudieron para ayudarle a recoger sus pertenencias delante del resto de compañeros. Tras esto, S. estuvo involucrado en procesos judiciales durante 2 años hasta que, recientemente, ganó dichos pleitos. Esa experiencia ha contribuido a que se sienta inseguro con sus habilidades laborales y que tenga miedo a cometer errores en el trabajo.
- Control externo de las tareas laborales y reforzamiento sistemático de las conductas dirigidas a su consecución: Tras ser despedido consiguió un trabajo donde se sentía menos inseguro, lo cual se debía al nuevo ambiente laboral. En general tenía un ambiente más relajado y era una empresa menos grande. Su jefe reforzaba mucho su trabajo y se describían sus tareas y objetivos de manera clara y precisa. Además, había mucho control externo y *feedback* de su trabajo, debido a lo cual, S. tenía más claro que lo que había hecho era correcto. Se sentía valorado por su jefe con quien inició una relación íntima durante su estancia en la empresa.
- Falta de control externo y desconocimiento del trabajo: En la empresa actual, ha empezado a sentirse más inseguro y a tener más ansiedad a la hora de hacer las tareas. Trabaja de una manera más independiente sin control externo o metas claras. No recibe *feedback* de su jefe sobre su trabajo. También empezó el trabajo en la mitad de un proyecto y no conocía bien

las tareas que tenía que hacer, siendo todo bastante nuevo. No recibió entrenamiento sobre cómo realizar bien su trabajo o lo que esperaban de él. Esto facilitó la aparición de las inseguridades que ahora tiene con respecto a su trabajo.

- Confinamiento: Empezó el nuevo trabajo durante el confinamiento por COVID-19. No había seguimiento del trabajo ni un horario laboral fijo, por lo que recibía llamadas y correos imprevistos a cualquier hora. Asimismo, se le encomendaban tareas con escaso sentido que le generaban intranquilidad. Ahora tiene una elevada carga de trabajo. El confinamiento ha favorecido los procesos de generalización a estímulos neutros de su ámbito personal, como su casa y la habitación de trabajo, así como la intensificación de las respuestas de ansiedad.

4.1.2. Variables a nivel de la persona

- Autoexigencia y responsabilidad: S. recuerda haber sido siempre una persona autoexigente y responsable. Siempre ha dado mucha importancia a los resultados obtenidos incluso desde el colegio.
- Baja autoestima: En general tiene una baja autoestima y se siente inseguro. Piensa que no es capaz de hacer ciertas cosas y que no está a la altura. Esa baja autoestima e inseguridad a la que se refiere, se traduce en pensamientos de incapacidad ante determinadas situaciones, pensamientos negativos sobre lo que piensan los demás sobre él, y se infravalora en la comparación con los demás, lo cual, a veces, le lleva a dejar de involucrarse en nuevas actividades y tareas.
- En general va muy acelerado en su día a día y tiene tres hijas a las que tiene que cuidar. Se levanta con poco tiempo antes de tener que irse de casa por las mañanas, motivo por el cual empieza el día bastante acelerado. También come en poco tiempo y con prisa, y suele correr de un lugar a otro. Suele dar órdenes a su familia para que se den prisa en la realización de diversos quehaceres (e.g. «Venga venga, vamos vamos»). Ese ritmo de vida puede facilitar que se sienta más ansioso.
- Estrategias: Habitualmente aplaza o demora tareas que le generan ansiedad. También toma medicación para evitar o escapar de las sensaciones ansiógenas, lo que dificulta el aprendizaje de estrategias de afrontamiento más adecuadas ante estímulos aversivos.

4.1.3. Factores de protección

- Sus compañeros de trabajo y su jefe confían en él y en su capacidad para resolver problemas. Cuando S. pide dinero para gastos de la empresa, el jefe lo aprueba sin preguntar. Ocurre del mismo modo cuando el arqueo de caja no cuadra siempre que la diferencia sea mínima. Esto demuestra confianza en el trabajo que hace S.
- Aunque no tiene una relación tan buena con su jefe como la del otro trabajo, puede hablar con él sobre dudas o cambios que le gustaría realizar.
- Realiza actividades relajantes y ejercicio físico en su día a día, aunque no todos los días por falta de tiempo.
- Por las tardes, puede dedicar tiempo de calidad a otras actividades distintas al trabajo, lo que contribuye a disminuir la alta activación fisiológica.

4.1. Hipótesis de origen y mantenimiento

La información obtenida en la evaluación no permite acceder a un origen específico del problema. Sin embargo, la experiencia de *mobbing* en el trabajo pudo ser una variable disposicional muy importante en el desarrollo del problema.

La realización de tareas laborales de forma independiente, es decir, sin entrenamiento o explicación de sus requisitos y sin la obtención de seguimiento o *feedback* externo, han favorecido la aparición de dudas sobre su ejecución (EC), lo que a su vez provoca emociones negativas de malestar y ansiedad (RC). Como consecuencia, S. ha condicionado progresivamente de forma aversiva varios estímulos relacionados con su trabajo, y paulatinamente la ansiedad se ha ido generalizando a diversas tareas y al trabajo en general, incluyendo el lugar donde trabaja, los correos electrónicos entrantes que tiene que contestar, las mañanas mientras piensa en el trabajo, los domingos antes de empezar la jornada laboral, cuando tiene que enfrentarse al arqueo de caja, las reuniones de trabajo o ante tareas que no sabe bien cómo solucionar (Figura 2). Variables disposicionales importantes en el condicionamiento de los estímulos han sido las características del trabajo mencionadas, la historia de aprendizaje en los otros trabajos y las variables propias de la persona como la tendencia a dudar de sus capacidades. Además, el confinamiento ha sido una

variable importante como facilitador por la generalización e intensificación de las respuestas de ansiedad a varios estímulos neutros en su ámbito personal (Figura 3).

Actualmente, se detectan varios problemas: pensamientos negativos relativos al trabajo, ciertos estímulos y situaciones que se han condicionado aversivamente, conductas de escape y evitación y dificultades para dormir. Se describirán a continuación con más detalle.

Los pensamientos negativos relativos al trabajo (EC) incluyen anticipaciones de posibles situaciones que se puedan dar y dudas acerca de sus capacidades para manejarlas (e.g. tener que asistir a una reunión y no saber cómo manejar posibles preguntas que le puedan hacer), repasos en relación con sus tareas pendientes, comprobaciones acerca de si ha cometido errores o anticipaciones de un aumento en la carga de trabajo. Todos estos pensamientos elicitán respuestas de ansiedad (RC, Figura 4). Algunas variables disposicionales importantes en este sentido son la alta autoexigencia, una importante sensación de responsabilidad y la falta de habilidades de afrontamiento (Figura 5).

Además, ciertos estímulos y situaciones se han condicionado aversivamente (EC), por su asociación con pensamientos de inseguridad y/o respuestas emocionales negativas presentes en esos momentos (RC). Por ejemplo, cuadrar la caja se ha condicionado porque implica la posibilidad de que falte dinero y tenga que pedirselo a su jefe para hacer pagos, lo que podría resultar en acusaciones sobre su persona. La historia de condicionamiento previa de esa situación es una variable importante en este caso.

Cuando S. tiene que enfrentarse a los estímulos mencionados (e.g. cuadrar la caja, abrir el mail, asistir reuniones, ...), estos funcionan como estímulos discriminativos (Ed) para respuestas operantes (Rop) de escape o evitación. Como consecuente, la acción genera un alivio a corto plazo que refuerza negativamente (R-) esas conductas. Las anticipaciones y pensamientos negativos relativos al trabajo (EC - RC de ansiedad) también discriminan pensamientos rumiativos consistentes en una búsqueda de solución de los posibles problemas que se pueden dar, lo que, a su vez, discrimina conductas de evitación de dichas tareas (e.g. posponer o abandonar) cuando se encuentra un problema. Esas conductas son reforzadas negativamente (R-) por la reducción de la incertidumbre y el alejamiento de los estímulos aversivos, además de ser reforzadas positivamente

por la obtención de mayor control al saber posibles consecuencias en el futuro y ver cómo poder afrontarlas. Como consecuencia a medio/largo plazo, se intensifica el malestar y la ansiedad asociada a las tareas y estímulos relacionados con el trabajo, además de que no le permite comprobar que tiene la capacidad de enfrentarse a ello. Las veces que logra enfrentarse y hacer las tareas con éxito, esta prueba de realidad no tiene efecto positivo para situaciones similares en el futuro, por la razón de que en este momento las anticipaciones y verbalizaciones negativas dudando sus capacidades tienen más peso.

El usuario presenta dificultades a la hora de conciliar el sueño. Probablemente tiene un sueño más ligero debido a que se acuesta con un alto nivel de activación fisiológica, y cuando se despierta empieza a pensar y anticipar posibles problemas laborales (EC) que le provocan ansiedad (RC), lo que aumenta su activación dificultando que vuelva a conciliar el sueño. La falta de sueño y momentos de descanso facilita que S. se sienta más ansioso por las mañanas y que la alta activación se mantenga durante el día.

Figura 2

Cadena clásica y operante de la hipótesis de origen y mantenimiento de las conductas de procrastinación

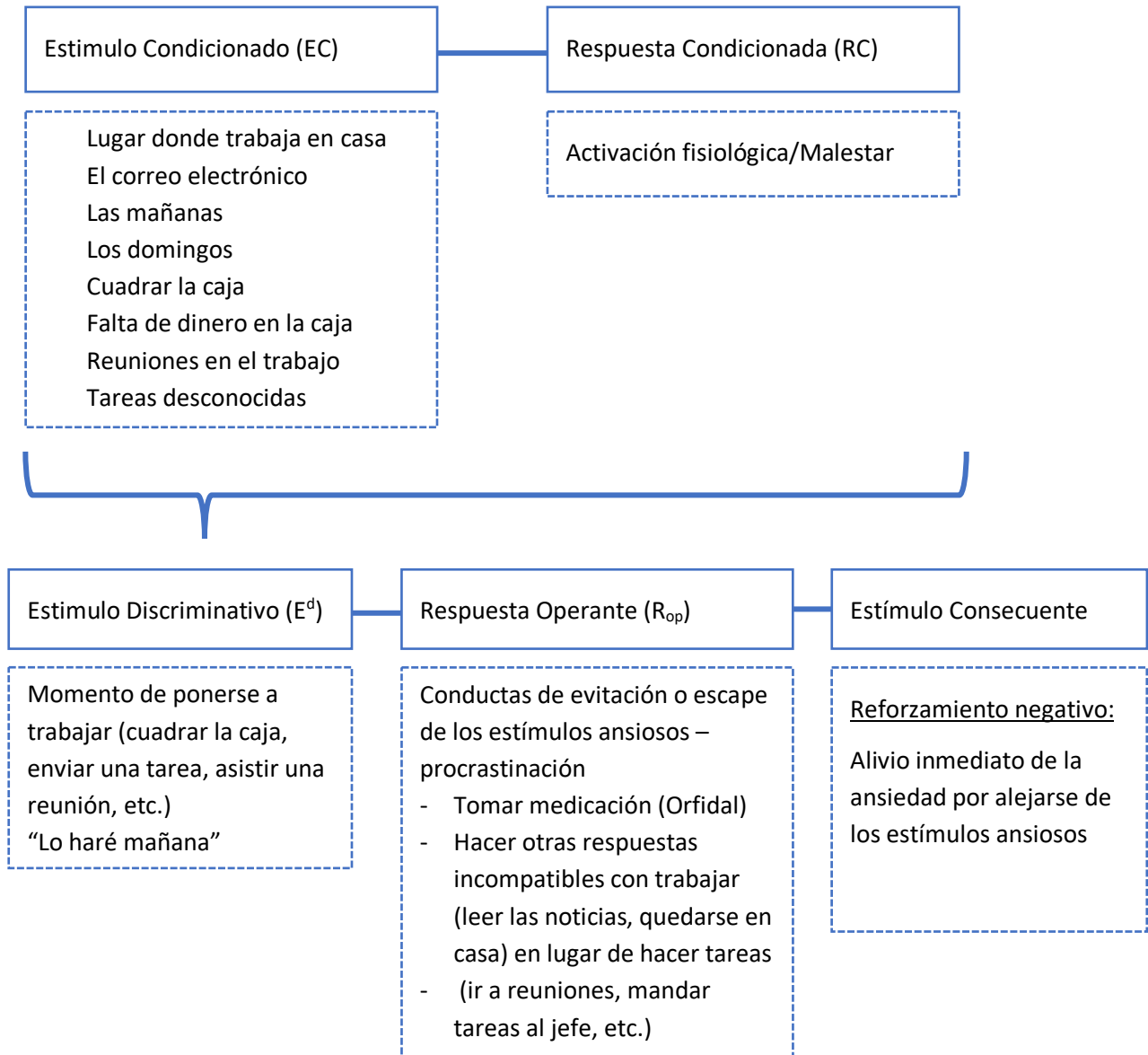


Figura 3

Variables disposicionales importantes para la secuencia funcional en Figura 2

Variables disposicionales:

- Baja autoestima y confianza en habilidades
- Malas experiencias laborales, miedo de hacer el trabajo mal
- Ningún control externo o *feedback* del trabajo
- Confinamiento, falta de seguimiento, ningún horario fijo, carga de trabajo elevado
- Escasos objetivos intermedios con respecto al trabajo que permitan disminuir el coste de respuesta de las tareas
- Poca experiencia en trabajar con alta independencia
- Falta de habilidades de afrontamiento

Figura 4

Cadena clásica y operante de la hipótesis de origen y mantenimiento de los pensamientos rumiativos

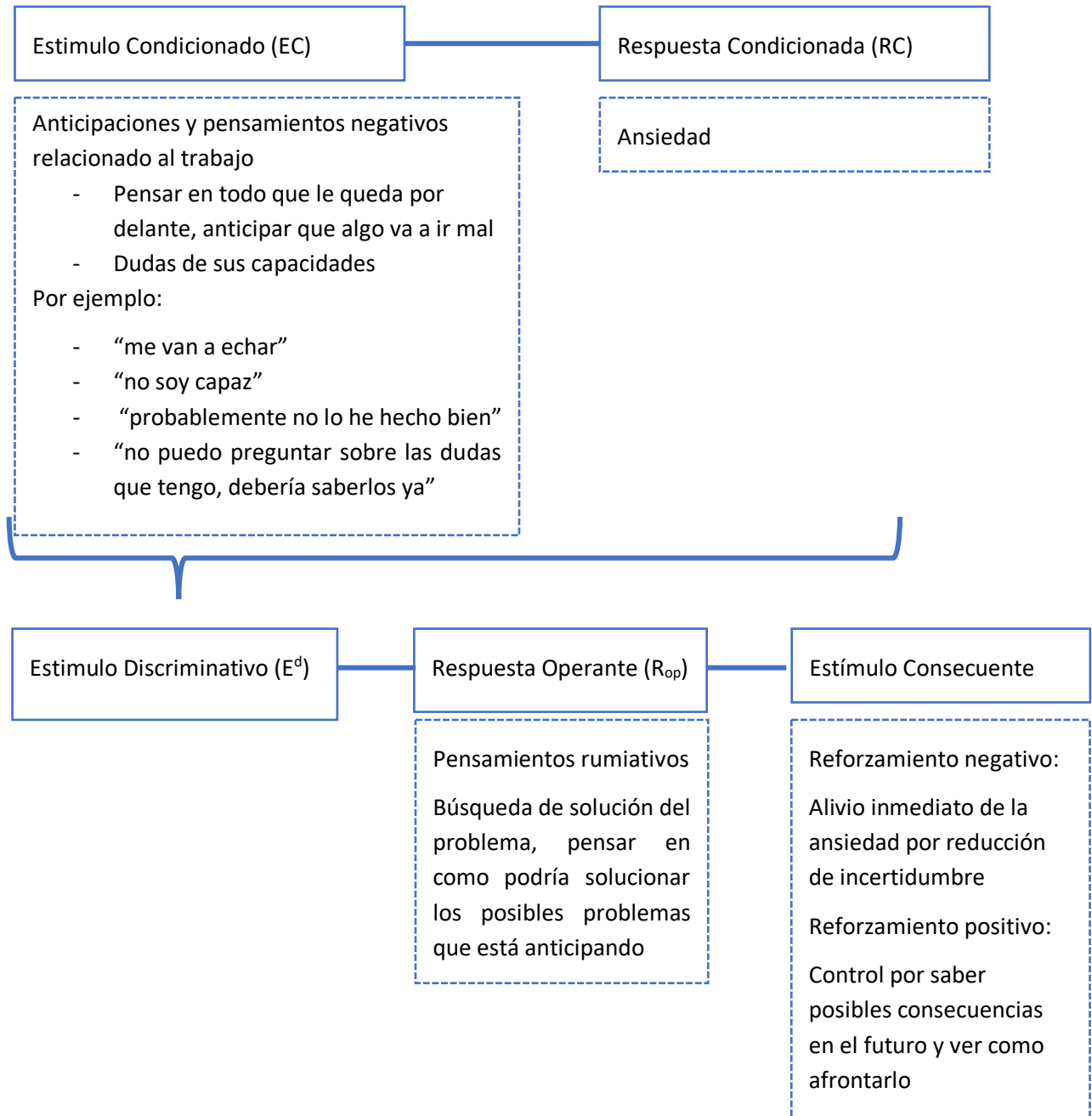


Figura 5

Variables disposicionales importantes para la secuencia funcional

Variables disposicionales:

- Alta autoexigencia y sensación de responsabilidad
- Baja autoestima y confianza en habilidades
- Malas experiencias laborales, miedo de hacer el trabajo mal
- Ningún control externo o *feedback* del trabajo, una gran diferencia del trabajo anterior
- Falta de habilidades de afrontamiento

5. Objetivos y técnicas

Tras la devolución del análisis funcional, los siguientes objetivos han sido establecidos en línea con los deseos comunicados por el usuario durante la fase de evaluación. Todos los objetivos y técnicas tienen el objetivo global de tener mejor calidad de vida y sentirse mejor.

1. Reducir/eliminar el miedo y la ansiedad que genera la situación laboral.

- Explicación general de la ansiedad
 - Provisión de una explicación sobre las respuestas de ansiedad adaptada a su caso particular. Facilitar la comprensión del papel de la medicación como una herramienta a corto plazo e inadecuada si no hay cambios en los procesos de aprendizaje. Eliminar la medicación como herramienta cuando ha aprendido nuevas técnicas de afrontamiento más adecuadas.
- Controlar y fomentar un discurso interno más ajustado sobre su situación laboral
 - Reestructuración cognitiva: Aprender a sustituir un pensamiento inadecuado por uno más ajustado a la realidad y más beneficioso de cara al afrontamiento del desempeño. Cambiar la tendencia a interpretar determinados aspectos del contexto y su desempeño de forma negativa y a «ponerse en lo peor».
 - Parada de pensamiento: uso de una autoinstrucción encubierta para cambiar la atención de pensamientos que no resultaban útiles o beneficiosos, disminuyendo la frecuencia de verbalizaciones condicionadas que generaban una alta activación, seguido de un reforzamiento diferencial de pensamientos más ajustados.
 - Autoinstrucciones: utilizar el discurso interno en su favor, introduciendo autoinstrucciones que ayuden a un afrontamiento más adecuado y dirijan el comportamiento.
- Eliminar las conductas de procrastinación/evitación y escape y favorecer en su lugar conductas de afrontamiento más constructivo.
 - Planificación de tareas: Planificar tareas e hitos de control sobre las mismas y obligarse a cumplirlos para llevar todas las tareas al día. Aprender a ser su propio control ahora que no hay control externo. Empezar usando a la psicóloga y el

contexto de terapia como control externo, para transferirle progresivamente el control.

- Exposición: Enfrentarse a los estímulos que le provocan miedo/ansiedad o inseguridad en lugar de optar por evitarlas o escapar de ellas. Eso permitirá ir comprobando que no pasa nada de lo que está anticipando y ayudará a ir perdiendo el miedo y a confiar más en sus capacidades.
- Mejorar la confianza en sí mismo y las competencias laborales.
 - Prueba de realidad: Buscar y detectar situaciones y evidencia que apoyen que hace bien su trabajo. Ver problemas en el pasado que se han solucionado con éxito. Ver situaciones donde su jefe y compañeros han demostrado confianza en él como trabajador en la empresa.
 - Detectar comentarios positivos y pruebas de realidad sobre sus competencias, atenderlos y darles valor en el momento. Recordarse todas estas situaciones en momentos en los que aparezcan miedos y dudas.
 - Reestructuración cognitiva: continuar con la técnica previamente entrenada, cuestionando los pensamientos de duda sobre sí mismo y buscar alternativas más ajustadas o útiles.
- Cambiar las asociaciones aversivas que tiene con el trabajo.
 - Detectar y dar valor a aspectos positivos de su trabajo. Favorecer la asociación del trabajo a emociones positivas y cambiar el punto de vista que ahora tiene sobre ello.
- Introducir actividades de desconexión del trabajo en momentos que no está trabajando
 - Priorizar hacer deporte y mantener actividades de relajación que ahora está haciendo esporádicamente.
- Reducir la alta activación fisiológica
 - Entrenamiento en respiración abdominal, una estrategia de reducción de la activación. Eso también facilitará que haga bien la exposición a las tareas que le provocan ansiedad.

2. Reducir la activación en su día a día

- Cambiar la organización del tiempo
 - Organizar mejor el tiempo para poder ir menos acelerado, evaluar qué cambios merece la pena llevar a cabo (por ejemplo, levantarse más temprano para no tener que empezar las mañanas con prisa).
 - Detectar pensamientos de premura y aceleración y detectar la sensación de tensión y activación. Cuando los detecte, poner en marcha las estrategias de respiración abdominal y autoinstrucciones como «tranquilo», «respira» y hacer explícito que no hay necesidad de correr. También obligarse a hacer las cosas más lentamente, como masticar más veces cuando coma.
- Incorporar actividades placenteras
 - Incorporar en el día a día actividades placenteras, relajantes y momentos de desconexión. Establecer una hora por la noche donde pueda relajarse o hacer actividades placenteras.

6. Tratamiento

Antes de empezar el tratamiento, la psicóloga dedicó una sesión a la explicación del análisis funcional, empezando con una introducción de las variables disposicionales y su relevancia en el desarrollo del problema y el proceso de tratamiento. Se explicaron las variables que estaban impidiendo la mejoría (e.g. ningún control externo) y las que estaban facilitándola (e.g. alta confianza en su trabajo por parte de sus compañeros y jefe). A continuación, la psicóloga presentó ejemplos generales para explicar los procesos básicos de aprendizaje –tanto condicionamiento pavloviano como condicionamiento operante–, para facilitar la comprensión de las contingencias que fueron posteriormente explicadas (e.g. «Sigues aplazando las tareas porque te da alivio a corto plazo, sin embargo, a largo plazo te genera más ansiedad y tienes menos control porque se acumulan tareas pendientes»). Tras la explicación, S. comprendió el mantenimiento de su problema actual y que han sido patrones de comportamiento aprendidos. Se le ofreció la posibilidad al consultante de contarle a la psicóloga qué había aprendido, incrementando la probabilidad de que lo hubiera entendido bien.

Tabla 1*Cronograma de Sesiones de Evaluación y Tratamiento*

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas entre sesiones
Informativa	Explicar qué es un tratamiento psicológico y el proceso terapéutico, recoger el motivo de consulta	Entrevista abierta	Autorregistros, Cuestionario semi-estructurado
1,2	Evaluación	Entrevista abierta	Autorregistros
3	Explicar análisis funcional. Objetivos y tratamiento	Entrevista abierta	Pensar en el análisis, intentar reestructurar pensamientos irracionales, intentar poner en marcha hitos de control, intentar no tomar medicación en momentos ansiosos
4	Comienzo del tratamiento: Reestructurar pensamientos inajustados sobre sus capacidades laborales Fijar tareas laborales y facilitar que las haga Entrenar autoinstrucciones que	Reestructuración cognitiva Organización de tiempo Autoinstrucciones	Registro de reestructuración cognitiva Hitos de control Hacer planificación de tareas Cuadrar la caja una vez a la semana Ir más despacio, aplicar autoinstrucciones

	<p>puede decirse antes de ponerse con una tarea</p> <p>Hacer una lista de tareas y poner una fecha límite</p>		
5	<p>Reestructurar pensamientos inajustados sobre sus capacidades laborales y anticipaciones inútiles</p>	<p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Entrevista abierta</p>	<p>Lectura sobre reestructuración cognitiva</p> <p>Registro de reestructuración cognitiva</p> <p>Seguir con los hitos de control</p>
6	<p>Reforzar estrategias aplicadas y logros mantenidos</p> <p>Entrenamiento en la parada de pensamiento</p>	<p>Parada de pensamiento</p> <p>Entrevista abierta</p>	<p>Mantener estrategias aprendidas</p>
7	<p>Reforzar estrategias aplicadas y logros mantenidos</p> <p>Afrontamiento de problemas futuros</p>	<p>Prevención de recaída</p> <p>Entrevista abierta</p>	<p>Mantener estrategias aprendidas</p>
8	<p>Sesión de seguimiento:</p> <p>Reforzar estrategias aplicadas y logros mantenidos</p> <p>Afrontamiento de problemas futuros</p> <p>Cierre de la terapia</p>	<p>Prevención de recaída</p> <p>Entrevista abierta</p>	

En la primera sesión del tratamiento (sesión 4), se observa que S. empezó a cambiar algunos aspectos de su vida tras recibir el análisis funcional de su problema, aunque todavía no se le habían trasladado pautas y técnicas específicas. Había pensado en algunas estrategias que podía implementar para tener un mayor control sobre sus tareas en el trabajo y diferentes hitos que podía establecer. La psicóloga elabora una lista de hitos con S., estableciendo juntos un plan de organización para impedir el aplazamiento y facilitar el paso a la acción. S. también sugiere que va a hablar con su jefe para ver si pueden establecer hitos juntos, y que le explique en detalle exactamente el trabajo que requiere de él en los proyectos, con el objetivo de tener más claro qué tareas tiene que hacer. S. se compromete a cumplir todos los hitos establecidos y se organiza mediante un archivo en excel con el plan de todas las tareas y la fecha de cumplimiento. Para perder el miedo a cuadrar la caja, llegan al acuerdo de ponerse a cuadrarla cada viernes. El usuario al principio opina que no será necesaria una frecuencia de trabajo tan elevada debido a la baja cantidad de movimientos en cortos periodos de tiempo, por lo que sería más natural cuadrarla cada mes. La psicóloga explica la importancia de hacerlo más frecuentemente al principio para perder el miedo, de forma que si hay pocos movimientos, esto facilitará que no le genere tanta ansiedad en comparación con el trabajo acumulado a final de mes. La psicóloga explica que para perder el miedo es importante enfrentarse al estímulo aversivo con una mayor frecuencia, por lo que S. finalmente accede al cumplimiento de la pauta. Para facilitar pasar a la acción, establecieron una lista de autoinstrucciones que funcionaron como estímulos discriminativos (e.g. «Ponte con la caja, eres capaz de hacerlo») y operaciones de establecimiento (e.g. «Voy a saber hacerlo, en mi experiencia he podido resolverlo», «Si lo hago, me quedará más tranquila», «Si lo hago me sentiré aliviada y no acumularé tanta ansiedad».) para las respuestas operantes deseadas, como ponerse a cuadrar la caja.

Al principio de la fase del tratamiento, la psicóloga reestructuró ciertas ideas del consultante sobre su problema: la medicación como elemento al que el usuario atribuía un papel importante a largo plazo a la hora de sentirse mejor y la idea de que sus patrones negativos de pensamientos eran su personalidad o forma de ser, entendidos como algo inmutable. La psicóloga explicó que había varias variables que influyeron en su mejora y que la medicación jugaba un papel en ello, por lo que es mejor aprovechar que se siente mejor para introducir cambios sostenibles a largo plazo, dado que la medicación no se puede tomar para siempre. También hizo hincapié en que tomar medicación

puede tener la función de evitación, y que hay que aprender otra manera de tranquilizarse y parar las anticipaciones y pensamientos inadecuados que mantienen el problema. En otra sesión después de haber empezado con pautas, la psicóloga explicó que la medicación puede ser un apoyo para la mejoría, pero que, sin duda, no es la única causa y tampoco la más relevante. En otras palabras, si hay un desequilibrio químico en el cerebro, sería por las circunstancias y la manera en que él las gestiona, no porque de repente tuvo un desequilibrio y empezó a sentirse mal. La psicóloga hace énfasis en que es importante que él compruebe que son los cambios que hace lo que más afecta a su mejora. Al final del tratamiento, el consultante verbaliza que no piensa que la medicación haya sido un gran apoyo, primero porque la dosis ha sido muy baja para poder afectarle mucho, y segundo porque piensa que si sus problemas fuesen causados por un desequilibrio químico, tendría problemas en otras áreas de su vida también, no solo en el ámbito laboral. Verbalizó que sus problemas han sido aprendidos y ahora se siente mejor por tomarse las cosas de otra forma. Para reestructurar la idea de que S. tiene muchas anticipaciones y pensamientos negativos por su forma de ser o su personalidad, la psicóloga le explicó que la personalidad o forma de ser no causa sus pensamientos negativos, sino que son tendencias o patrones aprendidos a lo largo del tiempo que le han servido para asegurarse de hacer bien determinadas tareas o para evitar críticas y malos resultados pero que, por diversas razones, ahora están repercutiendo en su calidad de vida.

La técnica de reestructuración cognitiva de anticipaciones y pensamientos inadecuados fue explicada y practicada en la segunda sesión de tratamiento (sesión 5). Anteriormente y como trabajo de preparación, se trató de aprender a discriminar estos pensamientos con el objetivo de empezar posteriormente a debatirlos y cambiarlos por otros más ajustados.

La psicóloga le presenta al consultante una hoja informativa sobre los pensamientos irracionales y los diferentes tipos de distorsiones que se suele observar. También le da una hoja informativa sobre cómo debatir estos pensamientos irracionales, pasándolos por tres filtros: evidencia (¿hay datos/evidencia que apoyen este pensamiento?), gravedad (si hay evidencia, ¿es tan grave?) y utilidad (si hay evidencia y es grave, ¿es útil pensarlo? ¿Te ayuda?). La psicóloga explica la información presentada en la hoja, y practican juntos en sesión cómo detectar y debatir acerca de los pensamientos irracionales que S. había apuntado durante la semana. Para poder hacer la

reestructuración de una manera sistemática, S. rellenó un autorregistro de reestructuración entre las sesiones (Figura 6). Así, podían obtener datos más objetivos sobre la eficacia de la técnica y evaluar con más facilidad si la aplicaba correctamente.

Figura 6

Autorregistro de reestructuración de pensamientos inadecuados

Día	Situación	Pensamiento inicial	Malestar (0-100)	Filtro (evidencia, gravedad, utilidad)	Pensamiento alternativo	Malestar (0-100)

Durante las sesiones, la psicóloga hizo moldeamiento verbal y reestructuró las anticipaciones o pensamientos irracionales que tenía el consultante, haciendo preguntas que retaron sus ideas (e.g. «Ahora que piensas ‘todo va a ir mal con mi jefe’ te sientes mal. ¿Qué se te ocurre que podría pensar otra persona en tu situación que no tuviera miedo?»). Eso también funcionó como una preparación y un apoyo para el momento en el que el consultante tuviera que empezar a hacerlo por su cuenta. Se puede ver un ejemplo de la reestructuración en la Tabla 2.

Tabla 2

Ejemplo de un segmento de reestructuración en sesión

Psicóloga/Cliente	Verbalización	Equivalencias técnicas
Psicóloga	“¿Crees que una persona que no confiase en ti hubiera actuado de esa manera tan relajada?”	Estímulo discriminativo
Cliente	“No, pero pueden pasar cosas de repente”	Verbalización alejada al cambio
Psicóloga	“¿Como qué?”	Estímulo discriminativo
Cliente	“Cosas que me estoy imaginando yo”	Verbalización aproximada al cambio
Psicóloga	“Bien que lo reconoces”	Reforzador

Otra técnica enseñada fue la parada de pensamiento. La psicóloga la explicó y empezaron a practicarla en la tercera sesión de la fase de tratamiento (sesión 6). En esa sesión se evaluó que S. hubiera cumplido los hitos establecidos y hubiera aplicado adecuadamente la reestructuración de pensamientos irracionales. Se observa que había hecho muchos cambios con la reestructuración y que había notado muchos cambios positivos después de aplicarla. Sin embargo, se observa que todavía tenía que debatir algunos pensamientos irracionales. Dado que podía verbalizar que eran inútiles e irracionales, por esa razón la práctica de la parada de pensamiento sería una herramienta muy útil para complementar la reestructuración de una manera más eficaz, para no gastar energía y

tiempo en debatir pensamientos irracionales que ya sabe que son irracionales e inútiles. Sin embargo, en las siguientes sesiones, S. no tuvo ningún pensamiento irracional intrusivo que tuviera que cortar, por lo que no aplicó la técnica.

Una técnica que iba a ser enseñada pero que al final no se empezó a practicar fue la técnica de respiración diafragmática. El objetivo pretendido era disminuir el nivel de activación fisiológica a la hora de exponerse al estímulo condicionado de forma ansiógena, sin embargo, después de trabajar la reestructuración y pasar a la acción, el usuario presentaba un nivel de activación más bajo. S. también había practicado meditación y yoga antes de iniciar la terapia y ahora estaba retomando estas actividades, por lo que se decidió que no era necesario entrenar a la persona en la técnica mencionada y que era preferible dedicar el tiempo de sesión a implementar y perfeccionar las otras técnicas.

6.1. Habilidades terapéuticas

Durante todo el proceso terapéutico, la psicóloga emitió instrucciones claras acerca de cómo tenía S. que comportarse para aproximarse a sus objetivos, haciendo explícitos los estímulos discriminativos de las operantes que se querían establecer y los reforzadores que se recibirían con su cumplimiento (e.g. «los viernes te pones a cuadrar la caja, así no vas a tener mucha tarea acumulada y te sentirás más tranquilo y con más control»). También se le entregaron todas las pautas por escrito, facilitando que el usuario recordara su procedimiento y aumentando la probabilidad de su correcta realización. También fijaron días u horas específicas para la realización de determinadas conductas, para incrementar la probabilidad y el compromiso de su cumplimiento. Además, la psicóloga siempre explicó explícitamente cómo iban a funcionar las técnicas, anticipando las consecuencias positivas a largo plazo y anticipando posibles dificultades a la hora de practicarlas y empezar a implementarlas. También justificó el orden de trabajo (e.g. explicó que iban a empezar con técnicas para pasar a la acción antes de la reestructuración de anticipaciones y pensamientos negativos porque, si no hace las tareas del trabajo, las anticipaciones empeorarán por acumulación de tareas).

Asimismo, la psicóloga emitía varias operaciones motivadoras de establecimiento con consecuencias apetitivas (e.g. «...haciendo estos cambios vas a lograr enfrentarte a la caja sin miedo y vas a estar tranquilo comprobando que puedes con ello») y operaciones motivadoras de abolición con consecuencias aversivas (e.g. «si sigues tomando la medicación en situaciones ansiosas, no vas a aprender cómo afrontarlas sin ese apoyo»). Además, la psicóloga trató de reforzar todos los cambios adecuados y las aproximaciones que hacía el consultante (e.g. cliente: «me quedo más tranquilo cuando hago las tareas», psicóloga «muy bien, cambios importantes muy rápidos»), y trataba de castigar cuando no traía las tareas (e.g. «Es una pena que no lo hayas traído porque así no podemos trabajar hoy...»).

7. Valoración del tratamiento

Hubo varias técnicas que no se entrenaron o que no fueron practicadas suficientemente como para implementarlas y acercarse a los objetivos. Tampoco se realizó un test estandarizado pre-post, por lo que no fue posible realizar un análisis estadístico que arrojara más claridad acerca de la efectividad de la intervención. Sin embargo, se considera que la intervención tuvo una buena efectividad y eficiencia viendo la adherencia, el número de sesiones, la consecución de objetivos y el cambio en las verbalizaciones pre-post.

El usuario demostró una buena adherencia a la terapia: no canceló ninguna sesión y cumplimentó y trajo a la sesión las tareas acordadas (solo con una excepción en la que no realizó una tarea); se observaron cambios en relación con la aproximación a los objetivos establecidos después de pocas sesiones de tratamiento; y la duración total de la terapia fue bastante corta con un total de 8 sesiones. También se pudo ver el valor que tenía la explicación del análisis funcional, pues el consultante tomaba la iniciativa acerca de ciertos cambios que podía llevar a cabo y la manera de hacerlo, comprendiendo la utilidad y la importancia de su implementación. Asimismo, mediante una evaluación pre-post de las conductas problema, se pudo concluir que los objetivos establecidos (i.e. reducir/eliminar el miedo y la ansiedad que genera la situación laboral y aprender a vivir más tranquilo/menos acelerado) fueron conseguidos.

Los autorregistros rellenados por el consultante durante la fase de evaluación e intervención apoyaron el proceso de obtener datos más objetivos de la eficacia de la terapia. Así, el consultante y la psicóloga podían observar la efectividad en el cambio de pensamiento tras identificar un pensamiento irracional, pasarlo por los tres filtros y cambiarlo por un pensamiento más racional (Figura 6). Se pudo observar que los pensamientos iniciales irracionales generaban un grado de malestar mayor que los pensamientos alternativos, sugiriendo que la técnica de cambiar un pensamiento que provoca malestar por otro más ajustado a la realidad era eficaz. Además, cada semana había menos ítems registrados, lo que implica que aparecieron menos pensamientos irracionales y que la técnica había sido automatizada. Es conveniente destacar también que las verbalizaciones del consultante a este respecto respaldaban la mejora.

La interacción verbal en la terapia fue importante para conseguir la mejora del consultante. Se pudo observar el efecto que tienen las reglas verbales que aplica la psicóloga debido a su utilización posterior por parte del consultante (e.g. la psicóloga verbalizó en una sesión: «Tienes que aprender a ser tu propio control cuando no existe control externo» y se observa al consultante verbalizando «Tengo que ser mi propio control» en la sesión siguiente). Estos ejemplos demuestran la enorme utilidad del lenguaje en las interacciones terapéuticas. Todas las sesiones de tratamiento fueron grabadas, por lo que se pueden hacer comparaciones pre-post sobre las verbalizaciones emitidas por el usuario. La tabla 2 muestra varios ejemplos de estos cambios. S. verbalizó más frases adecuadas en el post-tratamiento y cambió sus ideas irracionales por otras más racionales. Del mismo modo, la reestructuración que hizo la psicóloga sobre la medicación como causa directa de su mejora permitió cambiar ciertas ideas –«Siento que necesito la medicación para estar mejor»-- por otras –«Aunque pienso en esas cosas, no me genera el mismo miedo que antes»--. Otros ejemplos pueden ser: «No sé por qué, a lo mejor tiene que ver con la medicación» a «Funciona porque he cambiado la manera de pensar en ciertas cosas». Además, en la sesión de seguimiento, S. pudo verbalizar bien la función de su conducta problema principal y la función de las técnicas que aprendió para su mejora, dando valor a las explicaciones dadas durante el tratamiento.

Tabla 3

Ejemplos de verbalizaciones del usuario antes y después el tratamiento

Pre	Tratamiento	Post
«No puedo permitirme estos fallos o estas dudas»	«Aunque pienso en esas cosas, no me genera el mismo miedo que antes.	«Lo que me digo influye en cómo me siento»
«Qué van a pensar de mí»	No sé por qué, a lo mejor tiene que ver con la medicación»	«Yo debo ser mi propio control en el trabajo, no debo evitar»
«A lo mejor es porque yo soy así»	«Ahora no me siento tan agobiada, no sé por qué»	«Tengo que ser mi propio control»
«Me van a echar»		«Ahora me lo tomo de otra manera»
«No soy capaz»		«Funciona porque he cambiado la manera de pensar en ciertas cosas»; «Aplazar las cosas me lleva a más ansiedad»
«Seguramente la caja no se cuadre»		«Uno da demasiada importancia a una anticipación o pensamiento si lo piensa todo el tiempo»
«Todo va a ir mal con mi jefe»		«Los pensamientos provocan sentimientos»
«Siento que necesito la medicación para estar mejor»		«Mejor llevar las cosas al día, así me siento más tranquila»
«Tengo que hacer mil cosas, no puedo»		«Ahora pruebo más cosas, me siento con súper poderes»
«No puedo evitar pensar en negativo, quizás tiene que ver con mi forma de ser»		«Necesito ejercicio físico para mi salud mental. Tengo comprobado que me siento mejor cuando lo hago y peor cuando no lo hago»
		«El descanso es necesario»
		«Soy yo otra vez»

Después de evaluar las técnicas propuestas para conseguir los objetivos, se puede observar que no todas ellas han sido enseñadas (e.g. respiración diafragmática) o practicadas e implementadas (e.g. parada de pensamiento). Aunque la respiración abdominal tiene un apoyo riguroso en su eficacia para disminuir la activación fisiológica (Hopper et al., 2019), no se consideró necesario enseñarla puesto que la activación disminuía aplicando otras técnicas. Posteriormente, se consideró conveniente enseñar la técnica de parada de pensamiento para aquellos pensamientos ya identificados como inútiles sin tener que utilizar la técnica de reestructuración mediante filtros. La parada de pensamiento sería una herramienta de apoyo extra para conseguir los cambios deseados, sin embargo, el usuario nunca la aplicó por no sentir necesidad y porque no detectó más pensamientos irracionales. Debido al trabajo previo de reestructuración, muchos pensamientos eran ya fácilmente descartados al detectar su irracionalidad, sin requerir de un esfuerzo tan sistemático en la parada de pensamiento. Estos dos ejemplos demuestran la importancia de la evaluación continua durante todo el proceso terapéutico y no solo durante la fase de evaluación.

Aunque no se pueden usar las opiniones del consultante como una medida objetiva para medir la efectividad de la terapia, conviene incluirlas en la evaluación, por ser una medida muy significativa de la percepción del consultante sobre los efectos de la intervención. En la sesión de alta, S. verbalizó que estaba contento con el tratamiento porque ahora sabe cómo tomarse las cosas de otra manera y siente que ha conseguido los objetivos que había planteado en la fase de evaluación. También preguntó por la posibilidad de volver a la terapia en el futuro para recibir terapia de pareja o infantil. Informó de que la terapia le había ayudado.

Otros factores que podrían explicar la eficiencia de la terapia son la problemática y las variables del usuario. S. vino con un problema muy específico en solo una de las áreas de su vida. Aunque la alta activación fisiológica por temas laborales influyó en su calidad de vida y aunque vivía su día a día con más prisa y estrés, el problema era bastante específico y poco generalizado. Eso pudo facilitar que el tratamiento requiriera menos tiempo. Además, el consultante hizo muy bien su trabajo y tenía buenas capacidades, hecho que facilitó la obtención rápida de pruebas de realidad y comprobaciones.

8. **Discusión y conclusiones**

Este trabajo se ha propuesto explicar y tratar el problema de ansiedad laboral y procrastinación desde un enfoque conductual, que considera los problemas psicológicos como patrones de comportamiento operativizables bajo las leyes de aprendizaje, explicables a través de la realización de un análisis funcional. El estudio demuestra que la intervención es efectiva, observándose un cambio importante en las conductas elicidadas y emitidas por el usuario y en la consecución de los objetivos establecidos. Se asiste a una mejora importante en la calidad de vida del consultante que se expresa en una disminución de sus niveles de ansiedad en el entorno laboral y en la emisión de conductas de procrastinación. Estos cambios se observan mediante una comparación pre-post de las verbalizaciones emitidas por el usuario además de la valoración subjetiva que ofrece acerca de la intervención.

En lugar de usar un manual o protocolo de intervención estandarizada, se ha elaborado una hipótesis explicativa del problema para adaptar las técnicas de cambio a las necesidades del usuario. El estudio ha demostrado la utilidad que puede tener el análisis funcional como herramienta de evaluación y diseño de tratamiento para conseguir cambios importantes de manera eficaz. Aunque muchos casos de ansiedad pueden compartir síntomas similares (e.g. alta activación, tensión muscular, inquietud...), las conductas pueden ser variadas y cumplir funciones distintas dependiendo del individuo y de su contexto (Froxán et al., 2020). Por eso, aunque es útil conocer los manuales y protocolos de intervención sobre ansiedad, estos no deben ser la única herramienta a utilizar por el profesional: el objetivo debe ser diseñar un tratamiento personalizado dependiendo de la función de las conductas problema.

Se pueden encontrar varias limitaciones del estudio. Una de ellas es la medida usada para valorar el tratamiento: sería mejor evaluar los cambios del usuario usando test psicométricos validados, aplicados de forma previa y posterior a la intervención, con la intención de realizar un análisis estadístico para ver si realmente ha habido una mejora significativa. Además, es difícil analizar correctamente las variables causales del cambio en un estudio de caso, pues no se ha realizado un diseño ABAB (Kazdin, 2019), diseños que por razones éticas son difíciles de implementar. De este modo, los cambios podrían haberse visto afectados adicionalmente por otras

variables desconocidas y difíciles de detectar en el contexto clínico. Aunque el cambio en las verbalizaciones del usuario, su percepción subjetiva y la observación de cambios nos pueden dar buenas indicaciones de la eficacia de la intervención, medidas más objetivas serían más válidas y fiables a la hora de evaluar si el tratamiento ha demostrado cambios significativos y a la hora de determinar las variables causales.

A continuación, se describen una serie de mejoras en relación con el presente trabajo. En primer lugar, pudo ser adecuado alargar el periodo del seguimiento. El consultante mostró cambios muy rápidos hasta el punto de que no se consideró necesario el entrenamiento de todas las técnicas planificadas. Para asegurarse de que los cambios que hizo se mantuvieran en el tiempo, pudo ser oportuno programar más medias sesiones espaciadas con la intención de potenciar el nuevo aprendizaje y prevenir posibles recaídas en el futuro. El espaciamiento también daría la oportunidad para que se presentarán más situaciones difíciles o estresantes en las que poner en marcha las nuevas técnicas aprendidas. Esto hace más probable la generalización de las nuevas habilidades a otros ámbitos de la vida si ocurren situaciones similares. En segundo lugar, otra posible mejora podría ser el entrenamiento en respiración abdominal. Aunque se puede considerar que no era necesaria su implementación después de ver las mejoras conseguidas y conociendo que el consultante había practicado meditación y yoga anteriormente, podría ser una técnica fácil de entrenar y muy potente para disminuir la activación fisiológica ante situaciones estresantes. Sin embargo, es de consideración prestar atención por razones éticas al balance coste-beneficio de entrenar una técnica que quizás no sea necesaria: los tratamientos no deben durar más de lo necesario para evitar gastar tiempo o dinero del usuario de forma indebida. Finalmente, otra posible mejora del proceso terapéutico podría conllevar hacer más énfasis en la importancia del entrenamiento de las técnicas aprendidas. En el caso presentado, el usuario no entrenó la técnica parada de pensamiento debido a que no aparecían pensamientos negativos tras haber practicado la técnica de reestructuración cognitiva. Con mejoras tan rápidas puede ser que los usuarios pierdan la motivación y la adherencia para hacer el esfuerzo de entrenar otras técnicas. Intentar motivar al usuario a practicar las técnicas podría ser una buena idea para asegurar que las aplique adecuadamente a largo plazo y para dotarle de más herramientas para afrontar retos similares en el futuro.

También se describen algunas líneas futuras de investigación que se consideran interesantes. Podría ser adecuado realizar más investigaciones de estudio de caso para comprobar cómo se puede usar el análisis funcional como herramienta de evaluación y diseño personalizado de tratamiento en casos con problemáticas diferentes. En la formación académica en el área de psicología clínica, se suelen aprender los distintos trastornos y los paquetes de técnicas recomendadas para su intervención, pero muchas veces no se aprende exactamente cómo se aplica en el contexto clínico, o cómo manejar las variables específicas de la persona y su historia de aprendizaje. Además, sería interesante investigar en el futuro las variables que influyen en mejoras rápidas, lo que los psicólogos podrían hacer para facilitarlas y cómo manejar los cambios rápidos para asegurarse de que se mantienen a largo plazo. En el caso presentado, las primeras dos técnicas han sido aplicadas con una gran rapidez, y se ha evaluado que las otras técnicas no han sido necesarias, pudiéndose dar el alta después de pocas sesiones. Una variable importante ha sido la implicación y papel activo del usuario. Sería interesante investigar a más profundidad cómo se puede motivar a los usuarios a tener una buena implicación, analizar la función que hayan tenido las operaciones motivadoras, el reforzamiento de conductas de acercamiento a los objetivos adecuados y el castigo de conductas de alejamiento de ellos. Tomando en consideración el presente caso clínico, se observó que el usuario había generado nuevas reglas verbales instigadas por la psicóloga a través de interacciones verbales (e.g. «Tengo que ser mi propio control»), que facilitaron el afrontamiento a las situaciones problemáticas y disminuyeron la probabilidad de procrastinar. El uso de reglas verbales puede facilitar los cambios más eficazmente en tanto que las conductas gobernadas por reglas son más fáciles de generalizar, lo que potencia el aprendizaje de nuevas conductas más adecuadas o ajustadas (Kudadjie-Gyamfi & Rachlin, 2002) (Hayes & Ju, 1998). Sería ventajoso investigar más a fondo cómo se pueden establecer nuevas reglas verbales en la terapia que faciliten el cambio. Además, como líneas futuras de investigación, se considera interesante comprobar cómo decidir de forma más adecuada cuál es el orden prioritario de aplicación de las técnicas en función del caso. Podría ser que se requirieran más sesiones si se hubiera empezado la intervención con el entrenamiento en respiración abdominal, técnica finalmente no incluida en el tratamiento.

En conclusión, los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas psicológicos más prevalentes a nivel mundial y, en concreto, los casos de ansiedad en el ámbito laboral están

actualmente aumentando (Rigó et al., 2021). Las conductas de procrastinación son comunes en este tipo de casos y varían morfológicamente de manera amplia dependiendo de la persona, sus circunstancias y su historia de aprendizaje. Parece importante investigar el desarrollo de conductas ansiosas en el ámbito laboral así como las mejores maneras de tratar este tipo de casos, no solo porque las consecuencias a medio y largo plazo de ese tipo de conductas pueden empeorar la calidad de vida de la persona, sino también por el aumento de bajas laborales que conlleva una pérdida económica anual importante (D'Abate & Eddy, 2007; Paulsen, 2015). Además, son escasos los estudios que han investigado sobre el tratamiento de las conductas problemáticas de procrastinación en el ámbito laboral, existiendo un brecha en la investigación (Prem et al., 2018) que el presente estudio ha intentado llenar. Aunque se han desarrollado varios manuales y protocolos para los tratamientos individuales de la ansiedad laboral, se ha considerado imprescindible en este estudio el uso del análisis funcional como herramienta eficaz con base científica para la realización de una intervención personalizada. Valorando los cambios conductuales pre-post a través de verbalizaciones emitidas por el usuario, se considera que el tratamiento ha sido exitoso. El estudio ha aportado satisfactoriamente conocimientos sobre cómo evaluar e intervenir en un caso de ansiedad laboral desde un punto de vista conductual. Son necesarias más investigaciones futuras en este ámbito.

9. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force, & American Psychiatric Association Publishing. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, *15*(4), 263-279. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00137.x>
- Arnaudova, I., Kindt, M., Fanselow, M., & Beckers, T. (2017). Pathways towards the proliferation of avoidance in anxiety and implications for treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *96*, 3-13. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.04.004>
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, *43*(5), 897-910. <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Aufenanger, S., Brähler, E., Dreier, M., Müller, K. W., Quiring, O., Reinecke, L., Schmutzer, G., Stark, B., & Wölfling, K. (2016). Procrastination, Distress and Life Satisfaction across the Age Range – A German Representative Community Study. *PLOS ONE*, *11*(2), e0148054. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148054>
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Moisan, J., & Vézina, M. (1996). Job strain and psychological distress in white-collar workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *22*(2), 139-139-145. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.5271/sjweh.122>
- Bouton, M. E. (2004). Context and Behavioral Processes in Extinction: Table 1. *Learning & Memory*, *11*(5), 485-494. <https://doi.org/10.1101/lm.78804>

- D'Abate, C. P., & Eddy, E. R. (2007). Engaging in personal business on the job: Extending the presenteeism construct. *Human Resource Development Quarterly*, *18*(3), 361-383. <https://doi.org/10.1002/hrdq.1209>
- De Houwer, J. (2020). Revisiting classical conditioning as a model for anxiety disorders: A conceptual analysis and brief review. *Behaviour Research and Therapy*, *127*, 103558. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103558>
- Dymond, S. (2019). Overcoming avoidance in anxiety disorders: The contributions of Pavlovian and operant avoidance extinction methods. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *98*, 61-70. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.01.007>
- Dymond, S., Bennett, M., Boyle, S., Roche, B., & Schlund, M. (2018). Related to Anxiety: Arbitrarily Applicable Relational Responding and Experimental Psychopathology Research on Fear and Avoidance. *Perspectives on Behavior Science*, *41*(1), 189-213. <https://doi.org/10.1007/s40614-017-0133-6>
- Farach, F. J., Pruitt, L. D., Jun, J. J., Jerud, A. B., Zoellner, L. A., & Roy-Byrne, P. P. (2012). Pharmacological treatment of anxiety disorders: Current treatments and future directions. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*(8), 833-843. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.07.009>
- Froxán Parga, M. X. (2011). ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clinica y Salud*, *22*(3), 201-204. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a1>
- Froxán Parga, M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana: Conducta, metodología y aplicaciones*. Ediciones Pirámide.
- Froxán Parga, M. X., & Santacreu Mas, J. (2008). *Qué es un tratamiento psicológico*. Biblioteca Nueva.
- Hammer, C. A., & Ferrari, J. R. (2002). Differential incidence of procrastination between blue and white-collar workers. *Current Psychology*, *21*(4), 333-338. <https://doi.org/10.1007/s12144-002-1022-y>

- Hayes, S. C., & Ju, W. (1998). The applied implications of rule-governed behavior. En *Learning and behavior therapy*. (pp. 374-391). Allyn & Bacon.
- Haynes, S. N., Leisen, M. B., & Blaine, D. D. (1997). Design of Individualized Behavioral Treatment Programs Using Functional Analytic Clinical Case Models. *Psychological Assessment*, 9(4), 334-348.
- Haynes, S. N., O'Brien, W. H., Kaholokula, J. K., & Witteman, C. (2012). Concepts of Causality in Psychopathology: Applications in Clinical Assessment, Clinical Case Formulation and Functional analysis. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science Volume*, 1(1).
- Hineline, P. N., & Rosales-Ruiz, J. (2013). Behavior in relation to aversive events: Punishment and negative reinforcement. En G. J. Madden, W. V. Dube, T. D. Hackenberg, G. P. Hanley, & K. A. Lattal (Eds.), *APA handbook of behavior analysis, Vol. 1: Methods and principles*. (pp. 483-512). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13937-021>
- Johnson, D. C., & Casey, B. J. (2015). Easy to remember, difficult to forget: The development of fear regulation. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 11, 42-55. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2014.07.006>
- Kazdin, A. E. (2019). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 3-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kryptos, A.-M., Moscarello, J. M., Sears, R. M., LeDoux, J. E., & Galatzer-Levy, I. (2018). A principled method to identify individual differences and behavioral shifts in signaled active avoidance. *Learning & Memory*, 25(11), 564-568. <https://doi.org/10.1101/lm.047399.118>

- Kryptos, A.-M., Vervliet, B., & Engelhard, I. M. (2018). The validity of human avoidance paradigms. *Behaviour Research and Therapy*, *111*, 99-105. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.011>
- Kudadjie-Gyamfi, E., & Rachlin, H. (2002). Rule-governed versus contingency-governed behavior in a self-control task: Effects of changes in contingencies. *Behavioural Processes*, *57*(1), 29-35. [https://doi.org/10.1016/S0376-6357\(01\)00205-4](https://doi.org/10.1016/S0376-6357(01)00205-4)
- LeDoux, J. E. (1999). Emotion Circuits in the Brain. *Annual Review of Neuroscience*, *23*(1), 155-184. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.155>
- Lukas, C. A., & Berking, M. (2018). Reducing procrastination using a smartphone-based treatment program: A randomized controlled pilot study. *Internet Interventions*, *12*, 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.07.002>
- Metin, U. B., Taris, T. W., & Peeters, M. C. W. (2016). Measuring procrastination at work and its associated workplace aspects. *Personality and Individual Differences*, *101*, 254-263. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.006>
- Metin, U. B., Taris, T. W., Peeters, M. C. W., Korpinen, M., Smrke, U., Razum, J., Kolářová, M., Baykova, R., & Gaioshko, D. (2020). Validation of the Procrastination at Work Scale: A seven-language study. *European Journal of Psychological Assessment*, *36*(5), 767-767-776. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000554>
- Otermin-Cristeta, S., & Hautzinger, M. (2018). Developing an intervention to overcome procrastination. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, *46*(2), 171-171-183. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1080/10852352.2016.1198169>
- Paulsen, R. (2015). Non-work at work: Resistance or what? *Organization*, *22*(3), 351-367. <https://doi.org/10.1177/1350508413515541>
- Pavlov, I. P. (1927). Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex. *Annals of neurosciences*, *17*(3). <https://doi.org/10.5214/ans.0972-7531.1017309>

- Prem, R., Scheel, T. E., Weigelt, O., Hoffmann, K., & Korunka, C. (2018). Procrastination in daily working life: A diary study on within-person processes that link work characteristics to workplace procrastination. *Frontiers in Psychology, 9*. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01087>
- Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology, 13*(1), 69-93. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.1.69>
- Rigó, M., Dragano, N., Wahrendorf, M., Siegrist, J., & Lunau, T. (2021). Work stress on rise? Comparative analysis of trends in work stressors using the European working conditions survey. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 94*(3), 459-474. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01593-8>
- Rozental, A., & Carlbring, P. (2013). Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Procrastination: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols, 2*(2), e46. <https://doi.org/10.2196/resprot.2801>
- Ruwaard, J., Lange, A., Bouwman, M., Broeksteeg, J., & Schrieken, B. (2007). E-Mailed Standardized Cognitive Behavioural Treatment of Work-Related Stress: A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy, 36*(3), 179-192. <https://doi.org/10.1080/16506070701381863>
- Scheveneels, S., Boddez, Y., Vervliet, B., & Hermans, D. (2016). The validity of laboratory-based treatment research: Bridging the gap between fear extinction and exposure treatment. *Behaviour Research and Therapy, 86*, 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.015>
- Segura Gálvez, M., Sánchez Prieto, P., & Barbado Nieto, P. (1991). *Análisis funcional de la conducta: Un model o explicativo: Análisis de casos y supuestos aplicados*. Universidad de Granada.
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin, 133*(1), 65-94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.65>

- Twenge, J. M., & Joiner, T. E. (2020). U.S. Census Bureau-assessed prevalence of anxiety and depressive symptoms in 2019 and during the 2020 COVID-19 pandemic. *Depression and Anxiety, 37*(10), 954-956. <https://doi.org/10.1002/da.23077>
- van Eerde, W. (2003). A meta-analytically derived nomological network of procrastination. *Personality and Individual Differences, 35*(6), 1401-1418. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00358-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00358-6)
- Vervliet, B., & Raes, F. (2013). Criteria of validity in experimental psychopathology: Application to models of anxiety and depression. *Psychological Medicine, 43*(11), 2241-2244. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002267>
- Wang, B., Liu, Y., Qian, J., & Parker, S. K. (2021). Achieving effective remote working during the COVID-19 pandemic: A work design perspective. *Applied Psychology: An International Review, 70*(1), 16-16-59. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1111/apps.12290>
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 875-899. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.875>
- Zuj, D. V., & Norrholm, S. D. (2019). The clinical applications and practical relevance of human conditioning paradigms for posttraumatic stress disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 88*, 339-351. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.08.014>