



**Universidad
Europea** MADRID

Intervención cognitivo- conductual en un caso de ansiedad y problemas sociales

Máster de Psicología General Sanitaria

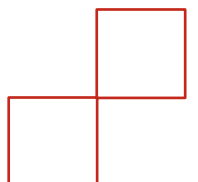
Autora: Irene Raposo Bravo

Tutora: Tatiana Fernández Marcos

28 de febrero del 2022

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

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



RESUMEN

En el presente estudio clínico se expone el caso de una paciente que presenta problemas de ansiedad y dificultades en las relaciones sociales. La paciente acude a consulta en octubre del 2021, refiriendo que le gustaría modificar la desconfianza que presenta en el área social. Asimismo, hay un segundo problema que es la preocupación por no hacer bien su trabajo, lo que le lleva a compararse con sus compañeros y trabajar más horas con el objetivo de sentirse más competente como profesional. El análisis funcional es la herramienta que ha posibilitado crear el plan de tratamiento adaptado a las necesidades particulares de la persona, siguiendo de esta manera, una intervención cognitivo-conductual basada en el empleo de las siguientes técnicas: psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, respiración profunda y relajación progresiva de Jacobson.

El proceso terapéutico ha incluido evaluación y tratamiento ya que, por motivos laborales tuvo que abandonar la terapia y no pudimos llevar a cabo sesiones de seguimiento. Las dos primeras fases tuvieron una duración de tres meses con nueve sesiones (cuatro destinadas a la evaluación y cinco a la parte de intervención) de una hora. Asimismo, se emplearon tres cuestionarios a lo largo del proceso de evaluación y, tras la finalización del tratamiento, se le pidió a la paciente que volviese a contestarlos, obteniendo una mejoría significativa en la ansiedad, asertividad, habilidades sociales y autoestima.

Palabras Clave: análisis funcional, ansiedad, asertividad, habilidades sociales, intervención cognitivo- conductual.

ABSTRACT

This clinical study explains the case of a patient with anxiety issues and social relation difficulties. The patient starts going to consultation on October 2021, stating the will of modifying the distrust she presents in social field. Likewise, the second issue concerns to the fear of not doing well her job, which leads her to compare herself with her colleagues and work more hours so as to feel more competent as a professional. Functional analysis is the tool that has made possible creating a treatment plan adapted to the particular

needs of the person, following a cognitive-behavioral intervention based on the use of the following techniques: psychoeducation, cognitive training, skills training social, assertiveness, deep breathing and Jacobson's progressive relaxation.

This therapeutic process has included evaluation and treatment till, for work reasons, the patient had to abandon therapy and we were unable to carry out follow-up sessions. The first two phases of the process were nine sessions of one hour during three months (four of them were dedicated to the evaluation and the other five, to the intervention part). Also, three questionnaires were used throughout the evaluation process and after the end of the treatment, the patient was asked to answer them again, obtaining a significant improvement in anxiety, assertiveness, social skills, and self-esteem.

Keywords: functional analysis, anxiety, assertiveness, social skills, cognitive-behavioral intervention.

ÍNDICE

RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Conceptualización de la ansiedad	1
1.2 Habilidades sociales y estilos de comunicación.....	1
1.3 Sistema de creencias	3
1.4 Terapia cognitivo-conductual.....	4
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA	8
2.1 Datos personales.....	8
2.2 Datos clínicos	9
3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN	10
4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO.....	15
4.1 Variables disposicionales	15
4.2 Análisis funcional	15
5. TRATAMIENTO.....	22
6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO	30
6.1 Adherencia al tratamiento.....	30
6.2 Consecución de objetivos	30
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	35
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
9. ANEXOS	43
Anexo 1. Consentimiento informado.....	43
Anexo 2. Cuestionarios pre-tratamiento	45
Anexo 3. Cuestionarios post-tratamiento	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	17
Figura 2	19
Figura 3	32
Figura 4	33
Figura 5	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	21
Tabla 2	21
Tabla 3	26

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Conceptualización de la ansiedad

Como menciona Cano Vindel (2010), la ansiedad es una reacción adaptativa de alerta que prepara al ser humano para la creación de un plan de acción con el objetivo de dar una respuesta adecuada ante la amenaza. Sin embargo, en ocasiones surgen falsas alarmas, ya que a veces las personas se activan sin saber muy bien la causa por la que lo hacen. Asimismo, nuestros pensamientos se correlacionan con la activación fisiológica. De esta manera, cuánto más tiempo pasamos pensando en un peligro (sea real o no), más nos activamos y, a su vez, cuánto más amenazante nos parece un acontecimiento, más reacción de ansiedad.

En esta misma línea, Barlow (2002, citado en Clark y Beck, 2012) indica que la ansiedad se trata de una emoción orientada al futuro. En relación a lo expuesto en el DSM-5 (2014) “la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura” (p. 189), la cual lleva consigo una serie de factores como, por ejemplo, vigilancia respecto a un posible peligro futuro, tensión en los músculos y comportamientos dirigidos a la evitación o prudencia.

En el caso clínico presente, en ocasiones la paciente recurre a la comida cuando muestra ansiedad, lo que hace que no diferencie entre el hambre físico o real y el emocional. En el primero, el cuerpo nos envía unas señales llamadas fisiológicas de hambre o saciedad y a través de estas sabemos si tenemos necesidad de comer o, por el contrario, estamos llenos. En el segundo caso, se confunden las señales fisiológicas con el estado emocional que estamos sintiendo en ese momento dado. De manera que, a pesar de no tener hambre, ingerimos alimento (Peña Fernández y Reidl Martínez, 2015). Del mismo modo, Whiteside et al., (2007) indican que las personas suelen recurrir a la comida cuando sienten emociones desagradables, tales como, depresión, enfado o preocupación. Las consecuencias más frecuentes que se dan al recurrir a la sobreingesta en respuesta a esas emociones son el alivio de los pensamientos negativos y del malestar.

1.2 Habilidades sociales y estilos de comunicación

En cuanto a las habilidades sociales y estilos de comunicación, la paciente presenta un estilo de afrontamiento pasivo-agresivo especialmente en dos ámbitos de su vida: relaciones sociales y trabajo. Respecto al primero, en ocasiones lleva a cabo un afrontamiento pasivo al no expresar lo que siente ni lo que piensa con el objetivo de no tener conflictos con nadie.

Asimismo, también lleva a cabo un afrontamiento agresivo, ya que en ciertas ocasiones se desahoga para aliviar su malestar, pero a la vez, se produce un deterioro en la relación. Respecto al segundo ámbito, lleva cabo un afrontamiento pasivo, ya que no establece límites y no respeta sus propios derechos, pero sí los del resto.

En consonancia con lo mencionado anteriormente, Castanyer (2010) indica que la persona que lleva a cabo un estilo de afrontamiento pasivo es aquella que no defiende sus propios derechos ni intereses. Respeto al resto, pero no a sí misma. Las consecuencias que tiene esto a corto plazo es la evitación del problema, sin embargo, a largo plazo se produce una pérdida de autoestima en la persona, falta de respeto de los demás y, en ocasiones, pérdida del aprecio por parte de la gente que le rodea. En relación al afrontamiento agresivo, se trata del polo opuesto al estilo anterior, ya que, en este caso, se defienden en exceso los derechos e intereses personales, sin respetar los del resto. En ocasiones, no los tiene realmente en cuenta y, en otras, presenta una carencia de habilidades para poder hacerle frente a ciertos acontecimientos. Las consecuencias que tiene este comportamiento a corto plazo es el desahogo de la persona, no obstante, a largo plazo se pueden producir las consecuencias mostradas a continuación: rechazo o escape por parte de las personas que le rodean, conducta de “círculo vicioso” de manera que fuerce a los demás a ser cada vez más agresivos y, de esta manera, incrementar ella su agresividad (Castanyer, 2010).

De esta manera, el estilo de afrontamiento pasivo-agresivo es aquel en el que el sujeto se mantiene callado y sumiso en su comportamiento a nivel externo, sin embargo, tiene resentimiento en sus pensamientos. Estas dos formas de afrontamiento indican una clara falta de asertividad, la cual hace referencia a la habilidad que tiene una persona para comportarse de un modo honesto y respetuoso tanto con uno mismo como con los demás (Bach y Forés, 2010). En esta misma línea, Roca (2014) alude que la asertividad es una parte esencial de las habilidades sociales y que se refiere a la defensa de los propios derechos, incluyendo la expresión de los propios sentimientos, necesidades, preferencias y opiniones, respetando a la vez los derechos de los demás.

Respecto a las habilidades sociales, Roca (2014) señala que se trata de una serie de hábitos que posibilitan que el ser humano se pueda comunicar con los demás de manera eficaz, mantener relaciones sociales satisfactorias, procurar que las personas respeten nuestros derechos y que no nos impidan alcanzar nuestros objetivos. Las habilidades sociales permiten que el individuo pueda interaccionar con el entorno, consiguiendo del mismo un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias aversivas tanto a corto como a largo plazo. De esta manera, las personas con escasas habilidades de tipo social tienden en mayor medida a tener ciertas alteraciones psicológicas como ansiedad, así como enfermedades a nivel psicosomático. Asimismo, la falta de habilidades sociales lleva a experimentar una serie de emociones como ira, frustración y percepción de rechazo o desatención por parte de las personas que les rodean.

1.3 Sistema de creencias

Otro de los aspectos a destacar en el caso clínico propuesto, es la preocupación constante y los pensamientos rumiativos acerca de lo que la gente pueda pensar de la paciente. De esta forma, se comporta como los demás quieren que lo haga, con el objetivo de ser aceptada, sin embargo, poco a poco va perdiendo identidad, al no actuar como realmente querría. Asimismo, debajo de esos pensamientos rumiativos, existen una serie de creencias irracionales que sustentan las reacciones de la paciente.

Como señalan Bernard et al., (1983 citados en Calvete y Cardeñoso, 1999) las creencias irracionales presentan las siguientes características:

- **Son falsas**, ya que pueden configurarse a partir de premisas inadecuadas que no están sustentadas por la evidencia.
- **Son órdenes**, ya que se expresan como deberes y demandas.
- **Conducen a emociones que provocan malestar** en la persona tales como, depresión o ansiedad.
- **No ayudan a conseguir objetivos**, debido a que cuando el sujeto está dominado por creencias erróneas, no está en la mejor posición para realizar ciertas tareas ni tampoco para potenciar los aspectos positivos de su vida.

De esta forma, resulta conveniente diferenciar entre las creencias racionales y las irracionales. Las primeras, son aquellas que conducen a conductas de autoayuda, sin embargo, las segundas dan lugar a conductas destructivas para la propia persona (Calvete y Cardeñoso, 1999). Del mismo modo, Landiscrini Marín (2006) señala que el comportamiento de una persona depende del sistema de creencias que esta tenga, no de los eventos que ocurran.

1.4 Terapia cognitivo-conductual

Por todo lo mencionado anteriormente, la terapia que se va a llevar a cabo a lo largo del proceso terapéutico del caso clínico mencionado es la terapia cognitivo-conductual (TCC), la cual y como señala la APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) se trata de una terapia con evidencia a nivel empírico en el tratamiento de la ansiedad. Asimismo, es una combinación de una serie de componentes cognitivos y conductuales que no ha demostrado ser superior a la terapia de conducta por sí sola, a la terapia cognitiva y a la relajación muscular progresiva o aplicada, pero sí se ha comprobado que es más eficaz que todas ellas en los resultados que se mantienen en el seguimiento (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Además, también se ha comprobado empíricamente que la TCC es superior al empleo de fármacos (Capafons, 2001).

Asimismo, la TCC se encuentra configurada por diversas técnicas con evidencia empírica que permiten la adquisición de los objetivos planteados para el caso clínico propuesto, las cuales se describen a continuación:

- **Psicoeducación:** aproximación terapéutica en la cual se le ofrece al paciente información específica acerca del problema en cuestión, siendo su principal objetivo el incremento de la adherencia al tratamiento, el cual es un factor clave en el éxito del proceso terapéutico. Asimismo, no solo se refiere a la definición de un diagnóstico, sino también busca hablar sobre ciertas situaciones en la vida de las personas, que se vuelven difíciles debido al desconocimiento de cómo abordarlas (Godoy et al., 2020).

- **Reestructuración cognitiva:** Mahoney y Arnkoff (1978, citados en Ruiz Fernández et al., 2012) señalan que esta técnica se basa en la identificación y cambio de las cogniciones distorsionadas que se encuentran manteniendo el problema. Del mismo modo, se focalizan en el significado, realizando un análisis de la racionalidad de los pensamientos o creencias y orientan al paciente en la búsqueda de un pensamiento más racional, atacando las distorsiones que pueden estar generándose en el procesamiento de la información. Los ejemplos más genuinos de las técnicas de reestructuración cognitiva son: la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis (TREC) (1962) y la Terapia Cognitiva de Beck (1979) (Ruiz Fernández et al., 2012).
 - ❖ **Terapia Racional Emotiva de Ellis:** Albert Ellis fue el creador de la TREC y uno de los pioneros de la TCC. La TREC destacaba el papel del sistema de creencias de las personas en la evolución de los trastornos emocionales, haciendo énfasis en que la modificación de esas creencias irracionales puede originar un cambio a nivel emocional y conductual (Ruiz Fernández et al., 2012).

Asimismo, dentro de la TREC, se encuentra el modelo ABC, el cual se detalla a continuación: cuando las personas intentan alcanzar sus objetivos, se van encontrando con diferentes acontecimientos activadores (A), los cuales van a permitir o a dificultar conseguir dichas metas, en función de las interpretaciones que se realicen de esas situaciones. Estos por sí solos no generan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C), ya que estas dependen de cómo el sujeto interprete la situación, en base a su sistema de creencias (B) (Ruiz Fernández et al., 2012).

- ❖ **Terapia Cognitiva de Beck:** como indica Beck (2015), el psicólogo busca generar un cambio cognitivo, es decir, tanto en el pensamiento como en el sistema de creencias de la persona con la finalidad de lograr una transformación duradera de sus comportamientos y emociones.

- **Entrenamiento en habilidades sociales (EHS):** es una de las TCC más empleadas para aumentar la eficacia interpersonal. El EHS podría definirse como enfoque centrado en aumentar la competencia de la actuación ante acontecimientos difíciles de la vida. Asimismo, Caballo e Irurtia (2008) describen cuatro fases en la práctica de esta técnica:
 - ❖ **Primera etapa:** se trabaja sobre la construcción de un sistema de creencias que se base en garantizar el respeto por los propios derechos y por los del resto.
 - ❖ **Segunda etapa:** consiste en que el paciente aprenda y diferencie entre respuestas asertivas, pasivas y agresivas. Además, debe entender que el comportamiento asertivo es el más adecuado.
 - ❖ **Tercera etapa:** basada en la realización de la técnica de reestructuración cognitiva, actuando en la forma de pensar incorrecta que tiene la persona ante ciertas situaciones en su vida. La finalidad principal de las técnicas cognitivas empleadas es que los pacientes sean capaces de reconocer que lo que se dicen a sí mismos, puede incidir tanto en sus emociones como en sus conductas.
 - ❖ **Cuarta etapa:** se dirige al ensayo conductual de las respuestas aprendidas mediante la reestructuración cognitiva.
- **Técnicas de relajación (TR):** esta técnica presenta apoyo empírico sobre su eficacia y efectividad. Asimismo, disminuir los niveles de activación psicofisiológica suele ser una de las finalidades psicoterapéuticas más frecuentes, siendo de especial importancia en ciertas problemáticas como, por ejemplo, los trastornos de ansiedad. Además, las TR no tienen efectos secundarios indeseables, incluso pueden emplearse sin tener que responder a un problema específico del paciente, siendo útiles simplemente para incrementar la calidad de vida del sujeto (Blanco et al., 2014).

En esta misma línea, Ruiz Fernández et al., (2012) aluden que la finalidad de esta técnica es disminuir el estado de activación, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior.

La técnica de relajación que se va a realizar para el presente caso clínico es la relajación progresiva, que como señalan Ruiz Fernández et al., (2012) debe su desarrollo a Edmund Jacobson (1939) el cual comprobó que contrayendo y destensando un conjunto de músculos y notando las sensaciones corporales que se generaban al hacerlo, desaparecían prácticamente por completo las contracciones musculares, dando lugar a un estado de relajación profunda. La relajación progresiva se usa especialmente en el ámbito clínico con el objetivo de disminuir la tensión a nivel mental. Asimismo, las investigaciones señalan que la mente alcanza una mayor tranquilidad debido a la relajación de la musculatura (Payne, 2005).

A pesar de las ventajas que tiene este tipo de técnica, Ruiz Fernández et al., (2012) aluden que en el procedimiento original de Jacobson se necesitaba realizar muchos ejercicios y varios meses de entrenamiento para llegar a obtener un estado de relajación aceptable, por lo que actualmente, los ejercicios son más breves y fáciles de aplicar. En esta línea, Bernstein y Borkovec (1973) llevaron a cabo una adaptación de la técnica original de Jacobson y es una de las más empleadas en la terapia cognitivo-conductual (Ruiz Fernández et al., 2012). Autores como Bernstein y Given (1984, como se citaron en Payne, 2005) muestran que los objetivos principales de este tipo de relajación son los siguientes: lograr un estado profundo de relajación en períodos cortos y controlar el exceso de tensión en situaciones estresantes. Del mismo modo, a través de esta técnica se le explica al sujeto que la finalidad de la relajación es la disminución de los síntomas fisiológicos que genera la ansiedad, lo que a su vez va a dar lugar a la reducción de las preocupaciones (Bados, 2005).

- **Técnicas de respiración:** la respiración es un proceso fundamental en la regulación de la actividad metabólica del organismo (Ruiz Fernández et al., 2012). Labrador (2008) alude que existen

condiciones que pueden dar lugar a hábitos de respiración poco adecuados como, por ejemplo, circunstancias estresantes, posturas o actividades. Asimismo, uno de los efectos de la ansiedad y, en general, de los aumentos en activación fisiológica es la presencia de respiración rápida y superficial, lo que da lugar a una peor oxigenación y mayor tensión muscular. Como alternativa a esto, se puede optar por un patrón de respiración basado en la inspiración lenta y regular para que haya una buena oxigenación en los pulmones y una disminución del nivel de activación.

En consonancia con lo mencionado, Ruiz Fernández et al., (2012) aluden que existen diferentes ejercicios para practicar la respiración, sin embargo, en este trabajo, se va a llevar a cabo la respiración profunda, la cual se emplea para disminuir el nivel de activación general del organismo. De igual manera, Labrador (2008) señala que esta técnica es sencilla y puede emplearse en situaciones de elevada respuesta emocional. El procedimiento para su realización se basa en una inspiración profunda, acompañada de un período de retención (el cual oscila entre los cinco y los diez segundos) y, posteriormente, una lenta exhalación del aire.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

2.1 Datos personales

Nombre: para mantener el anonimato, de aquí en adelante le llamaremos D, ya que es ilegal facilitar datos personales que puedan identificar a la persona. Asimismo, antes de comenzar la sesión, se le pasa a D el consentimiento informado (Anexo 1).

Edad: 27 años.

Sexo: mujer.

Estado civil: soltera (con pareja con la cual convive desde hace 4 años).

Profesión: psicóloga infanto-juvenil.

Nivel de estudios: postobligatorios (graduada en Psicología y realización del Máster en Psicología General Sanitaria, así como el Máster en Psicología infanto-juvenil).

Nivel económico: posición económica media. Aspecto que le causa malestar debido a que tiene que trabajar en cinco centros para poder tener un sueldo medianamente normal.

Procedencia geográfica: española.

Situación familiar: es hija única y no convive con sus padres. Desde pequeña no ha tenido una buena relación con ellos. Discutían y se comunicaban entre ellos a través de D. Cuando la paciente cumple 20 años, los padres deciden separarse debido a los conflictos que había en casa. Esto para D lejos de causarle malestar, le provoca alivio, ya que, a raíz de la separación, la relación con su padre mejoró.

2.2 Datos clínicos

Antecedentes: es la primera vez que acude al psicólogo, a pesar de que lleva un tiempo planteárselo debido a diferentes aspectos de su vida que le causan malestar. A nivel farmacológico, toma pastillas para la alergia y yurelax + cuando le duele la espalda.

Motivo de consulta: acude a sesión psicológica refiriendo que presenta desconfianza en el área de las relaciones sociales. Este problema se mantiene por los comportamientos sumisos (y, en ciertas ocasiones agresivos) y por las comparaciones que lleva a cabo con otras personas a través de las cuales trata de tener cierto control en las relaciones. Sin embargo, a largo plazo no consigue modificar esa desconfianza e inseguridad. Además, hay un segundo problema que es la preocupación por no hacer bien su trabajo. Este aspecto también se relaciona con el anterior en la medida en que los comportamientos que lo mantienen son compararse con los demás y trabajar más horas para sentirse competente a corto plazo, no obstante, a largo plazo siente ansiedad.

3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

La paciente contacta con el centro vía mail el 28 de septiembre de 2021 para solicitar terapia online, puesto que vive lejos del centro. Se acuerda la primera cita para el 7 de octubre de 2021, comenzando en este momento el proceso de evaluación, el cual tiene una duración de cuatro sesiones, finalizándose el 12 de noviembre del 2021.

A lo largo de la evaluación, se emplearon diversas estrategias para la recogida y valoración de la información:

- **Autorregistros:** se emplea con periodicidad semanal para poder analizar las situaciones molestas que había tenido en ese tiempo, así como sus pensamientos, emociones y conductas ante esos acontecimientos. Esta estrategia de evaluación resulta útil tanto para el terapeuta como para la paciente. En primer lugar, ayuda al profesional a saber qué situaciones le generan malestar y qué piensa, qué siente y cómo actúa en ciertos momentos. En segundo lugar, le sirve a D para poder analizar esas situaciones y las respuestas que tiene ante ellas. Asimismo, el autorregistro se mantuvo durante el proceso de evaluación y de intervención.
- **Historia biográfica:** (del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid) la cual se manda para casa con el objetivo de que la paciente pueda señalar aspectos que igual no se han podido completar en la primera entrevista y, además, profundizar en datos ya abordados en sesión. Asimismo, la historia biográfica está formada por estos apartados:
 - ❖ Motivo de consulta
 - ❖ Tratamientos anteriores
 - ❖ Expectativas sobre la terapia y motivaciones
 - ❖ Datos familiares
 - ❖ Relación de pareja/sexualidad
 - ❖ Aspectos sociales e intereses
 - ❖ Información académica y profesional

- **Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger et al., 1986):** se administra para conocer los niveles de ansiedad de la paciente, empleándose la versión española (Buela-Casal et al., 2011). Este instrumento se encarga de medir dos conceptos de ansiedad: la ansiedad como estado (A/E) y como rasgo (A/R). Cada una de estas subescalas está formada por 20 cuestiones. Por un lado, la A/E se encarga de evaluar un estado emocional transitorio, es decir, está asociada a momentos específicos. Por otro lado, la A/R hace referencia a una propensión ansiosa relativamente estable. (Buela-Casal et al., 2011).

Se selecciona este cuestionario debido a que, tanto en la entrevista como en el autorregistro e historia biográfica, la paciente señala que en ciertas situaciones tiene ansiedad (cuando discute con amigos suyos y cuando tiene mucha sobrecarga laboral) y, en ocasiones, una de las cosas que hace para aliviarla es recurrir a la ingesta de comida, sintiendo posteriormente, arrepentimiento por ello.

La elección de este instrumento frente a otro que mida la ansiedad se debe a que los análisis psicométricos a los que ha sido sometido han tenido buenos resultados, hallando una elevada consistencia interna y una buena validez (Buela-Casal et al., 2011).

Respecto al centil obtenido por D en A/E es de 50, por lo que se podría indicar que se encuentra en la media respecto a su población de referencia. De esta manera, podría presentar ansiedad en ciertos momentos. Respecto a la puntuación en A/R es 77, lo cual podría señalar que su ansiedad a lo largo del tiempo es más elevada que aquella que se produce ante situaciones específicas.

- **Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero González, 2010):** la administración de esta escala se debe a que la paciente señala que le da mucha importancia a lo que los demás piensen de ella, por lo que en ocasiones se comporta como los demás quisieran, lo que a veces le impide ser ella misma.

La EHS ha sido elegida entre otras debido a que tiene validez, ya que lo que pretende es validar toda la escala, es decir, el constructo que manifiestan todos los ítems en su conjunto y no cada uno de sus factores, pese a que también se lleve a cabo un análisis de estos. Asimismo, la mayor parte de los factores que forman la escala cuentan con una elevada fiabilidad, incluso alguno de ellos la tienen bastante alta a consecuencia del pequeño número de ítems (este es el caso de los factores III y IV).

Este instrumento, está compuesto por seis factores los cuales son los mostrados a continuación:

- I. **Autoexpresión en situaciones sociales.** Este elemento se relaciona con la capacidad de autoexpresión en diferentes tipos de situaciones sociales.
- II. **Defensa de los propios derechos como consumidor.** Hace referencia a defender los propios derechos de forma asertiva.
- III. **Expresión de enfado o disconformidad.** Indica la capacidad para expresar desacuerdo o, por el contrario, la dificultad de hacerlo.
- IV. **Decir no y cortar interacciones.** Alude a la habilidad de cortar relaciones que no se quieren mantener.
- V. **Hacer peticiones.** Muestra la capacidad para expresar peticiones de aquello que queremos conseguir.
- VI. **Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.** Refleja la habilidad para iniciar relaciones con personas del sexo contrario.

A continuación, se muestra la puntuación obtenida por D en los factores previamente mencionados:

- I. **Autoexpresión en situaciones sociales.** El centil obtenido por la paciente en este elemento es 15, lo cual podría indicar que D presenta dificultades para interaccionar en situaciones sociales y también para expresar su opinión y sentimientos.

- II. **Defensa de los propios derechos como consumidor.** La puntuación que ha obtenido es 15, por lo que se podría señalar que tiene dificultades a la hora de expresarse de forma asertiva en defensa de sus propios derechos.
- III. **Expresión de enfado o disconformidad.** El centil en este factor es 15, lo cual podría denotar que tiende a evitar conflictos con los demás, puesto que una puntuación baja en este elemento hace referencia a la dificultad que presenta la persona para expresar enfado o sentimientos negativos justificados y el preferir estar callada con el objetivo de evitar discrepancias con el resto.
- IV. **Decir no y cortar interacciones.** El resultado obtenido en este elemento (35) es más elevado que en los tres anteriores, sin embargo, sigue estando considerablemente por debajo de la media. Ante esta puntuación se podría señalar que tiene dificultades a la hora de parar interacciones que no quiere mantener.
- V. **Hacer peticiones.** La puntuación obtenida por D es 25, por lo que una puntuación baja podría indicar la falta de capacidad para expresar peticiones.
- VI. **Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.** El centil es 35, por lo que podría señalarse que la paciente tiene ciertas dificultades a la hora de comunicarse con personas del sexo opuesto de forma espontánea y sin ansiedad.

A nivel global, el percentil obtenido por D en la EHS es 20, por lo que se encuentra por debajo de la media en relación a su población de referencia en todos los factores. Esto se correlaciona con lo observado por la psicóloga a lo largo del proceso terapéutico. Algunas de las frases mencionadas por la paciente en base a este tema son las siguientes: “siempre estoy muy pendiente de lo que digo y hago porque no quiero que a nadie le sienta mal”, “no quiero tener problemas, quiero caer bien, lo que al final me lleva a sentirme mal conmigo misma porque no puedo ser yo”.

- **Escala de Autoestima de Ronsenberg (Rosenberg, 1965):** esta escala ha sido seleccionada debido a que, durante la entrevista psicológica, muestra una baja autoestima, refiriendo en varias ocasiones que se siente un fraude como psicóloga, que nunca lo va a hacer bien y atribuyéndose la responsabilidad del comportamiento de los demás a ella misma.

Además, se decidió administrar este instrumento de autoestima y no otro, ya que autores como Martín-Albo et al., (2007) señalan que la escala cuenta con una buena consistencia interna y correlación test-retest, lo cual respalda su confiabilidad. Además, también indica que existe evidencia científica suficiente para sustentar la validez de constructo del instrumento.

Respecto a los resultados de la paciente, ha obtenido un 27 de puntuación. Asimismo, la interpretación de la escala indica que resultados entre 26 y 29, refieren una autoestima media, es decir, no existen problemas graves de ansiedad, pero sí que podría estar dañada. A lo largo de la evaluación psicológica, se ha observado que la autoestima es una de las áreas a trabajar.

- **Entrevista abierta:** esta estrategia de evaluación ha sido la más importante, puesto que a través de ella hemos obtenido y analizado junto a la paciente las dificultades que presenta en la actualidad, cómo estas inciden en su día a día, la sintomatología asociada a estas problemáticas y las áreas de su vida que se ven más afectadas. Asimismo, a través de la entrevista se ha podido correlacionar los resultados obtenidos en los diferentes cuestionarios con la información recogida a lo largo de las sesiones. Además, a partir de esta herramienta se pudieron recabar los datos necesarios para la construcción del análisis funcional del caso.

En consonancia con lo anterior, Perpiñá (2012) señala que, la entrevista es la técnica de recogida de información más ampliamente utilizada y en ella se pueden analizar tanto la comunicación verbal como la no verbal. Asimismo, la entrevista se encuentra presente durante todo el proceso de evaluación e intervención.

4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

4.1 Variables disposicionales

Son aquellas que predisponen a la persona al problema e incrementan su probabilidad de aparición. En el caso de D encontramos las siguientes variables disposicionales: historia de vida y ansiedad laboral. En primer lugar, por aprendizaje vicario de su madre podría haber adquirido ciertas creencias irracionales respecto a sus relaciones sociales. Asimismo, la inseguridad y la desconfianza que tiene tanto hacia ella misma como hacia el resto podría devenir de su infancia y adolescencia.

En segundo lugar, lleva trabajando desde hace mucho tiempo para poder pagarse el alquiler de la casa en la que vive junto a su pareja, sin embargo, el hecho de aceptar y no rechazar ningún centro (por muy lejos que esté de su vivienda) le genera ansiedad, ya que no tiene momentos de descanso al día. Además, a la situación de sobrecarga laboral, se añaden los abandonos de los pacientes, los cuales han ido reforzando esa inseguridad y desconfianza, así como la idea de que no es buena profesional.

4.2 Análisis funcional

Como resultado de la evaluación se concluye que la consultante presenta dificultades en el área de habilidades sociales, asertividad y establecimiento de límites. Esto ocurre sobre todo en dos áreas significativas de su vida: en el trabajo y en las relaciones sociales. Asimismo, señala que cuando siente ansiedad, a veces recurre a la comida, siendo las ingestas que realiza abundantes, lo que hace que luego se sienta mal consigo misma. En este sentido, para llevar a cabo una correcta propuesta de intervención, adaptada a las necesidades particulares de la paciente, se realiza un análisis funcional de las conductas problema, el cual se basa en “la identificación de relaciones funcionales, causales y no causales, importantes y controlables, aplicables a determinadas conductas de un individuo” (Haynes et al., 1990, 2000, como se citaron en Keawe’aimoku Kaholokula et al., 2013, p.119).

De igual manera, como el análisis funcional permite la adaptación del psicólogo a las necesidades de cada paciente, en ocasiones, se podrán añadir o descartar ciertas técnicas con el objetivo de beneficiar en todo momento el proceso terapéutico de la persona, basándonos en las necesidades de la misma (Fernández-Marcos et al., 2014).

Siguiendo la línea anterior, Haynes et al., (2017) indican que el análisis funcional se trata de una herramienta de trabajo dinámica y basada en hipótesis generadas por el profesional acerca de los problemas de comportamiento del paciente, los objetivos de tratamiento, los factores que afectan y son afectados por las dificultades del sujeto y las relaciones funcionales que existen entre los mismos.

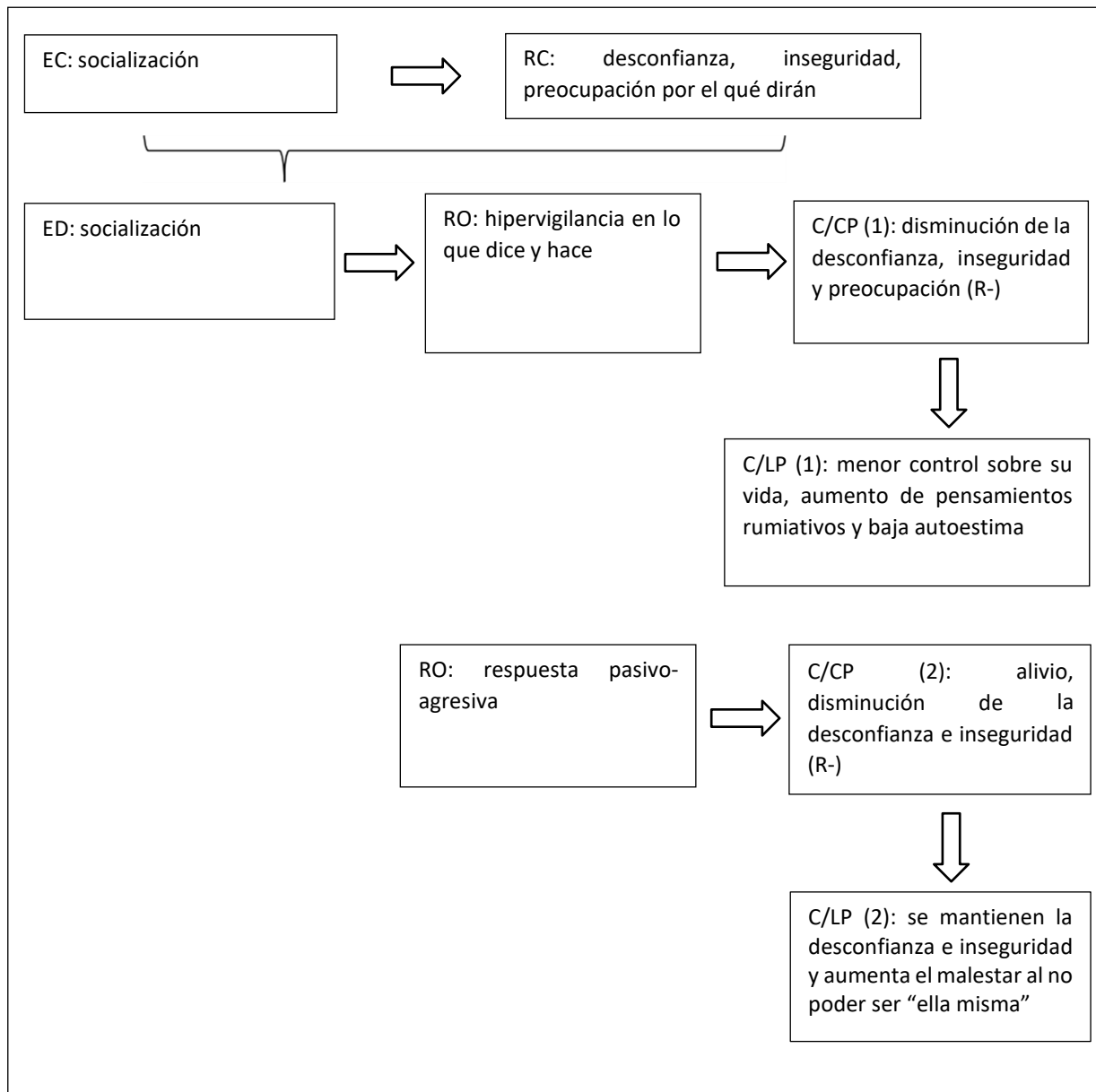
En este sentido, a partir del análisis funcional, se pueden establecer las hipótesis de origen y mantenimiento del problema. En el caso clínico descrito, no existe un origen o desencadenante claro de las conductas problema, siguiendo ambas un curso insidioso. En relación al mantenimiento de las mismas, a continuación, se lleva a cabo una descripción de ambas y las razones por las cuales se mantienen.

La primera conducta problema que vamos a analizar es la dificultad que presenta en las relaciones sociales. Cuando la paciente era pequeña, sus padres tenían discusiones constantes y se comunicaban entre ellos a través de su hija. Asimismo, su desconfianza hacia los demás y su inseguridad hacia ella misma, podrían haberse aprendido a través de aprendizaje vicario, ya que su madre le decía de manera reiterada que nunca debía fiarse de nadie y que se la iban a jugar. A partir de esto, ante situaciones que requieren socialización, lleva a cabo un control de sus acciones, lo que hace que, a corto plazo, su malestar se reduzca por refuerzo negativo (R-), no obstante, a largo plazo, presenta un menor control sobre su vida, aumento de pensamientos rumiativos, mantenimiento de la inseguridad y desconfianza y, por tanto, un consecuente deterioro en la autoestima.

Asimismo, a la hora de interactuar, emite una respuesta pasivo-agresiva, ya que, en algunas ocasiones, no pone solución a los problemas y prefiere no expresarse para evitar conflictos y, en otras, lleva a cabo una respuesta desmesurada con el objetivo de desahogarse. De esta manera, a corto plazo, siente alivio y disminución de inseguridad (R-), sin embargo, a largo plazo, se mantiene esa inseguridad en ella misma, al no poder comportarse como ella quisiera.

Figura 1

Cadena de mantenimiento del problema al socializar



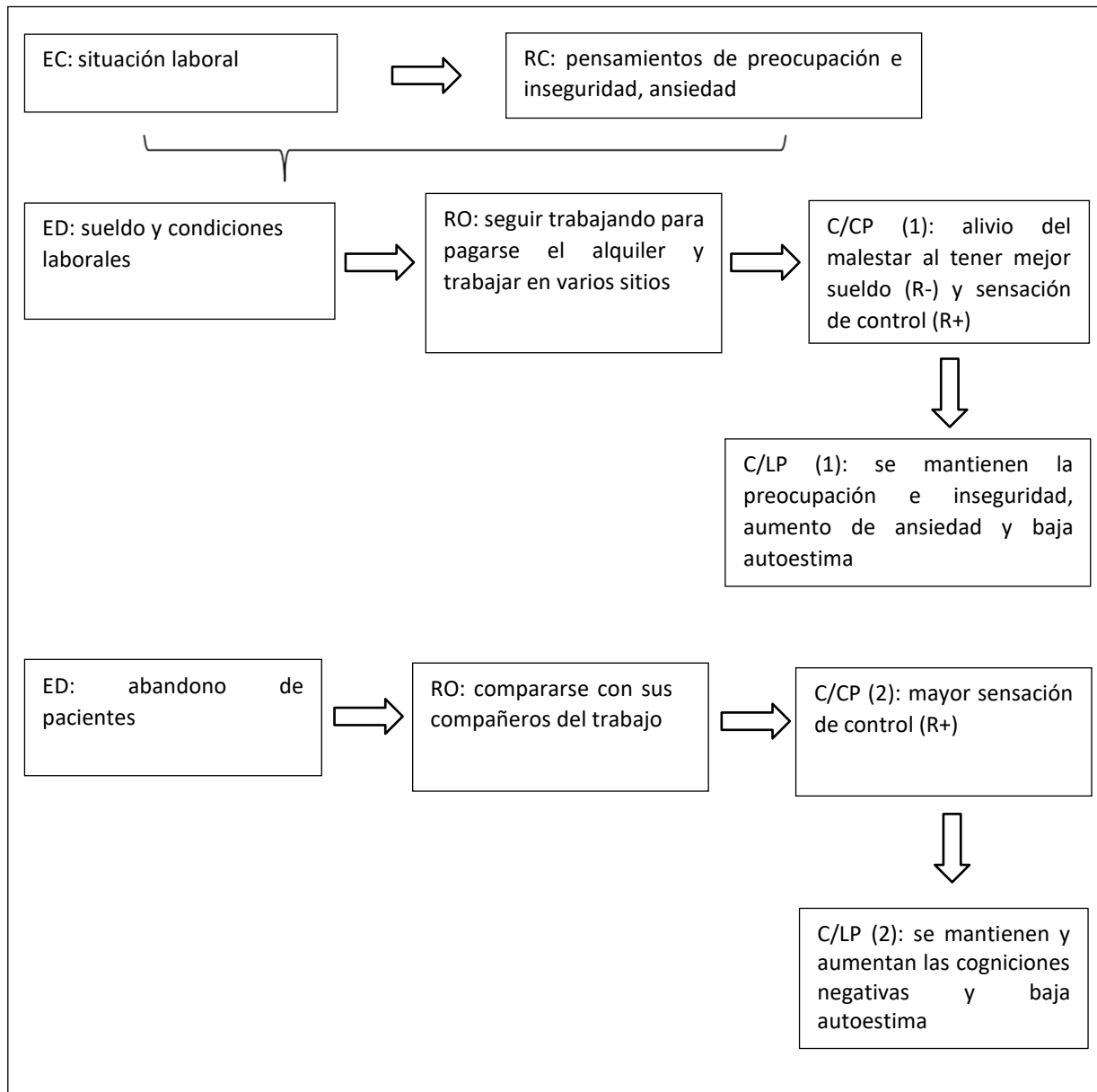
Nota. EC: estímulo condicionado. RC: respuesta condicionada. ED: estímulo discriminativo. RO: respuesta operante. C/CP: consecuencias a corto plazo. C/LP: consecuencias a largo plazo.

La segunda conducta problema a explicitar es la ansiedad laboral a la que tiene que hacer frente la paciente día tras día. Empezó a trabajar como psicóloga en un centro en el que el sueldo era muy bajo y tenía que realizar muchos esfuerzos para sacar el trabajo adelante. Esto provocaba en ella malestar, preocupación y tensión muscular ya que, por una parte, necesitaba el dinero para poder pagarse el alquiler de la casa y, por la otra, no veía compensado lo que cobraba con las funciones que tenía que realizar. Ante esta situación, lo que hace es seguir cogiendo centros de Psicología para trabajar, lo cual a corto plazo genera en ella un alivio y una disminución de la preocupación (R-) al tener más dinero a fin de mes, así como una sensación de control (R+) al saber que en cuantos más centros trabaje, mayor dinero tendrá. Sin embargo, esto a largo plazo, supone un aumento de la ansiedad laboral y del malestar general.

Asimismo, a todo esto, se añade que cuando abandonan sus pacientes, se responsabiliza de los abandonos, sintiéndose insegura como profesional. Esto puede contemplarse a través de las propias verbalizaciones que realiza la paciente a lo largo de las sesiones “soy un fraude”, “no lo hago bien y nunca lo voy a hacer”, “no soy buena psicóloga”, pudiendo existir un posible síndrome del impostor. Ante esos abandonos lo que hace es compararse con sus compañeros, lo que a corto plazo hace que tenga una mayor sensación de control (R+). Sin embargo, a largo plazo, se mantienen y aumentan los pensamientos negativos respecto a su labor, dando lugar a una baja autoestima.

Figura 2

Cadena de mantenimiento del problema respecto a la situación laboral



A partir de lo abordado a través del análisis funcional, se considera importante aumentar las habilidades sociales y la asertividad, sustituyendo sus respuestas pasivo-agresivas por otras más asertivas, de manera que pueda expresar sus opiniones, deseos y necesidades sin vulnerar los derechos de los demás. Asimismo, también es conveniente reducir los niveles de ansiedad, lo cual puede llevarse a cabo a través de la psicoeducación y el empleo de las técnicas de respiración profunda y relajación progresiva de Jacobson.

Otros de los aspectos a destacar es el modificar los pensamientos distorsionados a través de la reestructuración cognitiva y el aumento de la autoestima a través de diferentes ejercicios, como el árbol de los logros o la lista de cualidades positivas, los cuales pueden ser útiles en el incremento de verbalizaciones positivas hacia su persona.

Tras lo abordado previamente, se considera prioritario intervenir en reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales y asertivas, ya que se reducirían las creencias irracionales y las respuestas pasivo-agresivas, dando lugar a la creación de un pensamiento más positivo y racional, así como respuestas asertivas ante diferentes situaciones sociales.

A continuación, se concretan los objetivos con los que la paciente acude a consulta, así como los objetivos específicos y las técnicas de intervención cognitivo-conductuales para la consecución de los mismos:

Tabla 1

Objetivos generales

Objetivos generales:
-Mejorar las relaciones sociales -Reducir el malestar asociado a la sobrecarga laboral

Tabla 2

Objetivos específicos y técnicas cognitivo-conductuales

Objetivos específicos:	Técnicas cognitivo-conductuales:
-Disminuir los pensamientos de preocupación acerca del futuro y de lo que los demás puedan pensar, así como creencias irracionales.	-Psicoeducación en expectativas. -Modelo ABC de Albert Ellis. -Reestructuración cognitiva.
-Incrementar las habilidades sociales.	-Entrenamiento en habilidades sociales.
-Eliminar recurrir a la comida cuando siente ansiedad.	-Psicoeducación acerca del hambre real y emocional y como este último influye en el estado de ánimo.
-Focalizarse más en vivir el presente.	-Técnicas de respiración y relajación.
-Trabajar la asertividad.	-Técnicas de comunicación asertiva (establecer límites y ser capaz de rechazar trabajos).
-Aumentar la autoestima.	-Técnicas dirigidas al incremento de la autoestima.

5. TRATAMIENTO

El proceso terapéutico tuvo una duración de nueve sesiones, de las cuales cuatro de ellas se dedicaron a la evaluación y cinco a la intervención. Como se ha mencionado previamente, la paciente pide ayuda psicológica en el mes de octubre, iniciándose de esta manera el proceso de evaluación (hasta el mes de noviembre). Respecto a la parte de tratamiento, se realiza en un transcurso de dos meses (hasta enero). Las sesiones fueron de una hora y nos veíamos semanalmente, a excepción de tres ocasiones en las que tuvimos que espaciar las sesiones dos/tres semanas por motivos laborales de la paciente.

Las primeras cuatro sesiones, se destinaron a la evaluación, la cual se llevó a cabo mediante la entrevista y la realización de cuestionarios. Asimismo, para casa completó autorregistros y la historia biográfica. En la quinta cita se le explicó el análisis funcional, se detallaron los resultados obtenidos en los cuestionarios (que coincidieron con lo observado a lo largo de la entrevista) y se le propuso el plan de tratamiento (objetivos terapéuticos y técnicas) llevando a cabo un orden en la consecución de los objetivos. Como tarea para casa, se le pidió que escribiese en una hoja todo lo hablado en la sesión de devolución, ya que se transmite mucha información relevante y la finalidad principal es que comprenda las áreas problema y lo que vamos a hacer para poder reducir o eliminar el malestar que ciertas situaciones le provocan. Asimismo, otra de las tareas para casa era la realización del autorregistro semanal.

En la sexta sesión comenzó el tratamiento. En esta ocasión, decidimos comenzar por reducir los pensamientos negativos hacia el futuro, así como las rumiaciones acerca de lo que los demás puedan pensar de ella. Asimismo, también se explicó cómo lo que nos decimos a nosotros mismos, puede incidir en nuestro estado de ánimo. De esta manera, llevamos a cabo la técnica de psicoeducación en el modelo ABC de Albert Ellis con la finalidad de analizar cómo es su sistema de creencias y explicar cómo en función de este se puede interpretar de una u otra manera un acontecimiento cualquiera. Del mismo modo, se enseñó cómo buscar pensamientos alternativos a situaciones que le generan malestar a través de la técnica de reestructuración cognitiva. Además, también se realizó psicoeducación en expectativas, debido a las preocupaciones que tiene hacia el futuro.

Como tarea para casa, tenía que rellenar el autorregistro semanal y el Test de Creencias Irracionales de Ellis y enviar este último por correo antes de la próxima sesión para tenerlo corregido y poder abordar las puntuaciones obtenidas. Del mismo modo, se hizo uso de este instrumento, puesto que permite recoger las 10 creencias irracionales propuestas por Ellis, las cuales y como señala Coppari (2010) son las siguientes:

- Necesidad de aprobación
- Altas expectativas
- Tendencia a culpabilizar
- Control emocional
- Indefensión acerca del cambio
- Perfeccionismo
- Dependencia de otros
- Ansiedad acerca del futuro
- Evitación de problemas
- Reacción a la frustración

El test está compuesto por 100 ítems, en los que la persona tiene que contestar si está de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones mostradas y la puntuación que se obtiene se establece en una escala de 0 a 10, siendo 0 que la persona no se encuentra limitada por esa creencia y 10 que dicha creencia interfiere en gran medida en su día a día (Coppari, 2010).

La séptima cita estuvo destinada al análisis del instrumento mencionado previamente. Fuimos observando las creencias irracionales una a una, centrándonos especialmente en aquellas en las que había obtenido una puntuación de 5 o superior a la misma, las cuales fueron las mostradas a continuación:

- Necesidad de aprobación
- Altas expectativas
- Control emocional
- Dependencia de otros

- Ansiedad al futuro
- Evitar problemas

Tras comentar los resultados obtenidos en cada una de las creencias, pasamos a debatir la razón por la cual eran irracionales, proponiendo a su vez alternativas más racionales. En esta ocasión, como tarea entre sesiones tenía que realizar el autorregistro semanal, pero esta vez añadiendo un apartado de pensamiento alternativo.

La octava sesión estuvo dirigida a reducir esa ansiedad y, por tanto, el no recurrir a la comida cuando siente esta emoción. Para ello, se llevó a cabo psicoeducación acerca de la ansiedad (¿qué es?, ¿cómo funciona?, ¿cuándo me ayuda y cuándo no?, diferencias entre la ansiedad adaptativa y la desadaptativa y curva de la ansiedad) y del hambre emocional diferenciándolo con el físico o real. Después, se explicaron los diferentes estilos de comunicación (pasivo, asertivo y agresivo) así como la importancia del establecimiento de límites y del decir “NO”, ya que esto último es un aspecto que le genera gran dificultad tanto en el área social como en el laboral.

La sesión acabó con la explicación de la técnica de respiración profunda, enfatizando en el objetivo de la misma y en sus beneficios. De esta forma, se le planteó un ejercicio de respiración profunda, el cual puede llevar a cabo en casa o en los descansos del trabajo con la finalidad de reducir sus niveles de activación y, por tanto, focalizarse más en el momento presente. De esta manera, como tarea para la semana siguiente, se le mandó un autorregistro de la respiración, a través del cual tenía que apuntar el día, la hora de realización del ejercicio, la tensión del 0 al 10 antes de realizar el entrenamiento, la tensión del 0 al 10 tras haberlo llevado a cabo y comentarios acerca de las sensaciones que le había generado esta práctica. Además, también tenía que seguir cumplimentando el autorregistro semanal con el pensamiento alternativo.

En la novena sesión, comenzamos viendo el autorregistro del entrenamiento en respiración y analizamos las sensaciones que había experimentado tras la realización del ejercicio y cómo se sentía tanto antes como después de haberlo llevado a cabo. Posteriormente, seguimos trabajando en la reducción de los pensamientos negativos a través de la reestructuración cognitiva.

Después, continuamos la sesión con ejercicios de entrenamiento en habilidades sociales y asertividad a través de rol playing y ejemplificación de situaciones en las que tenía que observar el estilo de comunicación que se estaba usando y plantear una comunicación asertiva para cada situación. Para finalizar, explicamos en qué consistía la relajación progresiva de Jacobson, así como el objetivo principal de la técnica, el cual se mostró realizando un ejercicio de entrenamiento. Como actividad para casa, se acordó seguir con los ejercicios de respiración profunda y la práctica en relajación.

La décima y última sesión, no se realizó debido a que la paciente decidió dar por finalizada la terapia. Sin embargo, el planteamiento que se llevó a cabo para la cita final fue el siguiente: practicar la relajación progresiva de Jacobson y trabajar el incremento de la autoestima y autoconfianza. Esto último se pensaba realizar a través de la lista de cualidades o del ejercicio “árbol de los logros”, el cual consiste en llevar a cabo una lista con los valores positivos que la persona considere que le configuran como ser humano y otra con los logros alcanzados y de los cuales se sienta orgullosa. Después, hay que dibujar un gran árbol con todos sus elementos: raíces, tronco, ramas y frutos. En las raíces, la persona tiene que situar los valores y la raíz será más larga cuanto más grande crea que sea esa cualidad en ella, escribiendo en cada raíz el valor correspondiente. En los frutos, se colocan aquellos logros alcanzados desde la infancia hasta el momento actual. Al igual que en el caso de los valores, los frutos se dibujan más grandes si el logro es mayor y más pequeños si son menos relevantes.

Este tipo de ejercicio contribuye al incremento de la autoestima ya que permite analizar la imagen que tiene la persona de sí misma y sacar la parte positiva de esta. Asimismo, contribuye a fomentar sus cualidades y la autoconfianza a través de las autoverbalizaciones positivas.

A continuación, se muestra el cronograma de las sesiones de evaluación y tratamiento.

Tabla 3

Cronograma de sesiones de evaluación y tratamiento

SESIÓN	OBJETIVOS	TÉCNICAS	TAREAS ENTRE SESIONES
1,2,3 y 4	Evaluación	Entrevista abierta y cuestionarios (STAI, EHS y Escala de Autoestima de Ronsenberg)	Realizar historia biográfica y cumplimentar autorregistros.
5	Explicar el análisis funcional, resultados de los cuestionarios, objetivos y tratamiento	Entrevista abierta.	Realizar una breve explicación de lo comentado a lo largo de la sesión, con la finalidad de comprobar que ha comprendido lo abordado. Seguir con el autorregistro semanal.

6	<p>Comienzo del tratamiento:</p> <p>Explicar la importancia que tiene lo que nos decimos y cómo esto influye en nuestro estado de ánimo y conducta.</p> <p>Explicar el funcionamiento de las expectativas y resaltar la importancia de centrarse en el momento presente.</p>	<p>Reestructuración cognitiva.</p> <p>Psicoeducación en el modelo ABC de Albert Ellis.</p> <p>Psicoeducación en expectativas.</p>	<p>Realizar el Test de Creencias Irracionales de Ellis.</p> <p>Autorregistro semanal.</p>
7	<p>Explicar las 10 creencias irracionales de Ellis, observar aquellas en las que puntuación ha sido 5 o superior, desmontar esas creencias y proponer alternativas más racionales.</p>	<p>Reestructuración cognitiva.</p> <p>Explicación del pensamiento alternativo más racional.</p>	<p>Autorregistro semanal añadiendo pensamiento alternativo.</p>

8	<p>Eliminar el recurrir a la comida cuando siente ansiedad.</p> <p>Explicar la técnica de respiración profunda.</p> <p>Explicar los diferentes estilos de comunicación (pasivo, asertivo y agresivo) así como la importancia del establecimiento de límites y del decir "NO".</p>	<p>Psicoeducación acerca de la ansiedad y la distinción del hambre emocional con el físico o real.</p> <p>Técnica de respiración profunda.</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.</p>	<p>Autorregistro de respiración profunda.</p> <p>Autorregistro semanal añadiendo pensamiento alternativo.</p>
9	<p>Entrenar en asertividad.</p> <p>Decir "NO" a sus jefes si le piden que se quede más tiempo en el trabajo.</p> <p>Explicar la relajación progresiva de Jacobson.</p>	<p>Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad a través de rol playing y ejemplificación de situaciones en las que tiene que observar el estilo de comunicación que se está usando y plantear una comunicación asertiva para cada situación.</p> <p>Reestructuración cognitiva y debate de pensamientos.</p> <p>Técnica de relajación progresiva de Jacobson.</p>	<p>Autorregistro de respiración profunda.</p> <p>Realizar ejercicio de relajación progresiva de Jacobson.</p>

10	Realizar ejercicio de relajación progresiva y respiración profunda. Aumentar la autoestima.	Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y respiración profunda. Generar verbalizaciones positivas sobre sí misma a través del ejercicio del árbol de los logros y la lista de cualidades.	Ejercicios de respiración y relajación.
----	--	---	---

Una vez detalladas las diez sesiones, es importante indicar que la consecución de los objetivos se vio perjudicada debido a la falta de continuidad de la paciente. En las primeras cinco sesiones se observó un gran compromiso con la terapia, así como motivación hacia el cambio, sin embargo, a partir de la quinta sesión, la asistencia fue disminuyendo y en vez de reunirnos una vez por semana, en ocasiones nos veíamos cada dos o cada tres semanas, lo que hizo más compleja la adquisición de los objetivos mencionados con anterioridad. Asimismo, también se le propuso realizar cinco sesiones más, sin embargo, D rechazó esta sugerencia, indicando que no podía compaginar el trabajo con la terapia. Ante esto, se comentó la relación que tenía el motivo del abandono con uno de los motivos de consulta, el cual era la sobrecarga que tenía día a día en el trabajo y la necesidad de establecer límites en el mismo.

6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO

6.1 Adherencia al tratamiento

Consideramos que hay que tener en cuenta dos aspectos esenciales para poder valorar el tratamiento: la adherencia y la consecución de los objetivos. En relación al primero, Nieto Betancurt y Pelayo Pedraza (2009) indican que el término de adherencia se refiere al papel activo por parte del paciente en su proceso terapéutico, en el cual el terapeuta es el responsable de producir un contexto en el que el paciente pueda obtener la información necesaria para la posterior toma de decisiones. Respecto al caso clínico descrito, como se ha mencionado anteriormente, al principio del proceso terapéutico D se encuentra motivada y con ganas de modificar ciertos aspectos de su vida que le están generando malestar, sin embargo, a medida que las sesiones van avanzando, la continuidad por su parte va disminuyendo. Tras abordar esto en consulta, D comenta que la cantidad de trabajo que tiene le impide continuar con la terapia.

A pesar de este inconveniente, a lo largo de la entrevista se vieron progresos en la paciente como, por ejemplo, el hecho de haber rechazado trabajar en otros dos centros de Psicología, indicando que gracias a la terapia lo ha podido hacer y que se sintió bien por ello. Asimismo, en las relaciones con sus amistades ha reducido el estilo de comunicación pasivo-agresivo, sustituyéndolo por uno más asertivo.

6.2 Consecución de objetivos

La consecución de los objetivos propuestos anteriormente se ha visto limitada por la falta de continuidad de la paciente, tanto a lo largo de las sesiones (teniendo que espaciar algunas de ellas dos/tres semanas) como al decidir finalizar el proceso terapéutico.

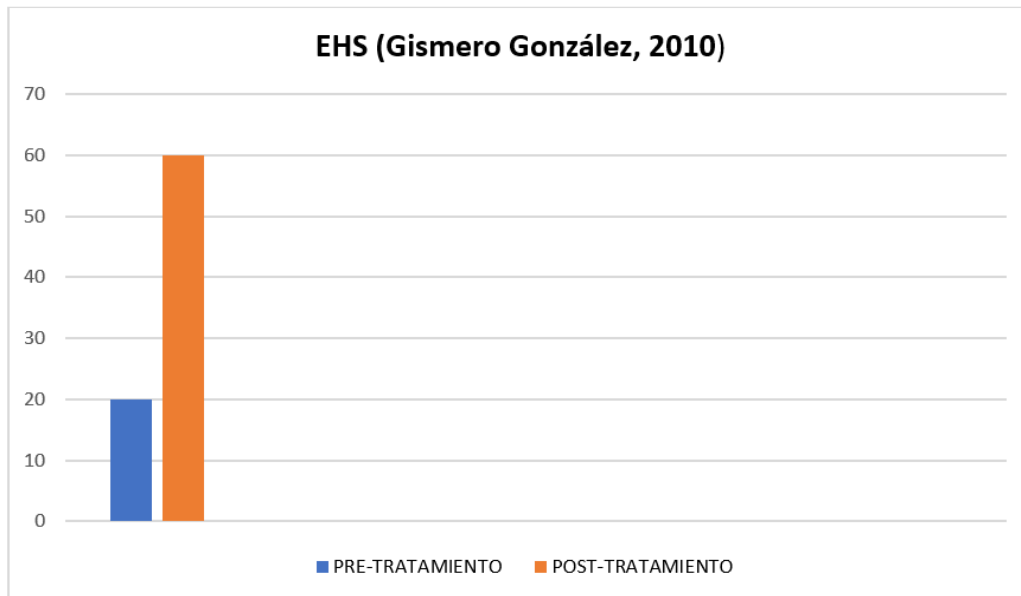
El tratamiento tuvo una duración de dos meses y se dividió en cinco sesiones. Se empezó a abordar los objetivos que D consideraba que estaban interfiriendo en mayor medida en su día a día y los que la psicóloga también pensaba que eran importantes abordar en primer lugar, llegando, por tanto, a un acuerdo en el orden de consecución.

A continuación, se detallan los objetivos de intervención y la evolución de la paciente en cada uno de ellos:

- *Disminuir los pensamientos de preocupación acerca del futuro y creencias irracionales.* Este es el primer objetivo que abordamos, ya que, para modificar ciertos aspectos del comportamiento de una persona, es importante ver qué factores subyacen a ese comportamiento (sistema de creencias, actitudes, experiencia, normas, valores...). De esta manera, se llevaron a cabo las técnicas de psicoeducación en el modelo ABC, en expectativas y reestructuración cognitiva. En este sentido, se considera que D alcanzó este objetivo ya que a lo largo de las sesiones de tratamiento manifestó las siguientes verbalizaciones “que mi amiga esté en línea igual no significa que no quiera contestarme (o sí), igual está ocupada”, “no tengo porque ser perfecta en mi trabajo, soy consciente de que algún error puedo cometer”, “me llamaron de uno de los trabajos en los que más pacientes abandonaron, por lo que el abandono de los chicos fue externo a mi trabajo, sino no creo que me hubiesen llamado”. Asimismo, añade que las expectativas que se genera actualmente no son tan rígidas como las que tenía al comenzar la terapia.
- *Incrementar las habilidades sociales y asertividad.* El déficit en asertividad era otro de los grandes problemas de la paciente y, aunque considero que hubiese sido importante dedicar más sesiones a su abordaje, D ha practicado este estilo de comunicación en su día a día, especialmente en el trabajo. La paciente indica que antes de venir a terapia, se veía incapaz de rechazar ningún trabajo, sin embargo, a lo largo del proceso terapéutico le ofrecieron dos que rechazó. Además, alude que, en las relaciones con sus amistades, también ha llevado a cabo este estilo de comunicación y se ha sentido bien al hacerlo. Asimismo, también ha empleado la asertividad al decirme que dejaba las sesiones. A continuación, se muestra la gráfica de las puntuaciones globales de la EHS con los resultados pre y post tratamiento, a través de la cual, se puede contemplar que D tiene una mejoría bastante significativa en relación a este área problema. Además, en Anexo 2 y 3 respectivamente, también se pueden visualizar las gráficas pre y post de los seis factores de la EHS, observándose una mejoría significativa en las puntuaciones post.

Figura 3

Resultados pre y post tratamiento EHS

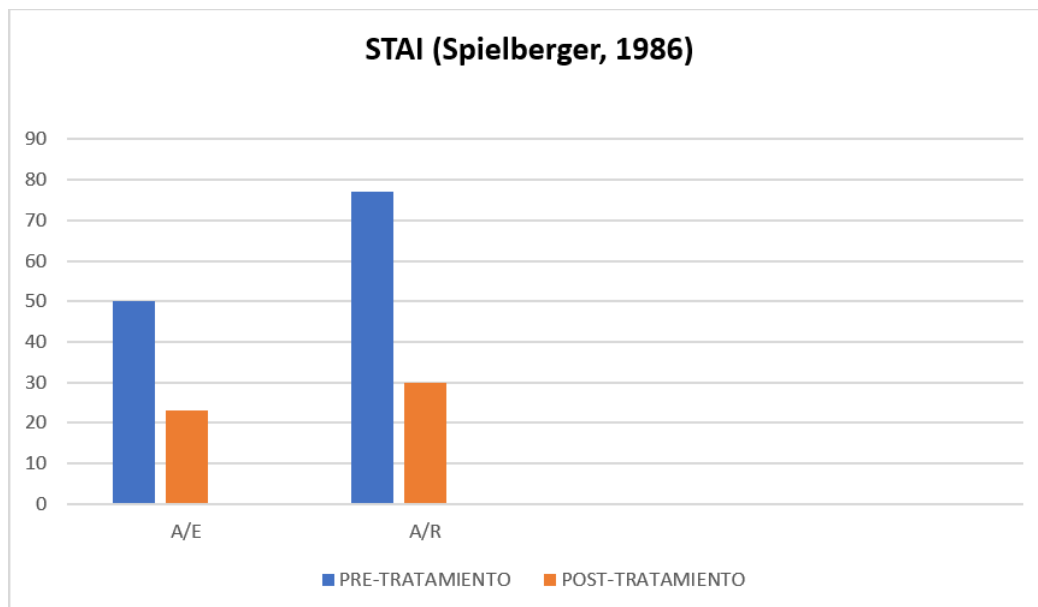


- *Focalizarse más en vivir el presente.* A lo largo de las sesiones de intervención, estuvimos viendo la técnica de respiración profunda y la relajación progresiva de Jacobson. Como tarea para casa tenía que cumplimentar un autorregistro de cómo se sentía tanto antes de iniciar estos ejercicios como después, sin embargo, nunca llegó a entregar este registro. Esto se aborda en consulta e indica que se siente mucho mejor tras su realización, pero que se le olvida completar el registro.
- *Eliminar recurrir a la comida cuando siente ansiedad.* Este era uno de los aspectos que ocasionaban malestar en D, sin embargo, solo dedicamos parte de una sesión a hablar acerca del tema debido a que cuando le digo de hablar del mismo, me comenta que no es algo que haga de forma habitual y que ya es más consciente de las señales fisiológicas de su cuerpo, las cuales le indican si necesita o no comer. Por ello, hablamos de lo que era la ansiedad y aclaramos la distinción entre el hambre real y el emocional y cómo este último puede incidir en nuestra alimentación.

Asimismo, se le pidió a la paciente tras finalizar las sesiones de tratamiento, que cumplimentase el cuestionario STAI, para así poder comparar los resultados antes y después de la intervención, obteniéndose una disminución de la ansiedad tanto en estado como en rasgo.

Figura 4

Resultados pre y post tratamiento STAI

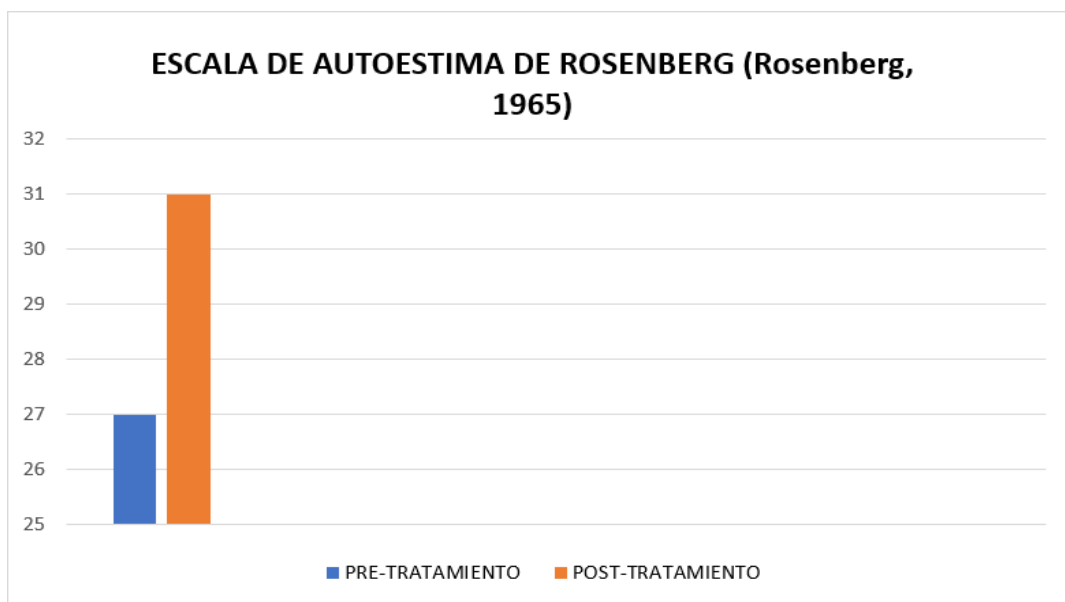


- *Aumentar la autoestima.* Este era el último de los objetivos que se pretendía abordar a través de diferentes ejercicios, tales como, la realización del árbol de los logros y la creación de una lista de cualidades positivas de la paciente tanto por su parte como por la de personas cercanas a su entorno, con el objetivo de compararlas posteriormente e incrementar las autoverbalizaciones positivas. Sin embargo, no se pudieron llevar a cabo ninguno de los dos ejercicios, puesto que D decidió no tener la última de las sesiones.

A pesar de no poder realizarlos, se considera que hay un incremento de la autoestima al haber un cambio en las autoverbalizaciones, las cuales se han ido modificando a lo largo del proceso terapéutico con técnicas como la reestructuración cognitiva. Asimismo, a continuación, se muestra la gráfica comparando los resultados pre y post tratamiento obtenidos en la Escala de Autoestima de Rosenberg. En ella, se observa una mejora de la autoestima significativa.

Figura 5

Resultados pre y post tratamiento Escala de Autoestima de Rosenberg



Nota: 30-40 puntos: autoestima elevada; 26-29 puntos: autoestima media; menos de 25 puntos: autoestima baja.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente trabajo abordamos un caso de ansiedad y dificultades en las relaciones sociales. La elección de haber elegido este caso clínico se debe a que las personas somos seres sociales, de forma que estamos la mayor parte de nuestro tiempo interaccionando con los demás. De esta manera, el hecho de poseer unas buenas habilidades sociales determina en gran parte la búsqueda de la felicidad, siendo estas el origen de las mejores satisfacciones o de los peores conflictos (Cañón-Montañez y Rodríguez-Acelas, 2011). En consonancia con estos autores, Castanyer y Ortega (2021) indican que las habilidades comunicativas son esenciales para una buena autoestima, por lo que por muy bien que nos podamos sentir con nosotros mismos, si no sabemos comunicarnos de forma adecuada con el resto, siempre tendremos algo que nos falta. Asimismo, aquellos sujetos que presentan algún tipo de dificultad en las relaciones sociales tienen un déficit en asertividad, lo cual puede deberse a que presentan un estilo de comunicación pasivo o, por el contrario, agresivo, los cuales se manifiestan a través de la comunicación tanto verbal como no verbal que se emplea (Castanyer y Ortega 2021).

Respecto a la ansiedad, se ha comprobado que la percepción que tiene la persona sobre la impresión que causa en el resto para lograr sus objetivos, posee un papel relevante en la aparición de la ansiedad (Sierra et al., 2006).

En relación al proceso terapéutico, llevamos a cabo cuatro sesiones de evaluación, en las que se fueron recopilando información acerca de las áreas problema de la paciente y cómo estas estaban interfiriendo en su día a día. Tras obtener la información necesaria, se realizó el análisis funcional, a través del cual se establecieron las hipótesis que estaban dando lugar al mantenimiento de los problemas previamente citados. Asimismo, el empleo de esta herramienta ha sido clave en la formulación de un correcto plan de tratamiento adaptado a las necesidades particulares de D.

Como se menciona en apartados anteriores, los objetivos terapéuticos y las técnicas de intervención cognitivo-conductuales que se establecieron para el caso de D fueron las siguientes: psicoeducación en expectativas y ansiedad, con el objetivo de reducir, por un lado, los pensamientos de preocupación acerca del futuro y el malestar por la anticipación y, por el otro, el eliminar recurrir a la comida cuando siente ansiedad;

reestructuración cognitiva con la finalidad de disminuir sesgos cognitivos, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, para poder expresar libremente sus opiniones, sentimientos, pensamientos, deseos y necesidades, pero de manera asertiva, es decir, respetando los derechos del resto. Asimismo, también se trabajó la importancia del establecimiento de límites y el ser capaz de rechazar trabajos a través de rol-playing; técnicas de respiración y relajación, con la finalidad de que la paciente se centrara más en el momento presente y poder reducir sus niveles de activación. Por último, se pretendía llevar a cabo diferentes ejercicios para el incremento de la autoestima como, por ejemplo, el árbol de los logros y la creación de una lista de cualidades positivas de la paciente tanto por su parte como por la de personas cercanas a su entorno, con el objetivo de compararlas posteriormente e incrementar las autoverbalizaciones positivas, sin embargo, D abandonó la terapia, por lo que no pudimos completar esta parte. Aun así, a lo largo de la entrevista se pudo comprobar que las verbalizaciones positivas se fueron incrementando, por lo que, aunque no se haya abordado directamente la autoestima, se considera que los otros objetivos alcanzados, han posibilitado el aumento de la misma.

A pesar de haber trabajado los objetivos previamente descritos, el proceso terapéutico estuvo enfocado especialmente en el entrenamiento en asertividad, habilidades sociales y reestructuración cognitiva. Por un lado, la paciente muestra un estilo de comunicación pasivo ante ciertas situaciones como, por ejemplo, no ser capaz de rechazar trabajos a pesar de tener una gran sobrecarga laboral, no establecer límites con sus jefes cuando estos le dicen de hacer más horas en el trabajo y no decir lo que piensa y siente en las relaciones con los demás cuando algo le incomoda. Por otro lado, presenta un estilo de comunicación agresivo con ciertas amistades, ya que expresa cómo se siente y lo que piensa, pero llevando a cabo una respuesta desmesurada y dando lugar a un deterioro en las relaciones. Como señalan Caballo e Irurtia (2008), el objetivo del entrenamiento en habilidades sociales se basa en mejorar la comunicación y el comportamiento interpersonal inadecuado. Asimismo, la falta de habilidades sociales da lugar a que el sujeto presente estrategias poco adaptativas, como estados emocionales negativos (tales como ansiedad) y creencias irracionales. Además, Newman et al., (2011) indican que las personas que muestran altos niveles de ansiedad presentan dificultades en las relaciones interpersonales, dando lugar a cogniciones interpersonales sesgadas.

Respecto a la reestructuración cognitiva, ha mostrado tener más eficacia que el empleo de otros tratamientos o la ausencia de los mismos en diferentes problemáticas, tales como las que conciernen en el presente caso clínico: ansiedad, problemas en las relaciones interpersonales y baja autoestima (Bados y García, 2010). En consonancia con los autores anteriores, Froján-Parga y Calero-Elvira (2011) aluden que esta técnica ha demostrado ser eficaz empíricamente y es una de las más empleadas en consulta. Además, la reestructuración cognitiva se basa en enseñar al paciente que las creencias que posee acerca de un acontecimiento concreto no son más que interpretaciones que él hace, no la realidad en sí misma (Vázquez, 2003).

Otros de los aspectos a destacar son los resultados obtenidos en los cuestionarios pre y post tratamiento, los cuales han sido los mostrados a continuación: STAI (pre: A/E de 50 y AR de 77; post: A/E de 23 y AR de 30), EHS (pre: 20 y post: 60, asimismo hay una mejoría significativa en los seis factores que componen el instrumento), Escala de Autoestima de Rosenberg (pre: 27 y post: 31). De esta manera, se puede comprobar que existe una reducción en los niveles de ansiedad y una mejora en las habilidades sociales, asertividad y autoestima de la paciente. Además, en la sexta sesión se le mandó como tarea para casa llevar a cabo el Test de Creencias Irracionales de Ellis, con el objetivo de ver cuáles son las creencias irracionales que más se ajustan a ella y, posteriormente, promover un pensamiento alternativo más racional a través de la reestructuración cognitiva. En sesiones anteriores, también se contempla una mejoría significativa en este aspecto, el cual se puede valorar a través de las verbalizaciones que lleva a cabo D.

A pesar de los resultados positivos obtenidos tanto en la administración de los diferentes cuestionarios como en lo observado en la entrevista, el presente trabajo también posee una serie de limitaciones ya que, a pesar de haber una mejoría significativa en las áreas a trabajar, se considera que hubiese sido conveniente tener más sesiones de intervención para poder ahondar en mayor profundidad en los objetivos descritos. Del mismo modo, también hubiese sido adecuado llevar a cabo sesiones de seguimiento con la finalidad de comprobar si los avances alcanzados se estaban manteniendo o no, sin embargo, esto no fue posible debido a que la paciente decidió acabar la terapia en la novena sesión, por lo que la adherencia al tratamiento se vio perjudicada.

Además, las últimas sesiones tuvieron que ser postergadas, llegando a tener las citas cada dos o tres semanas. Ante el abandono, se comentó con la paciente la relación que tenía el hecho de acabar con la terapia con uno de los motivos de consulta, el cual era la sobrecarga que tenía día a día en el trabajo y la necesidad de establecer límites en el mismo. Del mismo modo, a pesar de tener un papel activo al comienzo de la terapia, este fue disminuyendo en los últimos encuentros, siendo esto una limitación importante en el avance de la terapia. Pese a los mencionados inconvenientes encontrados a lo largo del proceso terapéutico, como mencionan Etchevers et al., (2014), la relación existente entre el psicólogo y el paciente es un predictor clave en el éxito de la terapia. De esta manera, es necesario indicar que, tras el abandono, D comenta que se ha sentido muy cómoda a lo largo de las sesiones y, sobre todo, escuchada y comprendida. Asimismo, también alude que ha adquirido herramientas que está empleando para disminuir sus niveles de ansiedad y para el afrontamiento de diferentes situaciones sociales. Por ello, se podría indicar que hubo una buena relación terapéutica.

Finalmente, a partir de los resultados obtenidos tanto en los cuestionarios como en lo observado a lo largo de las sesiones, se considera que el tratamiento llevado a cabo ha resultado ser eficaz y se han cumplido las hipótesis de mantenimiento citadas previamente. Sin embargo, se considera que es necesario seguir investigando en la mejora de las elecciones de tratamiento psicológicos, ya que a pesar de que existan paquetes de intervención específicos para ciertas problemáticas, el uso del análisis funcional es fundamental para adaptarse a las necesidades particulares de cada paciente. De esta manera, dos pacientes con la misma sintomatología no tienen por qué tener los mismos objetivos terapéuticos ni, por tanto, necesitar las mismas técnicas de intervención.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Panamericana.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61 (4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Bach, E., y Forés, A. (2010). *La asertividad: Para gente extraordinaria*. Plataforma Actual.
- Bados, A. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>
- Bados, A., y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%c3%b3n.pdf>
- Beck, J. (2015). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Gedisa Editorial.
- Blanco, C., Estupiñá, F.J., Labrador, F.J., Fernández-Arias, I., Bernaldo de Quirós, M., y Gómez, L. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de Psicología. *Anales de Psicología*, 30 (2), 403-411. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.158451>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos Cubero, N. (2011). *Manual Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones.
- Caballo, V., e Irurtia, Mª J. (2008). Entrenamiento en habilidades sociales en F. J. Labrador Encinas (Ed.), *Técnicas de Modificación de Conducta* (pp. 573-591). Ediciones Pirámide.
- Calvete Zumalde, E., y Cardeñoso Ramírez, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, 15 (2), 179-190.
- Cano Vindel, A. (2010). Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud. *Crítica*, (968), 12-16.

- Cañón-Montañez, W., y Rodríguez-Acelas, A.L. (2011). Asertividad: Una habilidad sociales necesaria en los profesionales de enfermería y fisioterapia. *Texto y Contexto Enfermagem*, 20 (1), 81-87. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500010>
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13 (3), 442-446.
- Castanyer, O. (2010). La asertividad: *Expresión de una sana autoestima*. Desclée de Brouwer.
- Castanyer, O., y Ortega, E. (2021). *Asertividad en el trabajo: Cómo decir lo que siento y defender lo que pienso*. Conecta.
- Clark, D.A., y Beck, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Coppari, N. (2010). Relación entre Creencias Irracionales e Indicadores Depresivos en Estudiantes Universitarios. *Eureka*, 7 (2), 32-52.
- Gismero González, E. (2010). *Manual Escala de Habilidades Sociales*. TEA Ediciones.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31 (2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
- Haynes, S., Godoy, A., y Gavino, A. (2017). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico*. Ediciones Pirámide.
- Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Giusti, S., Helmich, N. (2014). Relación terapéutica: Estudio en población de psicólogos clínicos. *Anuario de Investigaciones*, 21 (1).
- Fernández-Marcos, T., Calero-Elvira, A., y Santacreu, J. (2014). Un caso de ansiedad generalizada o un problema de asertividad: El análisis funcional como herramienta clave para fijar el plan de tratamiento. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, (1), 1-19.
- Froján-Parga, M.X., y Calero-Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología Conductual*, 19 (3), 659-682.

- Keawe'aimoku Kaholokula, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynes, S., y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24, 117-127. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Labrador, F.J. (2008). Técnicas de control de la activación en F.J. Labrador Encinas (Ed.), *Técnicas de Modificación de Conducta* (pp. 199-222). Ediciones Pirámide.
- Landiscrini Marín, N. (2006). La terapia racional emotiva de Albert Ellis. *Norte de Salud Mental*, (25), 126- 129.
- Martín-Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G., y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 458-467. <http://www.dx.doi.org/10.1017/S1138741600006727>
- Newman, M.G., Castonguay, L.G., Borkovec, T.D., Fisher, A.J., Boswell, J.F., Szkodny, L.E., y Nordberg, S.S. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion focused and interpersonal therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (2), 171-181. <https://doi.org/10.1037/a0022489>
- Nieto Betancurt., L., y Pelayo Pedraza, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a esta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional de la UCPR*, (85), 61-76.
- Payne, R.A. (2005). *Técnicas de relajación: Guía práctica*. Editorial Paidotribo.
- Peña Fernández, E., y Reidl Martínez, L.M. (2015). Las emociones y la conducta alimentaria. *Acta de investigación psicológica*, 5 (3), 2182-2193. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30008-4](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30008-4)
- Perpiñá, C. (2012). Definición y aspectos conceptuales de la entrevista en Perpiñá, C. (Ed.), *Manual de la entrevista psicológica: Saber escuchar, saber preguntar* (p. 26). Ediciones Pirámide.
- Sierra, J.C., Zubeidat, I., y Fernández, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 6 (2), 472-517.

- Spielberger, C., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1986). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Versión Española, Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos Cubero, N. (2011). TEA Ediciones.
- Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. ACDE Ediciones.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Ruiz Fernández, M^a A., Díaz García, M.I., y Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Vázquez, C. (2008). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Síntesis.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., y Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eater fewer strategies to modulate and tolerate negative effect? *Eating Behavior*, 8(2), 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.04.001>

9. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



Calle San Isidro 1A - 1º A
Torrejón de Ardoz - Madrid
☎ 656 592 135
✉ psicologia@psicoeca.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROCESO TERAPÉUTICO

- Se realizará un tratamiento psicológico individualizado, acorde a las necesidades de cada usuario.
- Las técnicas y pruebas administradas serán exclusivamente de carácter psicológico.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

- Las sesiones tienen una duración aproximada de 50 minutos, las cuales se llevarán a cabo con una determinada periodicidad indicada por el terapeuta.
- Se ruega puntualidad ya que los retrasos por parte del usuario no implicarán tiempo extra en la hora de la finalización prevista.
- El paciente podrá interrumpir el proceso terapéutico cuando lo considere oportuno, informando de esta decisión al terapeuta.

LAS CITAS

- Cada sesión será firmada por el/la usuario/a en la hoja de asistencia.
- En caso de anulación o cambio de cita, es necesario avisar con 24 horas de antelación, en caso contrario la cita se dará como realizada. En caso de urgencia justificada, deberá comunicarse a la mayor brevedad posible.

COMUNICACIONES

- Cualquier cambio o modificación podrá ser efectuado mediante correo electrónico psicologia@psicoeca.com.
- Para enviar un correo al profesional en asunto se indicarán las iniciales de la persona y el nombre y primer apellido del terapeuta. A partir del primer correo, se seguirá el hilo del resto.

USO Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS CLÍNICOS

- Los datos clínicos serán utilizados únicamente con fines terapéuticos y formativos.
- En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.
- Por otro lado, según el artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, Centro de Psicología PsicoEca le informa que, mediante la aceptación de este documento, usted nos autoriza a incorporar las imágenes realizadas por medios fotográficos, video y/o grabaciones de las sesiones. Estas imágenes serán incluidas en un fichero creado bajo la responsabilidad de Centro de Psicología PsicoEca.
- Las imágenes serán recogidas con la finalidad de supervisar la formación del personal en prácticas. Las sesiones grabadas, se guardarán en fichero con contraseña en el ordenador del centro o en la nube para poder acceder a las mismas las personas autorizadas, quedando sus datos protegidos en todo momento. En ningún caso, las sesiones grabadas se almacenarán en los ordenadores personales del personal de prácticas.

CONFIDENCIALIDAD

- Se garantiza la confidencialidad de lo tratado en consulta, cuyo límite sólo podrá ser vulnerado con causa justificada de acuerdo con lo establecido en el código deontológico del ejercicio profesional.

Anexo 2. Cuestionarios pre-tratamiento

STAI (Spielberger, 1986).



CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI) (SPIELBERGER, 1986)

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE** *Vd. AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

A/E		N a d a	A l g o	B a s t a n t e	M u c h o
1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3

Compruebe que ha contestado a todas las frases con una sola respuesta.

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE** *Vd. EN GENERAL*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni

*Spielberger, C.D., 1986

malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

A/R

		N a d a	A l g o	B a s t a n t e	M u c h o
21	Me siento bien	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26	Me siento descansado	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30	Soy feliz	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33	Me siento seguro	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o las dificultades	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39	Soy una persona estable	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Compruebe que ha contestado a todas las frases con una sola respuesta.

EHS (Gismero González, 2010).



ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (GISMERO, 2010)

INSTRUCCIONES

A continuación, aparecen frases que describen diversas situaciones; se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica con cada una de ellas o no; si le describen bien o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad.

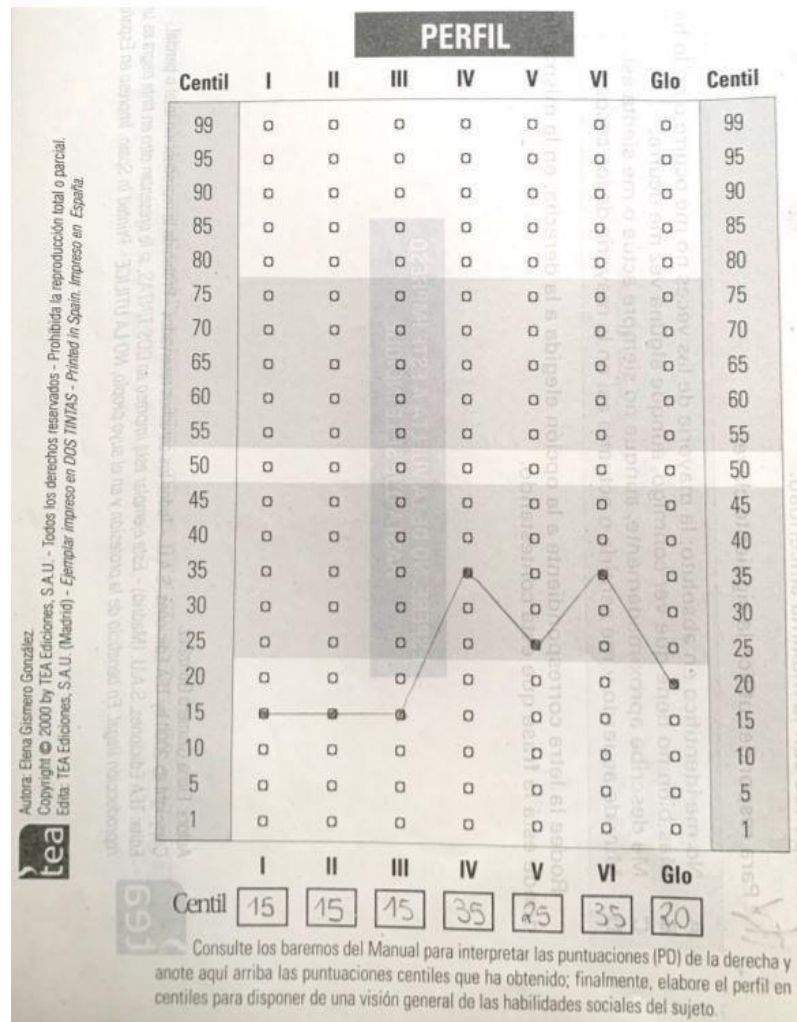
Pare responder utilice la siguiente clave:

- A. No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
- B. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
- C. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.
- D. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Rodee la letra correspondiente a la opción elegida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está contestando.

ÍTEM	PUNTUACIÓN
1. A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido o estúpida.	A B C D
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.	A B C D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D
4. Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me callo.	A B C D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle "No".	A B C D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.	A B C D
7. Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.	A B C D
8. A veces no sé qué decir a personas que me resultan atractivas.	A B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.	A B C D
10. Tiendo a guardare mis opiniones para mí.	A B C D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedir que se calle.	A B C D
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C D

15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A B C D
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto.	A B C D
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D
18. Si veo en una fiesta a una persona que me parece atractiva, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A B C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	A B C D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D
23. Nunca sé cómo "cortar" a un amigo que hablar mucho.	A B C D
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	A B C D
25. Si un amigo al que le he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B C D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	A B C D
28. Me resulta incómodo que alguien me diga que le gusta algo de mi físico.	A B C D
29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).	A B C D
30. Cuando alguien se me "cuela" en una fila, hago como si no me diera cuenta.	A B C D
31. Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia otras personas, aunque tenga motivos justificados.	A B C D
32. Muchas veces prefiero ceder, callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas.	A B C D
33. Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D



Escala de Autoestima de Ronsenberg (Rosenberg, 1965).



ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada

- | |
|--|
| <p>A. Muy de acuerdo
B. De acuerdo
C. En desacuerdo
D. Muy en desacuerdo</p> |
|--|

ÍTEMS	PUNTUACIÓN
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	A B C D
2. Estoy convencido/a de que tengo cualidades buenas.	A B C D
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	A B C D
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.	A B C D
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.	A B C D
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.	A B C D
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	A B C D
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo/a.	A B C D
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	A B C D
10. A veces creo que no soy buena persona.	A B C D

Anexo 3. Cuestionarios post-tratamiento

STAI (Spielberger, 1986).



CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI) (SPIELBERGER, 1986)

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE Vd. AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

A/E		N a d a	A l g o	B a s t a n t e	M u c h o
1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3

Compruebe que ha contestado a todas las frases con una sola respuesta.

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE Vd. EN GENERAL**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni

*Spielberger, C.D., 1986



malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

A/R

		N a d a	A l g o	B a s t a n t e	M u c h o
21	Me siento bien	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26	Me siento descansado	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30	Soy feliz	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33	Me siento seguro	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o las dificultades	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39	Soy una persona estable	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Compruebe que ha contestado a todas las frases con una sola respuesta.

*Spielberger, C.D., 1986

EHS (Gismero González, 2010).



ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (GISMERO, 2010)

INSTRUCCIONES

A continuación, aparecen frases que describen diversas situaciones; se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica con cada una de ellas o no; si le describen bien o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad.

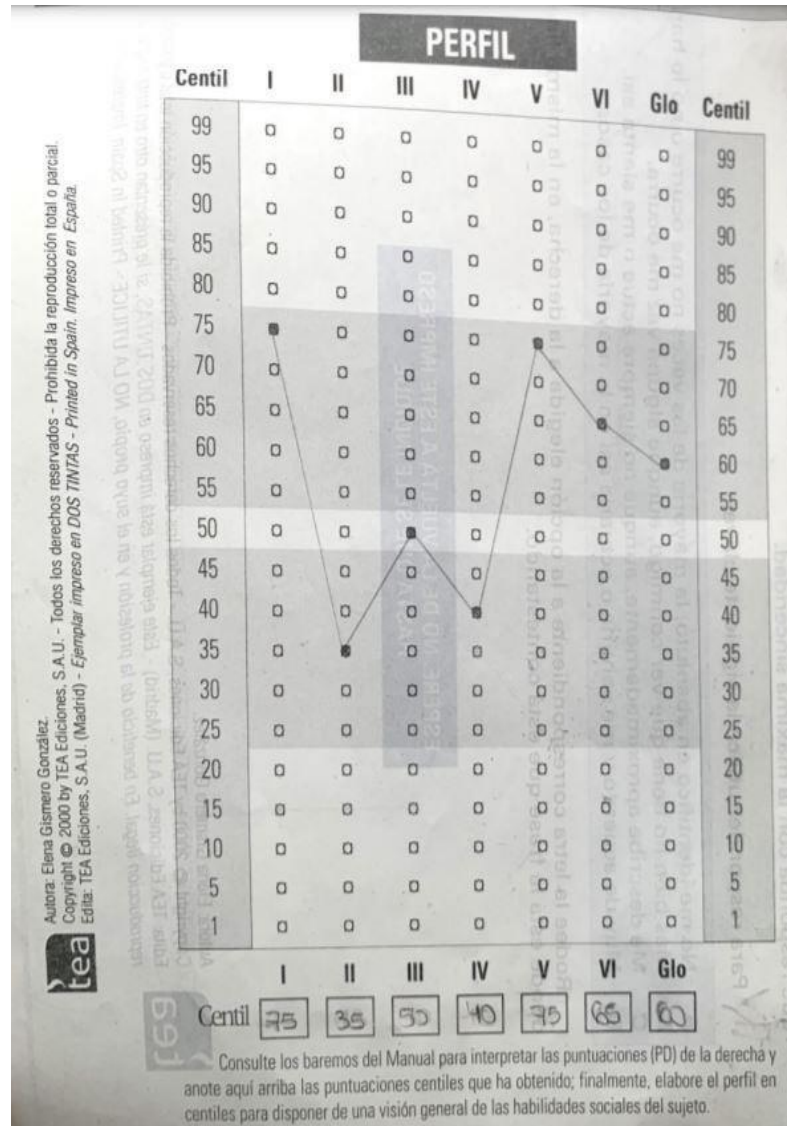
Para responder utilice la siguiente clave:

- A. No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
- B. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
- C. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.
- D. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Rodee la letra correspondiente a la opción elegida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está contestando.

ÍTEMS	PUNTUACIÓN
1. A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido o estúpida.	A B C D
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.	A B C D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D
4. Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me callo.	A B C D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle "No".	A B C D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.	A B C D
7. Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.	A B C D
8. A veces no sé qué decir a personas que me resultan atractivas.	A B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.	A B C D
10. Tiendo a guardare mis opiniones para mí.	A B C D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedir que se calle.	A B C D
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C D

15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A B C D
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto.	A B C D
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D
18. Si veo en una fiesta a una persona que me parece atractiva, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A B C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	A B C D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D
23. Nunca sé cómo "cortar" a un amigo que hablar mucho.	A B C D
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	A B C D
25. Si un amigo al que le he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B C D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	A B C D
28. Me resulta incómodo que alguien me diga que le gusta algo de mi físico.	A B C D
29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).	A B C D
30. Cuando alguien se me "cuela" en una fila, hago como si no me diera cuenta.	A B C D
31. Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia otras personas, aunque tenga motivos justificados.	A B C D
32. Muchas veces prefiero ceder, callarme o "quitarle de en medio" para evitar problemas con otras personas.	A B C D
33. Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D



Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965).



ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada

- | |
|--|
| <p>A. Muy de acuerdo
B. De acuerdo
C. En desacuerdo
D. Muy en desacuerdo</p> |
|--|

ÍTEMS	PUNTUACIÓN
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	A B C D
2. Estoy convencido/a de que tengo cualidades buenas.	A B C D
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	A B C D
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.	A B C D
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.	A B C D
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.	A B C D
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	A B C D
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo/a.	A B C D
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	A B C D
10. A veces creo que no soy buena persona.	A B C D